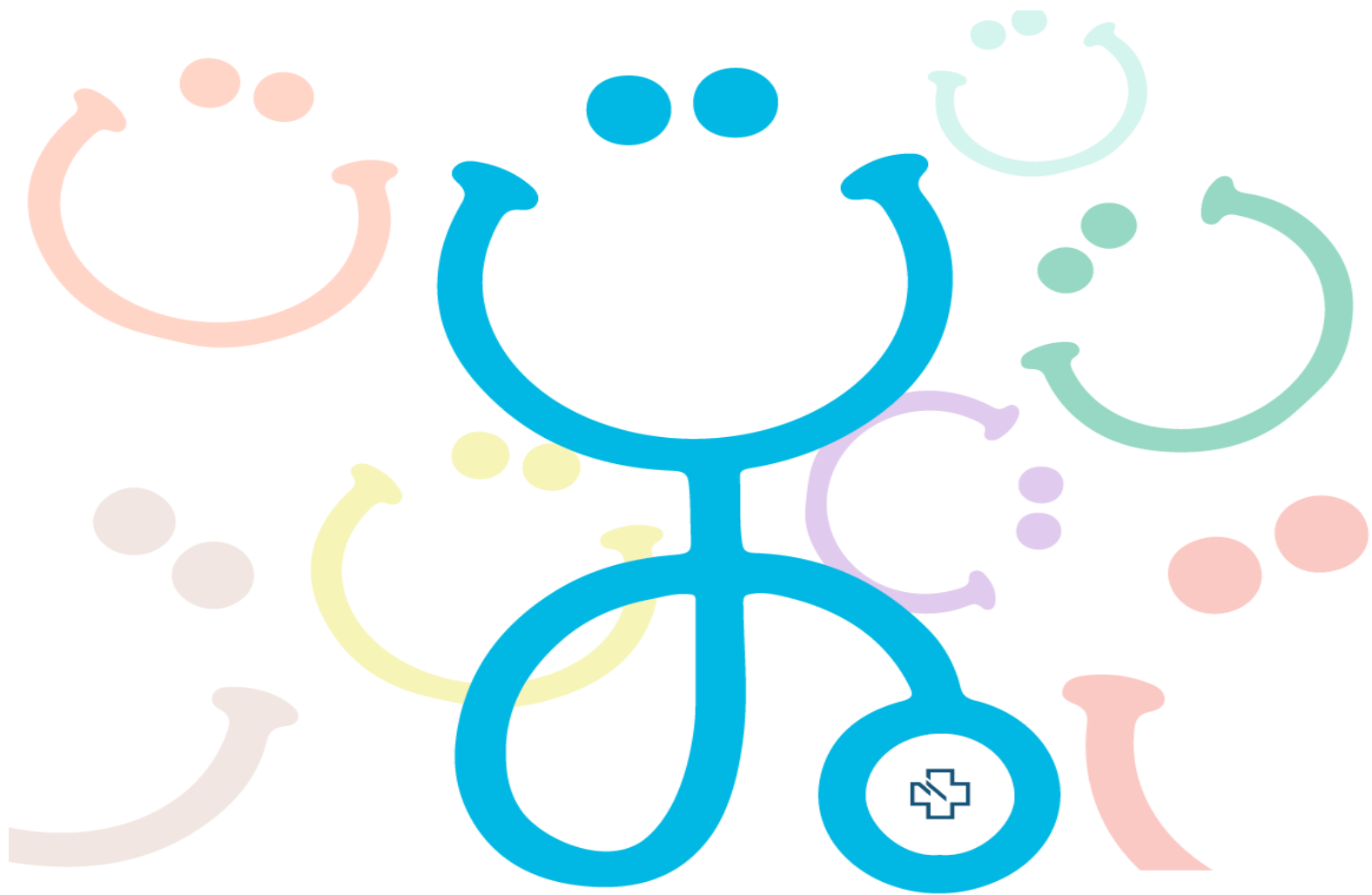


Guía de saúde infantil

actividades preventivas e de promoción
da saúde en pediatría de atención primaria



Edita: Xunta de Galicia

Consellería de Sanidade

Servizo Galego de Saúde

Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria

Lugar: Santiago de Compostela

Ano: 2020

Guía de saúde infantil

actividades preventivas e de promoción da saúde en
pediatría de atención primaria

XUNTA DE GALICIA
Consellería de Sanidade
Servizo Galego de Saúde
Santiago de Compostela
2020

Coordinación

Blanco Lobeiras, M^a Sinda.
Subdirectora xeral de Atención Primaria.

Rey Liste, M^a Teresa.
Xefa de servizo. Servizo de Atención Primaria. Subdirección Xeral de Atención Primaria.

Martínez Romero, M^a Dolores.
Técnica. Servizo de Atención Primaria. Subdirección Xeral de Atención Primaria.

Pérez Marcos, M^a Belén.
Técnica. Servizo de Atención Primaria. Subdirección Xeral de Atención Primaria.

Autores/as

Álvarez Gil, Rosa M^a.
Técnica. Servizo de Control de Enfermidades Transmisibles. Dirección Xeral de Saúde Pública.

Blanco Docanto, María.
Pediatra de atención primaria. Área Sanitaria da Coruña e Cee.

Blanco Iglesias, Orlando.
Técnico. Servizo de Estilos de Vida Saudable e Educación para a Saúde. Dirección Xeral de Saúde Pública.

Blanco Pena, Tania.
Psiquiatra. Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

Cortés Osorio, Beatriz.
Pediatra de atención primaria. Área Sanitaria de Vigo.

Cortiñas Menor, Milagros.
Enfermeira de pediatría de atención primaria. Área Sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.

Fachal Vázquez, David.

Psiquiatra. Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

Fernández Bustillo, José Manuel.

Pediatra. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.

Fernández Trisac, José Luis.

Neonatólogo. Área Sanitaria da Coruña e Cee.

García Blanco, M^a Jesús.

Técnica. Servizo de Prevención de Condutas Adictivas. Dirección Xeral de Saúde Pública.

García Vicente, M^a Luisa.

Enfermeira especialista en enfermería pediátrica. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.

Lobelle González, Consuelo.

Pediatra de atención primaria. Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

López Pérez, Paula.

Pediatra de atención primaria. Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

Martínez Lorente, Ana María.

Técnica. Servizo de Estilos de Vida Saudable e Educación para a Saúde. Dirección Xeral de Saúde Pública.

Martínez Romero, M^a Dolores.

Técnica. Servizo de Atención Primaria. Subdirección Xeral de Atención Primaria.

Márquez Riveras, Cristina.

Técnica. Servizo de Control de Enfermidades Transmisibles. Dirección Xeral de Saúde Pública.

Mazaira Castro, José.

Psiquiatra. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.

Méndez Bustelo, M^a José.

Pediatra de atención primaria. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.

Núñez Arias, Daniel.

Psiquiatra. Área Sanitaria de Ferrol.

Oliveira Sánchez, M^a Isabel.

Enfermeira especialista en enfermería pediátrica. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.

Otero Requeijo, Miriam.

Técnica. Servizo de Prevención de Condutas Adictivas. Dirección Xeral de Saúde Pública.

Otero Vidal, Aránzazu.

Enfermeira especialista en enfermería pediátrica. Área Sanitaria de Vigo.

Pons García, Jorge.

Pediatra de atención primaria. Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

Rivas Arribas, Lucía.

Pediatra de atención primaria. Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

Rodríguez Lombardía, Carmen Amparo.

Pediatra de atención primaria. Área Sanitaria da Coruña e Cee.

Sampedro Campos, Manuel.

Pediatra de atención primaria. Área Sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.

Santos Miranda, Eva.

Enfermeira especialista en enfermería pediátrica. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.

Tajes Alonso, María.

Xefa de servizo. Servizo de Saúde Mental. Subdirección Xeral de Atención Primaria.

Triñanes Pego, Yolanda.

Psicóloga. Unidade de Asesoramento Científico-técnico, Avalia-t. Axencia de Coñecemento en Saúde (ACIS).

Varela Reboiras, Lucía.

Psiquiatra. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.

Veiga Rodeiro, Sergio.

Técnico. Servizo de Prevención de Condutas Adictivas. Dirección Xeral de Saúde Pública.

Vizoso Villares, Ramón.

Técnico. Servizo de Programas Poboacionais de Cribado. Dirección Xeral de Saúde Pública.

Colaboradores/as

Ces Ozores, Olga M^a.

Técnica. Servizo de Control de Enfermidades Transmisibles. Dirección Xeral de Saúde Pública.

Nartallo Penas, Victoria.

Técnica. Servizo de Control de Enfermidades Transmisibles. Dirección Xeral de Saúde Pública.

Rey Tristán, M^a Jesús.

Médica de familia de atención primaria. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.

Suárez Luque, Silvia.

Xefa de servizo. Servizo de Coordinación Sociosanitaria. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

Taboada Rodríguez, José Antonio.

Xefe de servizo. Servizo de Control de Enfermidades Transmisibles. Dirección Xeral de Saúde Pública.

Índice

Presentación.....	15
Introdución.....	17
1. Avaliación do/da recentemente nado/a en atención primaria. <i>Autores: José Luís Fernández Trisac e Milagros Cortiñas Menor</i>	23
2. Seguimento do neno e da nena prematuros. <i>Autor: José Luís Fernández Trisac</i>	31
3. A alimentación de 0 a 2 anos. <i>Autoras: M^a Luisa García Vicente, M^a Isabel Oliveira Sánchez e Ana María Martínez Lorente</i>	45
4. A alimentación a partir dos 2 anos. <i>Autoras: Milagros Cortiñas Menor e Ana María Martínez Lorente</i>	77
5. Crecemento infantil. <i>Autor: Manuel Sampedro Campos</i>	99
6. Vacinación. <i>Autoras: M^a Luisa García Vicente, M^a Isabel Oliveira Sánchez e Rosa M^a Álvarez Gil</i>	109
7. Coidados da pel. <i>Autora: Eva Santos Miranda</i>	137
8. Prevención de accidentes infantís. <i>Autora: Aránzazu Otero Vidal</i>	145
9. Cribado neonatal. <i>Autores: Aránzazu Otero Vidal e Ramón Vizoso Villares</i>	161
10. Actividade física, comportamento sedentario e prevención de patoloxía físico-deportiva na idade infantoxuvenil. <i>Autores: M^a José Méndez Bustelo, Jorge Pons García e Orlando Blanco Iglesias</i>	187
11. Prevención cardiovascular. <i>Autoras: María Blanco Docanto e Carmen Amparo Rodríguez Lombardía</i>	203
12. Prevención e manexo da obesidade infantil. <i>Autores: M^a José Méndez Bustelo, Jorge Pons García e Ana M^a Martínez Lorente</i>	215
13. Detección precoz de anomalías da visión. <i>Autoras: María Blanco Docanto e Carmen Amparo Rodríguez Lombardía</i>	233
14. Detección precoz da displasia do desenvolvemento da cadeira. <i>Autoras: Beatriz Cortés Osorio e Paula López Pérez</i>	247
15. Raque: avaliación periódica. <i>Autoras: Beatriz Cortés Osorio e Paula López Pérez</i>	257
16. Saúde bucodental. <i>Autoras: Eva Santos Miranda e Aránzazu Otero Vidal</i>	267
17. Supervisión do desenvolvemento psicomotor. <i>Autoras: Paula López Pérez e Beatriz Cortés Osorio</i>	277
18. Diagnóstico precoz e manexo do trastorno por déficit de atención e hiperactividade. <i>Autoras: María Tajés Alonso e Consuelo Lobelle González</i>	293
19. Prevención e manexo dos trastornos do comportamento. <i>Autores: Lucía Varela Reboiras, José Mazaira Castro e María Tajés Alonso</i>	307
20. Detección precoz do trastorno do espectro autista. <i>Autoras: Consuelo Lobelle González e María Tajés Alonso</i>	329
21. Detección precoz de trastornos da linguaxe e da aprendizaxe. <i>Autor: José Manuel Fernández Bustillo</i>	349
22. A prevención nos problemas de saúde mental. <i>Autores: Daniel Núñez Arias, María Tajés Alonso e Yolanda Triñanes Pego</i>	381

23. Prevención e abordaxe dos trastornos da conduta alimentaria. <i>Autores: David Fachal Vázquez, Tania Isabel Blanco Pena e Lucía Rivas Arribas</i>	397
24. A prevención das condutas adictivas. <i>Autores: Miriam Otero Requeijo, M^a Jesús García Blanco e Sergio Veiga Rodeiro</i>	421
25. Prevención e detección do maltrato e abuso infantil. <i>Autores: Tania Isabel Blanco Pena, David Fachal Vázquez e Lucía Rivas Arribas</i>	465
26. Prevención do embarazo na adolescencia e das infeccións de transmisión sexual. <i>Autoras: M^a Dolores Martínez Romero e Cristina Márquez Riveras</i>	489
27. Prevención dos trastornos do sono. <i>Autor: Manuel Sampedro Campos</i>	509

Índice de táboas

Abreviaturas, siglas e acrónimos.....	13
Táboa 2.1. Intervencións en atención primaria e controis hospitalarios dos/das menores de 32 semanas ou 1.500 g.....	38
Táboa 3.1. Suplemento de B ₁₂ na alimentación vexetariana e vegana.....	60
Táboa 4.1. Intervencións propostas desde o equipo de pediatría de AP.....	88
Táboa 6.1. Vacinación acelerada. Idade mínima, número de doses e intervalo de tempo entre doses*.....	112
Táboa 6.2. Calendario acelerado para menores de 7 anos de idade*.....	113
Táboa 6.3. Calendario acelerado para persoas de entre 7-18 anos.....	114
Táboa 6.4. Calendario de vacinación específica en menores e adolescentes (< 18 anos) con condicións de risco.....	115
Táboa 6.5. Intervalo mínimo entre a administración non simultánea de vacinas distintas ^{7,14}	119
Táboa 6.6. Datos de contacto das xefaturas territoriais da Consellería de Sanidade.....	124
Táboa 6.7. Intervalos recomendados entre a administración de inmunoglobulinas ou outros hemoderivados e a vacinación.....	128
Táboa 6.8.. Lugar e vía de administración das vacinas segundo a idade do/da neno/a.....	131
Táboa 7.1. Recomendacións de fotoprotección en función do tipo de pel.....	141
Táboa 8.1. Consellos para a prevención de lesións non intencionadas.....	155
Táboa 8.2. Tipos de sistemas de retención infantil.....	156
Táboa 9.1. Clasificación das hipoacusias.....	173
Táboa 9.2. Principais causas de xordeira infantil.....	175
Táboa 9.3. Criterios de desenvolvemento normal.....	176
Táboa 9.4. Factores de risco de hipoacusia infantil.....	178
Táboa 9.5. Patoloxías obxecto de cribado no Programa galego.....	179
Táboa 10.1. Resumo de recomendacións de actividade física.....	189
Táboa 10.2. Resumo das recomendacións de sedentarismo e tempo de pantalla para poboación infanto-xuvenil.....	193
Táboa 10.3. Beneficios da actividade física na infancia e adolescencia.....	196
Táboa 10.4. Modelo das 5 aes para as intervencións de consello e asesoramento.....	197
Táboa 11.1. Recomendacións tamaño do manguito.....	210
Táboa 11.2. Valores de presión arterial que requiren unha avaliación adicional.....	210
Táboa 11.3. Niveis de lípidos plasmáticos en nenos/as e adolescentes.....	212
Táboa 12.1. Diagnóstico de obesidade.....	224
Táboa 12.2. Etioloxía de obesidade.....	224
Táboa 12.3. Recomendacións para previr a obesidade en función da idade.....	225
Táboa 12.4. Factores de risco de presentar obesidade.....	226
Táboa 12.5. Erros frecuentes en relación coa alimentación.....	229
Táboa 14.1. Clasificación clínica da cadeira displásica.....	253

Táboa 14.2. Clasificación de Graf na ecografía de cadeiras.....	253
Táboa 17.1. Evolución do desenvolvemento motor.....	282
Táboa 17.2. Evolución do desenvolvemento sensorial.....	283
Táboa 17.3. Evolución cognitiva e da linguaxe.....	284
Táboa 17.4. Datos de alarma no desenvolvemento psicomotor.....	285
Táboa 17.5. Datos relevantes da historia clínica no/na neno/a con APM.....	287
Táboa 17.6. Trastorno do espectro alcohólico fetal. características principais.....	288
Táboa 17.7. Exploración no/na neno/a con APM.....	289
Táboa 18.1. Criterios diagnósticos de TDAH segundo DSM-5.....	297
Táboa 18.2. Síntomas non nucleares suxestivos de TDAH segundo rango de idade.....	298
Táboa 19.1. Criterios diagnósticos DSM-5 para TND.....	318
Táboa 19.2. Criterios diagnósticos DSM-5 para trastorno da conduta.....	319
Táboa 19.3. Ítems do inventario Eyberg para o comportamento de neno.....	322
Táboa 19.4. Ítems do cuestionario de cualidade e dificultades, versión galego (SDQ-GAL).....	324
Táboa 19.5. Puntos de corte do cuestionario de cualidades e dificultades, versión galego.....	325
Táboa 19.6. Ítems da escala escolar de Conners revisada.....	326
Táboa 20.1. Niveis de gravidade do TEA.....	337
Táboa 21.1. Compoñentes da linguaxe ³	351
Táboa 21.2. Desenvolvemento da linguaxe segundo idade ⁵	352
Táboa 21.3. Factores de risco do trastorno da linguaxe ⁷	354
Táboa 21.4. Hipoacusia. Factores de risco asociados ³	354
Táboa 21.5. Criterios de intervención psicolingüística precoz ¹⁰	357
Táboa 21.6. Criterios diagnósticos para os trastornos da comunicación.....	367
Táboa 22.1. Factores de risco de enfermidade mental infanto-xuvenil.....	383
Táboa 22.2. Factores protectores de enfermidade mental.....	384
Táboa 22.3. Trastornos mentais máis frecuentes segundo grupo de idade no ámbito pediátrico.....	385
Táboa 23.1. Clasificación dos TCA segundo a etiopatoxénese.....	399
Táboa 23.2. Diagnósticos dos trastornos da alimentación segundo a idade de inicio.....	400
Táboa 23.3. Características da bulimia nerviosa segundo DSM-5 ⁵	402
Táboa 23.4. Características de anorexia nerviosa segundo DSM-5 ⁵	403
Táboa 25.1. Clasificación do maltrato infantil.....	466
Táboa 25.2. Factores de risco de maltrato infantil.....	467
Táboa 25.3. Principais consecuencias a curto prazo do abuso sexual en menores e adolescentes ⁸	471
Táboa 25.4. Signos e síntomas en nenos/as expostos/as a violencia familiar.....	477
Táboa 26.1. Taxas IVE por 1.000 mulleres de menos de 20 anos de idade. España/Galicia 2010-2018.....	501
Táboa 26.2. Recomendacións para o uso correcto do preservativo.....	502
Táboa 26.3. Infeccións de transmisión sexual.....	504
Táboa 26.4. Número anual de novos diagnósticos de gonococia, sífilis, sífilis conxénita e infección por VIH declaradas en menores de 18 anos. Galicia, 2018.....	504

Abreviaturas, siglas e acrónimos

Abreviatura	Significado
AAP	American Academy of Pediatrics (Academia Americana de Pediatría)
AC	Alimentación complementaria
AEP	Asociación Española de Pediatría
AEPap	Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
AIT	Ángulo de inclinación do tronco
AP	Atención primaria
APM	Atraso psicomotor
AV	Agudeza visual
BLW	Baby-led weaning (Alimentación Autoregulada polo Bebé)
CAST	Cannabis Abuse Screening Test (Test de Detección de Abuso de Cannabis)
cc	Centímetros cúbicos
CODEPEH	Comisión para a detección precoz da hipoacusia infantil
CIE	Clasificación Internacional de Enfermidades
CT	Colesterol total
DDC	Displasia do desenvolvemento da cadeira
DSM-5	Manual diagnóstico e estatístico dos trastornos mentais, quinta edición
EIA	Escoliose idiopática do adolescente
g	Gramos
HDL-C	HDL colesterol
HTA	Hipertensión arterial
IHAN	Iniciativa para a Humanización da Asistencia ao Nacemento e a Lactación Materna
ID	Intradérmica
IM	Intramuscular
IMC	Índice de masa corporal
ITS	Infecións de transmisión sexual
IV	Intravenosa
IVE	Interrupción voluntaria do embarazo
LARC	Anticonceptivos reversibles de acción prolongada
LDL-C	LDL colesterol
LM	Lactación materna
M-CHAT-R	Modified Checklist for Autism in Toddlers Revised (Cuestionario revisado de detección do autismo en nenos pequenos)
NREM	Non Rapid Eye Movement (Movemento non rápido de ollos)
OMS	Organización Mundial da Saúde
ORL	Otorrinolaringólogo/a
PA	Presión arterial

Abreviatura	Significado
PAD	Presión arterial diastólica
PAPPS	Programa de Actividades Preventivas e de Promoción da Saúde
PAS	Presión arterial sistólica
PrevInfad	Prevención na Infancia e Adolescencia
REM	Rapid Eye Movement (Movemento rápido de ollos)
SC	Subcutánea
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire (Cuestionario de Cualidades e Dificultades)
Sergas	Servizo Galego de Saúde
SMSL	Síndrome de morte súbita do lactante
SNC	Sistema nervioso central
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SRI	Sistema de retención infantil
TCA	Trastornos da conduta alimentaria
TDAH	Trastorno por déficit de atención e hiperactividade
TEA	Trastorno do espectro autista
TEAF	Trastorno do espectro alcohólico fetal
TIC	Tecnoloxías da información e comunicación
TND	Trastorno negativista desafiante
UNICEF	Fondo das Nacións Unidas para a Infancia
UV	Ultravioleta
VCT	Valor calórico total
VRS	Virus respiratorio sincitial

Presentación

A poboación infantil e xuvenil representa o noso porvir como sociedade, polo que o desenvolvemento san dos nosos nenos e nenas é crucial para o futuro e o benestar de toda a sociedade.

A infancia debe ser, polo tanto, un dos principais focos de atención dos sistemas sanitarios, o que fai imperativo un traballo constante, en función das necesidades de cada momento, pero tamén cunha proxección de obxectivos a longo prazo.

En algo máis de 40 anos, a taxa de mortalidade infantil en Galicia pasou de 23,60 por cada 1.000 nenos nados vivos (1975) a 2,36 no ano 2018.

Neste período producíronse avances moi importantes en todos os ámbitos, e tamén na pediatría, cun significativo desenvolvemento de recursos tanto preventivos como terapéuticos, o que sen dúbida contribuíu a este espectacular descenso da mortalidade.

Desde a Xunta de Galicia e a Consellería de Sanidade garantimos que os nenos, nenas e adolescentes de Galicia reciban a mellor asistencia sanitaria posible, unha asistencia cos maiores niveis de calidade e seguridade, baseada nas necesidades da poboación infantil e xuvenil.

Por iso a Estratexia Sergas 2020, en relación á atención pediátrica, recolle distintas liñas e proxectos, nos que a colaboración dos equipos de atención primaria configúrase como un factor clave para a súa consecución. Entre estas liñas figuran:

- A lactación materna
- A potenciación da atención a problemas de saúde mental infanto-xuvenil
- A detección e intervención ante o maltrato infantil
- A obesidade infantil

Co desenvolvemento do novo modelo de atención primaria e da pediatría extrahospitalaria, buscamos a prestación dunha asistencia integral e integrada á

poboación infantil, na que as actividades preventivas e de promoción da saúde formen parte da actividade asistencial.

Neste marco encádrase o Programa de saúde infantil, ata agora denominado Programa do neno san, con ampla implantación no ámbito da pediatría extrahospitalaria desde hai máis de 30 anos. Foi fundamental no seu desenvolvemento en Galicia a publicación, no ano 2004, dunhas recomendacións sobre as actividades preventivas e de promoción da saúde máis adecuadas para a nosa Comunidade Autónoma, elaboradas segundo o coñecemento científico dispoñible e recollidas na “Guía de apoio para o programa do neno san”.

A necesaria actualización deste documento lévanos a presentar esta “**Guía de saúde infantil: actividades preventivas e de promoción da saúde en pediatría de atención primaria**”, dirixida aos e ás profesionais que traballan no ámbito da asistencia sanitaria aos nenos, nenas e adolescentes na atención primaria do Sistema Público de Saúde de Galicia. Unha guía que nace co obxectivo de proporcionar información que permita dar unha resposta rigorosa e áxil ás necesidades destes profesionais.

Na nosa aposta pola mellora da calidade asistencial que se presta á poboación pediátrica de Galicia elaboramos e implantamos o módulo de pediatría na historia clínica electrónica, Galicia foi a primeira comunidade autónoma en crear e dotar prazas de enfermería pediátrica en atención primaria, incorporamos os avances en vacinación infantil, ademais doutras medidas incluídas no Plan Galego Atención Primaria 2019-2021, como o incremento de prazas de pediatría e o aumento das prazas de formación de especialistas en pediatría, todas dirixidas a conseguir este obxectivo.

Quero expresar o meu agradecemento aos e ás profesionais que participaron na elaboración e revisión deste documento, así como a todos os/as profesionais de atención primaria que día a día contribúen ao desenvolvemento integral dos nenos, nenas e adolescentes de Galicia.

Jesús Vázquez Almuiña
Conselleiro de Sanidade

Introdución

Consideracións xerais

O/A pediatra e o/a enfermeiro/a de pediatría de atención primaria son os/as profesionais de referencia para a asistencia sanitaria da poboación infantil e xuvenil. A accesibilidade deste nivel asistencial xunto coa proximidade destes e destas profesionais aos nenos, nenas, adolescentes e ás súas familias, permítelles dar unha resposta integral ás necesidades de saúde deste grupo de poboación.

Na procura de mellorar a calidade da atención sanitaria que se presta aos nenos, nenas e adolescentes de Galicia no ámbito de atención primaria, o Plan Galego Atención Primaria 2019 - 2021 incorpora varias accións. Entre elas están:

- Incremento das prazas de pediatra en atención primaria (20 prazas no período 2019 - 2021).
- Incorporación en atención primaria no ano 2019 de 8 profesionais coa especialidade de enfermería pediátrica.
- Incremento das prazas de formación de especialistas en pediatría.
- Derivacións presenciais a pediatría de atención hospitalaria nun prazo axeitado e establecemento de canles de comunicación.
- Mellora da historia clínica electrónica (IANUS) no ámbito da pediatría.
- Mellora da accesibilidade ás unidades de saúde mental infanto-xuvenil e equiparación destas unidades entre as áreas sanitarias.

A carteira de servizos comúns de atención primaria do Sistema Nacional de Saúde inclúe entre as súas prestacións as actividades en materia de prevención, promoción da saúde, atención familiar e atención comunitaria, proporcionadas tanto no centro sanitario como no ámbito domiciliario ou comunitario, dentro dos programas establecidos por cada servizo de saúde, en relación coas necesidades de saúde da poboación do seu ámbito xeográfico.

As actividades preventivas e de promoción da saúde no eido da pediatria de atención primaria, constitúen unha ferramenta esencial para o desenvolvemento adecuado das esferas física, psíquica e social dos nenos, nenas e adolescentes.

O *Programa de saúde infantil*, consolidado e moi ben aceptado en Galicia polas familias e os/as profesionais, protocoliza as actuacións de educación sanitaria, dirixidas aos nenos, nenas e adolescentes de 0 a 14 anos e ás familias, así como as actividades preventivas (incluíndo a detección precoz dos problemas de saúde máis habituais), marcando a idade oportuna e a periodicidade da súa realización. Os controis de saúde constitúen o seu eixo principal e son un instrumento fundamental no seguimento do crecemento e desenvolvemento da poboación infantil e xuvenil.

A historia clínica electrónica do Servizo Galego de Saúde dispón dun módulo específico de pediatria, no que se recollen todos os datos de actividades preventivas e de promoción da saúde do neno/a, desde o nacemento ata que cumpre 15 anos. Este módulo é unha completa guía onde o profesional pode recordar, confirmar e rexistrar todas as actividades de prevención e promoción da saúde do neno, nena e adolescente para cada un dos rangos de idade. Inclúe tamén un acceso a tests pediátricos específicos, fundamentais para o control do desenvolvemento infantil.

No ano 2015 actualizáronse o número e a periodicidade dos controis de saúde infantil, con base nas recomendacións do Programa de saúde infantil^a da Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria de xaneiro de 2009 e conforme coas inmunizacións previstas polo calendario de vacinación infantil en vigor na Comunidade Autónoma de Galicia.

a. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Programa de salud infantil. Madrid: Exlibris Ediciones S.L.; 2009.

Na actualidade o módulo de pediatría na historia clínica electrónica (IANUS) inclúe 14 controis:

7 - 15 días / 1 mes / 2 meses / 4 meses / 6 meses / 9 meses / 12 meses / 18 meses / 2 anos / 3 - 4 anos / 6 anos / 9 - 10 anos / 12 anos / 14 anos.

Segundo consta no documento “Guía de actividades preventivas por grupos de idade”^b do grupo PrevInfad da Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, non existen evidencias sobre cal é o número óptimo de revisións de saúde a realizar durante a infancia e a adolescencia. Por isto consideran que debe existir certa flexibilidade, tendo en conta variables como a carga asistencial, as posibilidades de organización e as necesidades individuais de atención, entre outras. Existe consenso en agrupar as actividades de saúde en relación ao calendario de vacinación infantil.

Esta “**Guía de saúde infantil: actividades preventivas e de promoción da saúde en pediatría de atención primaria**” concíbese como un documento de apoio á realización dos controis de saúde que se levan a cabo no ámbito de pediatría de atención primaria. Consta de 27 capítulos que recollen información actualizada sobre as recomendacións de prevención e promoción da saúde, así como as relacionadas co manexo de determinadas patoloxías ou factores de risco.

Esta guía, dirixida a todos e todas os/as profesionais da saúde que prestan atención en atención primaria aos nenos, nenas e adolescentes en Galicia (pediatras, enfermeiros/as de pediatría, médicos/as de familia, médicos/as internos/as residentes, matróns/as, traballadores/as sociais, odontólogos/as, etc.), pretende ser un documento práctico, conformado por capítulos claros e concisos, que conteñen información orientada a dar unha resposta ás necesidades destes e destas profesionais.

Entre as novidades que aporta este documento en relación co do ano 2004 están:

- Novos temas:
 - Avaliación do/da recentemente nado/a en atención primaria.

b. Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Guía de actividades preventivas por grupos de edad. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [Internet]; 2014 [acceso 13 febreiro 2020]. Disponible en: http://previnfad.aepap.org/sites/default/files/2017-04/previnfad_actividades.pdf.

- Seguimento do neno e da nena prematuros.
- A alimentación a partir dos 2 anos.
- Prevención e abordaxe dos trastornos da conduta alimentaria.
- Prevención dos trastornos do sono.
- Temas que pasan a constituír un capítulo completo:
 - Prevención cardiovascular.
 - Prevención e manexo da obesidade infantil.
 - Trastornos do comportamento.
 - Detección precoz do trastorno do espectro autista.
- Novos contidos en capítulos xa existentes: entre eles están a detección precoz do consumo de cánnabis, do trastorno por xogo en internet, de problemas relacionados co uso das tecnoloxías da información e da comunicación (TIC), a prevención do comportamento sedentario, a prevención de patoloxía físico-deportiva, o acoso escolar, información sobre o trastorno do espectro alcohólico fetal, etc.

Obxectivos

- Establecer unhas recomendacións actualizadas e baseadas no mellor coñecemento científico dispoñible, que permitan dar unha resposta rigorosa e áxil ás necesidades dos e das profesionais do Sistema Público de Saúde de Galicia, que traballan na atención pediátrica no ámbito de atención primaria.
- Mellorar a calidade e a seguridade da atención á poboación infantil e adolescente.
- Diminuír a variabilidade na práctica clínica.

- Incrementar a satisfacción dos e das profesionais que prestan atención sanitaria aos nenos, nenas e adolescentes no Sistema Público de Saúde de Galicia.
- Mellorar a satisfacción da poboación pediátrica e das súas familias.

Método

A elaboración da “**Guía de saúde infantil: actividades preventivas e de promoción da saúde en pediátría de atención primaria**” coordinouse desde o Servizo de Atención Primaria da Subdirección Xeral de Atención Primaria, pertencente á Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria, tomando como punto de partida a “Guía de apoio para o programa do neno san”, publicada no ano 2004.

Para acadar os obxectivos propostos constituíuse un grupo de traballo multidisciplinar, formado por profesionais que desenvolven a súa actividade laboral no Servizo Galego de Saúde e na Consellería de Sanidade. O equipo está integrado por:

- Pediatras de atención primaria.
- Enfermeiras de pediátría (incluíndo enfermeiras especialistas en enfermería pediátrica).
- Neonatólogo.
- Psiquiatras.
- Psicóloga.
- Profesionais da Subdirección Xeral de Atención Primaria (médicas de familia, farmacéutica, matrona).
- Profesionais da Dirección Xeral de Saúde Pública (médicos/as, licenciado en Ciencias da Actividade Física e do Deporte, psicólogos/as, enfermeira).
- Profesional da Subdirección Xeral de Atención Hospitalaria (médica de familia).

Para acadar os obxectivos propostos, organizáronse catro reunións de traballo nas que se desenvolveron as seguintes actuacións:

- Na primeira reunión presentouse o proxecto, explicouse o método e o procedemento de traballo, consensuáronse e seleccionáronse os 27 capítulos a incluír na nova guía, puxéronse en común propostas de mellora, distribuíronse tarefas e organizouse a elaboración dos capítulos polos distintos membros do grupo.
- Nas restantes reunións os autores e as autoras de cada capítulo presentaron o seu traballo aos demais membros do equipo, co fin de facer unha revisión conxunta e identificar áreas de mellora, aclarar dúbidas e aprobar o texto final.

Coa finalidade de compartir bibliografía e os capítulos rematados, creouse un portal colaborativo nunha plataforma do Servizo Galego de Saúde, ao que todos os membros do grupo de traballo tiveron acceso desde a intranet e a extranet corporativa.

Tras a elaboración de todos os capítulos da guía polos autores correspondentes, no Servizo de Atención Primaria da Subdirección Xeral de Atención Primaria revisáronse os mesmos e confeccionouse a proposta de documento final.

O documento consensuado polo grupo de traballo enviouse para revisión externa ás xerencias das áreas sanitarias do Servizo Galego de Saúde, a diferentes unidades da Consellería de Sanidade e ás sociedades científicas relacionadas.

O documento final foi aprobado pola Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

1. Avaliación do/da recentemente nado/a en atención primaria

Autores: José Luís Fernández Trisac e Milagros Cortiñas Menor

1.1. INTRODUCCIÓN

O nacemento dun neno ou nena san/sa e vigoroso/a despois dunha xestación a termo, representa unha das situacións máis frecuentes na atención sanitaria, na que é necesario evitar un posible exceso de intervencionismo, xa que pode chegar a ser prexudicial para o/a recentemente nado/a e pode, ademais, privar á familia do goce dun acontecemento feliz, dificultando o establecemento do vínculo familiar. A esixencia do cumprimento das garantías de calidade na asistencia nun centro hospitalario non debería impedir un achegamento o menos medicalizado e intervencionista posible.

Debido a que a maioría dos partos normais nas mulleres sas e os/as seus/súas recentemente nados/as sans/sas evolucionan sen complicacións, a prioridade dos cuidados posnatais é o recoñecemento precoz das desviacións da normalidade, para intervir na forma que sexa preciso. Se estas desviacións son detectadas en atención primaria (AP), e non son susceptibles de seguimento neste ámbito asistencial, é preciso derivar o/a recentemente nado/a coa maior axilidade posible á consulta de atención hospitalaria correspondente.

Nas unidades neonatais, os datos de reingreso dos nenos e nenas entre os 10 e 15 días posteriores á alta hospitalaria oscilan entre o 1 e o 4 %, xeralmente por ictericia e

problemas de alimentación, e en ocasións por procesos máis importantes ou graves que poden pasar inadvertidos nas primeiras horas ou días de vida.

1.1.1. OBXECTIVOS

Os obxectivos desta avaliación, serán:

- Detectar precozmente se hai algún problema tanto no bebé san como no vulnerable.
- Fomentar a lactación materna.
- Prestar atención aos pais e nais por parte dos/das profesionais sanitarios/as nos primeiros días tras o nacemento.

1.2. PUNTOS A DESTACAR

A atención aos nenos e nenas recentemente nados/as iníciase no mesmo momento do parto. Durante a súa permanencia no centro hospitalario comezará un seguimento que ten que manterse de forma lineal e sen interrupcións na transición a AP.

Un/unha recentemente nado/a pode considerarse aparentemente san/sa cando é a termo (≥ 37 semanas de xestación) e a súa historia (familiar, materna, xestacional e perinatal), o seu exame físico e a súa adaptación o indiquen.

1.2.1. ACTUACIÓNS DURANTE O INGRESO NO CENTRO HOSPITALARIO

Todo/a recentemente nado/a aparentemente san/sa será avaliado/a tanto polo/a pediatra como polo/a enfermeiro/a durante a súa permanencia no hospital. A recomendación actual é unha supervisión da adaptación á vida extrauterina de polo menos 48 horas no caso de parto vaxinal e de 72 horas nos/nas nados/as por cesárea¹. No caso de que se dean as condicións suficientes de control e supervisión, pódense establecer programas de altas máis precoces baixo determinadas circunstancias.

A atención a todos e todas os nenos e as nenas recentemente nados/as aparentemente sans/sas irá encamiñada a:

- Detección de problemas de saúde non previsibles nin sospeitados antes do nacemento (luxación conxénita de cadeira, malformacións vasculares, etc.).
- Realización do cribado endócrino-metabólico previo á alta, ou no seu caso a recomendación do momento a realizalo tras a alta.
- Realización do cribado universal de xordeira.
- Asesoramento sobre os cuidados do/da recentemente nado/a e promoción e axuda para o establecemento da lactación materna efectiva.
- Inclusión no seu informe de alta dos datos máis relevantes no referente á historia obstétrica, datos do parto, transición á vida extrauterina, exploración clínica e exames complementarios e, se é o caso, dos problemas detectados que requiran algunha actuación e/ou seguimento.

1.2.2. ACTUACIÓNS DURANTE O INGRESO EN NEONATOLOXÍA

O/a recentemente nado/a que presente datos de enfermidade tras o seu nacemento ou que requira tratamento médico ou cirúrxico no período neonatal, ingresará nunha Unidade de neonatoloxía. En función da súa evolución e complexidade, en ocasións recibirá múltiples terapias e cuidados. Á alta da unidade neonatal será seguido/a en AP e eventualmente en consultas de atención hospitalaria relacionadas coa súa patoloxía de base.

Tras a alta hospitalaria, a atención irá encamiñada a dar continuidade aos cuidados, polo que é importante:

- Incluír no seu informe de alta os datos máis relevantes, orientados a entender o seu proceso asistencial, a súa situación de saída e o seguimento necesario.
- Establecer a transición cos/cas profesionais sanitarios/as de AP.

1.3. ASPECTOS ESPECÍFICOS

1.3.1. INTERVENCIÓNS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Na primeira visita tras a alta hospitalaria as actuacións encamiñaranse á:

- Atención a problemas de saúde detectados á alta hospitalaria.
- Avaliación da alimentación, fomento da lactación materna exclusiva durante os primeiros 6 meses de vida e, no seu caso, información da existencia de obradoiros de lactación e de grupos de apoio de nais lactantes.
- Detección precoz de problemas de saúde: malformacións que debutan con posterioridade aos primeiros 2 - 3 días de vida (cardiopatías ductus dependentes, malformacións gastrointestinais...).
- Comprobación dos cribados programados (enfermidades metabólicas e xordeira), repetición se procede do cribado metabólico do/da recentemente nado/a pretermo, con baixo peso ou nado/a de xestación múltiple.
- Educación para a saúde: coidados da pel, coidados posturais e actitudes a ter en conta se optan por coleito, prevención da síndrome de morte súbita do lactante, etc.
- Implicación de todos os membros da familia no coidado do/da novo/a integrante da mesma.

1.3.2. CRIBADOS NEONATAIS

- Cribado endócrino-metabólico²: encamiñado á despistaxe de erros conxénitos do metabolismo e/ou enfermidades endocrinolóxicas, que mediante a detección precoz e a instauración do tratamento, permitan diminuír a morbimortalidade das mesmas.
- Cribado auditivo³: o obxectivo xeral é o de mellorar a capacidade de comunicación (linguaxe receptiva e expresiva) dos nenos e nenas nados/as con hipoacusia moderada, severa ou profunda, para equiparalos aos/ás normoíntes.

Para máis información sobre cribados neonatais, ver o capítulo correspondente.

1.3.3. MORTE SÚBITA DO LACTANTE: PREVENCIÓN

A morte súbita segue a ser unha das principais causas de exitus nos países industrializados. Neste contexto, a síndrome de morte súbita do lactante (SMSL), a principal causa de morte inexplicable durante o primeiro ano de vida, sobre todo nos seis primeiros meses, cando teñen lugar ata o 85 % dos casos, representa só unha pequena porcentaxe dentro da morte súbita, pero cuns devastadores efectos nas familias que a sofren.

A síndrome de morte súbita do lactante defínese como: “morte súbita dun neno de menos dun ano de idade, que ocorre aparentemente durante o sono e que permanece sen explicación logo da realización dunha minuciosa investigación *post mortem*, que inclúe a práctica da autopsia, exame do lugar do falecemento e revisión da historia clínica”⁴.

É importante que os pais e nais estean informados/as sobre certas circunstancias que poden supoñer maior risco para os/as nenos/as. Entre esas situacións merece actualmente mención especial unha práctica que se está xeneralizando, o coleito.

No caso de menores de 6 meses de idade, o Comité de lactación materna da Asociación Española de Pediatría (AEP) e o Grupo de traballo de morte súbita infantil da AEP consideran que se deben ter en conta as seguintes recomendacións no caso de que se practique o coleito⁵:

- A forma máis segura de durmir para os lactantes menores de seis meses é no seu berce, boca arriba, preto da cama dos seus proxenitores. Existe evidencia científica de que esta práctica diminúe o risco de SMSL en máis do 50 %.
- A lactación materna ten un efecto protector fronte ao SMSL e, doutra banda, o coleito é unha práctica beneficiosa para o mantemento da lactación materna, pero tamén se considera un factor que aumenta o risco de SMSL, polo que non debe ser recomendado nos seguintes casos:
 - Lactantes menores de tres meses de idade.
 - Prematuridade e baixo peso ao nacemento.

- Pais / nais que consuman substancias psicoactivas (tabaco, alcohol, cánnabis...) ou fármacos sedantes.
- Situacións de cansazo, especialmente de cansazo extremo, como no posparto inmediato.
- Coleito sobre superficies brandas, colchóns de auga, sofás ou cadeiras de brazos.
- Cando se comparte a cama con outros familiares, con outros/as nenos/as ou con múltiples persoas.

Outras circunstancias que poden ter influencia negativa neste risco de morte súbita, e polo tanto deben ser evitados, son o tabaquismo materno ou paterno, a utilización de almofadas ou coxíns, a temperatura ambiental por baixo dos 18 – 20 °C e o arroupamento excesivo.

1.4. RECOMENDACIÓNS

- A valoración tras a alta hospitalaria realizarase no centro de AP, en todo caso antes de finalizar a primeira semana de vida.
- A educación para a saúde do/da recentemente nado/a ás/aos nais e pais por parte dos/das profesionais sanitarios/as, debe ser uniforme e consistente coas evidencias do momento actual⁶.
- Ter en consideración os desexos dos pais e nais durante todo o proceso asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Luna M, Pallas Alonso CR, Botet Mussons F, Echaniz Urcelay I, Castro Conde JR, Narbona E; Sociedad Española de Neonatología, Comisión de Estándares. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. An Pediatr (Barc). 2009;71(4):349-61.
2. Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública. Actualización del Programa gallego para la detección precoz de enfermedades endocrinas y metabólicas en periodo neonatal. Resultados 2010. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2011. Disponible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/SaludPublica/PDF-2065-es.pdf>.
3. Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública. Programa galego para a detección da xordeira en período neonatal (PGDXPN). Resultados 2002-2016. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2017. Disponible en: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/399/0106061_CONS SANIDADE_Sordeira 2002-2016 v0.pdf.
4. Asociación Española de Pediatría, Grupo de trabajo para el estudio de la muerte súbita infantil. Libro blanco de la muerte súbita infantil. 3ª ed. Madrid: Ergon Creación; 2013. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/libro_blanco_muerte_subita_3ed_.pdf.
5. Asociación Española de Pediatría, Comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría; Asociación Española de Pediatría, Grupo de trabajo para el estudio de la muerte súbita infantil. Colecho, síndrome de muerte súbita del lactante y lactancia materna. Recomendaciones actuales de Consenso. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2014. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201406-colecho-muerte-subita.pdf>.
6. Doménech E, Rodríguez-Alarcón J, González N. Cuidados generales del recién nacido a término sano. En: Moro M, Vento M, editores Protocolos y procedimientos de los cuidados neonatales. 2ª ed. Madrid: Ergon Creación; 2008. p. 19-28.

Outra bibliografía recomendada:

Aguilera López L, Alonso González M, Álvarez Gómez J, Castro Chamorro A, Cuadrado Martínez L, Esparza Olcina MJ, et al. Protocolo de salud infantil. Atención al niño sano. Madrid: Comunidad de Madrid; 2005. Disponible en: www.enfermeriaaps.com/portal/?wpfb_dl=2173.

2. Seguimento do neno e da nena prematuros

Autor: José Luís Fernández Trisac

2.1. INTRODUCCIÓN

O nacemento prematuro é un problema de saúde de gran magnitude, xa que ao redor de 15 millóns de recentemente nados/as nacen de forma prematura cada ano no mundo (segundo cifras da Organización Mundial da Saúde), representando nos países desenvolvidos do noso contorno un 8 - 9 % de todos os nacementos, cifra que tamén se mantén na Comunidade Autónoma de Galicia.

A supervivencia de prematuros/as de 25 semanas é maior do 60 % nos países máis desenvolvidos. Con todo, a supervivencia sen danos neurolóxicos importantes en pacientes de 25 - 26 semanas está ao redor do 60 % e sen ningunha morbilidade importante próxima ao 30 %¹.

Non todos os nenos e nenas prematuros/as teñen as mesmas características, e é fácil comprender que aínda que comparten a condición de nacer antes de cumprir as 37 semanas de xestación, pouco terá que ver un/unha recentemente nado/a de 25 semanas de xestación e 650 gramos (g) de peso con outro de 36 semanas e 2.400 g.

2.1.1. TIPOS DE NENOS E NENAS PREMATUROS

2.1.1.1. GRANDES PREMATUROS.

Faise referencia con esta denominación aos nenos e ás nenas que nacen antes de cumprir a semana 32 de xestación e/ou cun peso menor de 1.500 gramos. As súas necesidades de seguimento son variables e complexas, debéndose individualizar. Neste capítulo centrarémonos nos obxectivos de seguimento mínimo e estándar que deberían cumprirse neste grupo.

2.1.1.2. PREMATUROS TARDÍOS

Neste apartado considéranse aos nenos e ás nenas nados/as entre a semana 34 de xestación e a semana 36⁺⁶ días. Durante moitos anos pensouse que este grupo era de baixo risco para ter problemas de desenvolvemento, hoxe hai evidencia para xustificar o seu seguimento, xa que o desenvolvemento neurolóxico destes nenos e nenas pode dar lugar a problemas evolutivos de forma inversamente proporcional á súa idade xestacional².

2.1.2. OBXECTIVOS

O obxectivo principal é proporcionar unha ferramenta común para o seguimento coordinado dos nenos e nenas prematuros/as polos pediatras de atención primaria (AP) e da consulta de seguimento hospitalaria, que permitan:

- Determinar e estandarizar as avaliacións a realizar.
- Favorecer a coordinación entre a pediatría de AP e hospitalaria.
- Compartir a historia clínica informatizada do/da paciente en seguimento.

2.2. PUNTOS A DESTACAR

O programa de seguimento nos centros de AP, ademais dos puntos básicos do seguimento de calquera neno/a (orientar sobre hábitos saudables e apoio á familia de

maneira integral), debe servir para familiarizarse coa maioría das morbilidades frecuentes ou propias da prematuridade.

2.2.1. ACTUACIÓNS CON PREMATUROS E PREMATURAS ≤ 32 SEMANAS OU < 1.500 G TRAS A ALTA HOSPITALARIA

- **Control polo/a seu/súa pediatra de AP** no intervalo de 5 días seguintes á alta. Contará cun informe de alta hospitalaria na historia clínica electrónica (IANUS) que resuma a evolución, os seus diagnósticos e os procedementos realizados, así como as citas de seguimento ou exploracións complementarias solicitadas desde o hospital.
- **Control de crecemento:** vixiar que o crecemento de peso e talle sexa harmónico.
- Durante a hospitalización e ata a semana 44 de idade corrixida*, as Curvas de Fenton son a ferramenta máis xeneralizada para esta avaliación (<https://ucalgary.ca/fenton/>)^{3,4}.

*A idade corrixida é a idade que tería o bebé se nacesse ás 40 semanas (idade corrixida = idade cronolóxica – semanas de prematuridade; as semanas de prematuridade calcúlanse: 40 semanas - idade xestacional ao nacer (semanas completas) = semanas de prematuridade).

- **Tipo de alimentación:** lactación materna exclusiva ata os seis meses de idade corrixida⁵. Se recibe preparado para lactantes adaptado de prematuros á alta de forma exclusiva, débese cambiar por preparado normal ás 40 semanas de idade corrixida (a de prematuros ten elevadas achegas de fósforo e calcio). En calquera caso, débese individualizar, e os/as nenos ou nenas que requiran aumentar a achega calórica poden utilizar a de prematuros nalgunhas tomas.

A introdución da alimentación complementaria ou beikost realízase a partires dos 6 meses, segundo a idade corrixida.

- **Desenvolvemento motor e neuropsicolóxico:** neste grupo de prematuros/as de alto risco a discapacidade ten unha prevalencia non desprezable, sendo maior a medida que descendemos en idade xestacional. Estes/as nenos/as son xeralmente derivados para seguimento á Unidade de atención temperá e rehabilitación infantil desde a alta de hospitalización e o seguimento é específico. A nivel

neuropsicolóxico teñen maior risco tamén de trastornos do desenvolvemento, trastorno do espectro autista e trastorno por déficit de atención e hiperactividade⁶.

- **Visión:** débese comprobar que se realizou o cribado de retinopatía da prematuridade en todos os/as menores de 1.500 g ou menores de 32 semanas. Nesta poboación tamén son máis frecuentes a ambliopía e os defectos de refracción (presentes en ata un 30 % dos casos). Tras a alta de detección precoz de retinopatía, débese lembrar realizar unha exploración oftalmolóxica para valorar defectos de refracción ao redor dos 3 anos.
- **Audición:** debe realizarse o cribado para a detección de xordeira no período neonatal durante o ingreso hospitalario, previo á alta, mediante potenciais evocados auditivos de tronco cerebral automatizados (PEATC-A). Tamén se debe seguir o desenvolvemento audiolóxico e a adquisición da linguaxe, para detectar perdas auditivas de comezo tardío, valorando a necesidade de repetición de probas auditivas obxectivas (audiometría condutual adecuada á idade do/da neno/a) cando haxa sospeita de problema evolutivo⁷.
- **Suplementos de vitaminas e minerais**
 - **Vitamina D:** recoméndase ata o ano de idade corrixida administrar Vit D₃ (400 UI/día). Se hai déficits constatados ou riscos engadidos (diuréticos de asa, corticoides posnatais prolongados, fórmula hidrolizada...) aumentarase a dose ata un máximo de 1.000 UI/día⁸.
 - **Ferro:** recoméndase suplementar con ferro en forma de sulfato ferroso. Se reciben lactación materna 4 mg/kg/día de ferro ata o ano de idade cronolóxica. Se reciben preparado para lactantes adaptado (de inicio ou continuación) a recomendación é de 1,5 mg/kg/día ata o ano, ou ata que a alimentación complementaria achegue suficiente ferro⁹.
- **Prevenção de infeccións. Calendario de vacinación infantil**

A incidencia de enfermidades infecciosas nos/nas nenos/as prematuros/as é máis elevada que nos/nas nenos/as a termo, tanto durante a súa estancia hospitalaria como tras a alta. É por iso importante incidir na educación para a saúde no seu

contorno desde AP. Aconséllase a lactación materna debido aos seus beneficios recoñecidos con respecto á nutrición, á función gastrointestinal, á defensa inmunitaria e ao benestar psicolóxico, así como unha minuciosa hixiene de mans, evitar a exposición ao fume de tabaco e evitar a gardería durante o primeiro inverno tras a alta.

Respecto ao calendario de vacinación infantil o consenso xeral é que as nenas e nenos prematuros/as deben seguir o **mesmo calendario de vacinación infantil** que os/as recentemente nados/as a termo (segundo a súa idade cronolóxica), iniciando este durante o seu ingreso inicial por causa de prematuridade, se a estabilidade clínica o permite¹⁰.

Neste grupo de prematuros/as ≤ 32 semanas de idade xestacional ao nacer, recoméndase:

- Vacinación fronte ao rotavirus a partir da sexta semana de vida, sempre que a súa condición clínica o permita e non exista contraindicación¹¹.
- Vacinación fronte á gripe entre os 6 meses e os 2 anos de idade¹².

2.2.2. ACTUACIÓNS CON PREMATUROS E PREMATURAS TARDÍOS TRAS A ALTA HOSPITALARIA

A poboación de prematuros/as tardíos, que inclúe aos nenos e nenas nados/as entre as 34 e 36⁺⁶ semanas de idade xestacional é superior ao 70 % de todos os prematuros e, tradicionalmente, non se incluíron na maioría de protocolos e/ou recomendacións de seguimento do/da prematuro/a. Isto é así, porque durante moitos anos os/as prematuros/as tardíos foron manexados como se fosen recentemente nados/as a termo. Con todo, este grupo de prematuros/as foi obxecto de múltiples estudos na última década, deixando constancia de que se trata de nenos/as cun desenvolvemento diferente ao dos/das nados/as a termo, polo que non están exentos de presentar problemas e/ou secuelas a longo prazo^{13,14}.

2.2.2.1. PREVENCIÓN DO PARTO PREMATURO

Aínda que o obxectivo sexa evitar o nacemento prematuro, cabe destacar neste grupo de pretermos tardíos evitar os partos prematuros programados antes da semana 39^{15,16}, tanto as inducións como as cesáreas programadas.

2.2.2.2. IDENTIFICACIÓN COMO POBOACIÓN DE RISCO

Identificar, antes da alta, os factores de risco asociados a un peor neurodesenvolvemento, así como a comprensión por parte da familia das necesidades para o coidado e desenvolvemento destes/as nenos e nenas¹⁷.

2.2.2.3. NUTRICIÓN E CRECEMENTO

O leite materno é o mellor alimento para o/a recentemente nado/a, os seus beneficios son especialmente relevantes naqueles/as nenos e nenas que nacen antes de tempo. O problema é que o establecemento da lactación materna no caso de nenos/as prematuros/as é máis difícil e require máis esforzo e formación por parte do persoal asesor, que será amplamente recompensado polos beneficios que comporta¹⁸.

A produción de leite é menor a menor idade xestacional polo que as nais que dan a luz prematuramente poden ter máis dificultades para establecer un aporte adecuado de leite. O apoio profesional nas primeiras dúas semanas despois dun parto prematuro (principalmente nas seis horas posteriores ao parto) e a expresión frecuente do leite (aproximadamente oito veces ao día) poden aumentar a probabilidade de establecer un volume adecuado de leite.

Nas consultas de AP, débese alentar ás nais a que continúen coas estratexias de lactación materna que usaban no hospital ata que os seus bebés demostren un patrón de crecemento aceptable (é dicir, un aumento de peso de 20 g/día) durante polo menos unha ou dúas semanas. Estas poden incluír o uso dun extractor de leite logo da alimentación, para asegurar o baleirado do peito. Ademais, recoméndase informar ás nais e pais sobre os programas e/ou recursos de apoio á lactación da comunidade.

A alimentación complementaria debe iniciarse a partir dos 6 meses de idade corrixida.

Non hai recomendacións específicas para a profilaxe con ferro nesta poboación, pero pode estar indicada nos/nas que teñen un rápido crecemento posnatal e dobraron o seu peso de nacemento aos 2 meses. As doses serán 2-4 mg/kg/día nos alimentados con leite materno e 1 mg/kg/día nos alimentados con preparado para lactantes, desde as dúas semanas ata polo menos os 6 meses.

Antes da alta hai que concienciar aos pais e nais de que o seu fillo ou filla ten un risco aumentado de: ictericia, dificultades na eficacia das tomas, deshidratación, sendo mesmo necesario pospoñer a alta ata afianzar os coidados e coñecemento dos signos de alarma.

Vitamina D: administrar 400 UI/día ata os 6 meses de idade nos/nas que reciben lactación materna; nos/nas que reciben preparado para lactantes considerar suspender cando o aporte de leite é polo menos de 1.000 ml/día.

2.2.2.4. APARATO RESPIRATORIO

Son frecuentes os trastornos respiratorios, incluso a longo prazo, nos pretermos tardíos. O seu pulmón ao nacer aínda é inmaturo e escaso (a superficie de intercambio gaseoso pasa de 1 m² ás 34 semanas de xestación a 4 m² a termo).

Débense identificar aqueles/as con factores de risco de morbilidade respiratoria derivada do período neonatal precoz (necesidade de osixenoterapia ou soporte respiratorio, distrés respiratorio significativo).

2.2.2.5. INFECCIÓNS

O risco de hospitalizacións por infección aumenta un 12 % por cada semana que se descende da 40. O sistema inmune móstrase inmaturo, as barreiras naturais son moi vulnerables e a transferencia materna de inmunoglobulinas é máis baixa antes da semana 37. As infeccións respiratorias son as máis frecuentes, seguidas das do tracto dixestivo. Débese recomendar unha adecuada hixiene de mans, evitar os ambientes de risco, evitar a exposición ao fume de tabaco e favorecer a lactación materna.

O calendario de vacinación infantil recomendado é o calendario vixente de vacinación infantil do Servizo Galego de Saúde.

Considerar a vacina inactivada fronte á gripe a partir dos 6 meses no caso de pretermos tardíos con patoloxía crónica, desnutridos, patoloxía respiratoria, etc.

2.2.2.6. RISCO DE MORTE SÚBITA

Continua sendo unha importante causa de falecemento nesta poboación, tan só superada polas malformacións conxénitas (ver apartado específico de morte súbita do lactante no capítulo 1 “Avaliación do/da recentemente nado/a en atención primaria”).

2.3. ASPECTOS ESPECÍFICOS

Táboa 2.1. Intervencións en atención primaria e controis hospitalarios dos/das menores de 32 semanas ou 1.500 g.

Revisións	1ª visita	2m IC	3m IC	4m IC	6m IC	9m IC	12m IC	15m IC	18m IC	24m IC	36m IC
Derivar a atención temperá	●										
Revisión e comprobación do informe de alta	◆										
Crecedemento Alimentación	■	■	●	◆	■	●	■	◆	●	■	■
Valorar psicomotor	■	■	●	◆	■	●	■	◆	●	■	■
Valorar vínculo e coidados	■	■	●	◆	■	●	■	◆	●	■	■
Control analítico					●						
Valoración test psicomotor Bayley III ou similar										●	

IC: idade corrixida ◆ Control en atención primaria; ● Control en atención hospitalaria; ■ Control por ambos especialistas

Fonte: modificado de Grupo de seguimiento de la Sociedad Española de Neonatología. Protocolo de seguimiento para el recién nacido menor de 1.500 g o menor de 32 semanas de gestación. Madrid: Sociedad Española de Neonatología; 2017. Dispoñible en: https://www.seneo.es/Portals/0/Publicaciones/Protocolo-Seguimiento-recien-nacido_SENeo-OK-web.pdf.

Intervencións e controis para os prematuros tardíos:

- Reforzar a necesidade de seguimento, por todo o exposto previamente.
- Detectar risco de abandono de seguimento, para previlo.
- Primeiro control tras a alta hospitalaria nun prazo de 48 horas nos casos que sexa preciso, previo contacto con AP.

2.4. RECOMENDACIÓNS

O programa de seguimento compartirá moitos dos contidos do programa de actividades preventivas da infancia (cribados, consellos de saúde, vacinacións), pero tamén estará orientado ao risco de padecer patoloxías que son máis frecuentes na poboación de prematuros. O papel dos equipos de AP é pois fundamental nas devanditas valoracións.

2.4.1. HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

A historia clínica electrónica do/da paciente, na Comunidade Autónoma de Galicia (IANUS), debe recoller todas as actuacións levadas a cabo no seguimento e utilizarse de forma bidireccional hospitalaria-atención primaria, para favorecer a coordinación e evitar duplicacións ou actuacións non necesarias.

2.4.2. SEGUIMENTO INDIVIDUALIZADO

As propostas presentadas neste capítulo son normas xerais e comúns a todos os/as recentemente nados/as pretermo. Cada caso debe ser valorado tamén de forma individualizada e requirirá actuacións específicas. Por exemplo, se hai algunha proba de neuroimaxe alterada á alta propoñeranse controis ou se se detectou unha retinopatía realizarase o seu seguimento específico no Servizo de oftalmoloxía.

2.4.3. VALORACIÓN DO DESENVOLVEMENTO PSICOMOTOR

Desde a consulta de seguimento de neonatoloxía, ou desde AP, pódense detectar desviacións do normal desenvolvemento en pacientes de risco, que precisarán ser derivados/as de forma coordinada para avaliación por outros especialistas (neuroloxía, rehabilitación, psicoloxía, etc.).

Os/as de maior risco neurolóxico (menores de 32 semanas ou < 1.500 g) serán derivados a unidades de atención temperá desde a súa hospitalización inicial.

2.4.4. INTERVENCIÓNS EN ZONA DE PENUMBRA

A maioría de estudos, guías e protocolos diferencian actuacións nos/nas menores de 32 semanas ou nos recentemente nados/as pretermo entre a 34 e a 36⁺⁶ semanas. Os/as nados/as desde a 32⁺¹ ata a semana 33⁺⁶, deberán incluírse no grupo de risco máis próximo ás súas particularidades e non só as súas semanas de xestación, pero habitualmente aproxímanse ao grupo de pretermos máis próximo á súa idade xestacional.

2.4.5. INMUNOPROFILAXE ESPECÍFICA FRONTE AO VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL

Existe a posibilidade de inmunoprofilaxe específica fronte ao virus respiratorio sincital (VRS) con palivizumab (fármaco de uso hospitalario). Serán as unidades neonatais as que seleccionarán aos nenos e nenas prematuros susceptibles de beneficiarse.

As recomendacións e propostas recollidas neste capítulo están en consonancia cos protocolos de seguimento do menor de 1.500 g e do pretermo tardío publicados pola “Sociedad Española de Neonatología”¹⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Horbar JD, Soll RF, Edwards WH. The Vermont Oxford Network: a community of practice. *Clin Perinatol*. 2010;37:29-47.
2. Petrini JR, Dias T, McCormick MC, Massolo ML, Green NS, Escobar GJ. Increased risk of adverse neurological development for late preterm infants. *J Pediatr*. 2009;154(2):169-76.
3. Fenton TR, Kim JH. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. *BMC Pediatr*. 2013;13:59.
4. Fenton TR, Nasser R, Eliasziw M, Kim JH, Bilan D, Sauve R. Validating the weight gain of preterm infants between the reference growth curve of the fetus and the term infant. *BMC Pediatr*. 2013;13:92.
5. O'Connor DL, Unger S. Post-discharge nutrition of the breastfed preterm infant. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2013;18:S1744-165X.
6. Schieve L, Tian LH, Rankin K, Kogan MD, Yeargin-Allsopp M, Visser S, et al. Population impact of preterm birth and low birth weight on developmental disabilities in US children. *Ann Epidemiol*. 2016;26:267-74.
7. Núñez Batalla F, Jáudenes Casaubón C, Sequí Canet JM, Vivanco Allende A. Recomendaciones CODEPEH 2014 para la detección precoz de la hipoacusia diferida. *An Pediatr*. 2016;85:215.e1-215.e6.
8. Fort P, Salas AA, Nicola T, Craig CM, Carlo WA, Ambalavanan N. A comparison of 3 vitamin D dosing regimens in extremely preterm infants: a randomized controlled trial. *J Pediatr*. 2016;174:132-8.
9. Rao R, Georgieff MK. Iron therapy for preterm infants. *Clin Perinatol*. 2009;36:27-42.
10. Asociación Española de Pediatría (AEP), Comité asesor de vacunas. Vacunación de niños prematuros. En: Manual de vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; 2019 [acceso 12 febreiro 2020]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-10>.

11. Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública. Nota informativa sobre a vacinación fronte ao rotavirus en prematuros. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2019. Disponible en: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/6253/Nota_informativa_rotavirus_prematuros.pdf.
12. Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública. Campaña vacunación antigripal 2019. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2019. Disponible en: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/3293/Instruccion_Gripe_2019_castellano.pdf.
13. Johnson S, Evans TA, Draper ES, Field DV, Manktelow BN, Marlow N, et al. Neurodevelopmental outcomes following late and moderate prematurity: a population-based cohort study. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2015;100:F301-8.
14. Engle WA. Morbidity and mortality in late preterm and early term newborns: a continuum. Clin Perinatol. 2011;38(3):493-516.
15. Tonse N, Raju MD. The “late preterm” birth - ten years later. Pediatrics. 2017;139(3):e20163331.
16. Kugelman A, Colin A. Late preterm infants: near term but still in a critical developmental time period. Pediatrics. 2013;132(4):741-51.
17. Williams BL, Dunlop AL, Kramer M, Dever BV, Hogue C, Jain L. Perinatal origins of first-grade academic failure: role of prematurity and maternal factors. Pediatrics. 2013;131(4):693-700.
18. Meier P, Patel AL, Wright K, Engstrom J. Management of breastfeeding during and after the maternity hospitalization for late preterm infants. Clin Perinatol. 2013;40:689-705.
19. Seneo.es [Internet]. Oviedo: Sociedad Española de Neonatología [acceso 12 febreiro 2020]. Disponible en: <https://www.seneo.es/>.

Outra bibliografía recomendada:

- Grupo de Seguimiento de la Sociedad Española de Neonatología. Protocolo de seguimiento para el recién nacido menor de 1.500 g o menor de 32 semanas de gestación. Madrid: Sociedad Española de Neonatología; 2017. Disponible en: https://www.seneo.es/Portals/0/Publicaciones/Protocolo-Seguimiento_recien_nacido_SENeo-OK-web.pdf .
- García Reymundo MG, Hurtado Suazo JA, Calvo Aguilar MJ, Soriano Faura FJ, Ginovart Galiana G, Martín Peinadorb Y, et al. Recomendaciones de seguimiento del prematuro tardío. Madrid: Sociedad Española de Neonatología; 2017. Disponible en: https://www.seneo.es/Portals/0/Publicaciones/Protocolo_Prematuro_tardio.pdf.
- McCourt MF, Griffin CM. Comprehensive primary care follow-up for premature infants. J Pediatr Health Care. 2000;14:270-9.
- Schanler RJ. Infant benefits of breastfeeding [Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc; 2019 [acceso 12 febreiro 2020]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/infant-benefits-of-breastfeeding?search=Infant%20benefits%20of%20breastfeeding&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
- Lee MJ, Guinn D. Antenatal corticosteroid therapy for reduction of neonatal respiratory morbidity and mortality from preterm delivery [Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc; 2019 [acceso 12 febreiro 2020]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/antenatal-corticosteroid-therapy-for-reduction-of-neonatal-respiratory-morbidity-and-mortality-from-preterm-delivery?search=Antenatal%20corticosteroid%20therapy%20for%20reduction%20of%20neonatal%20respiratory%20morbidity%20and%20mortality%20from%20preterm%20delivery&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2 .

3. A alimentación de 0 a 2 anos

Autoras: M^a Luisa García Vicente, M^a Isabel Oliveira Sánchez e Ana María Martínez Lorente

3.1. INTRODUCCIÓN

É indiscutible que o leite humano é o mellor alimento para o bebé¹. Grazas aos avances tecnolóxicos puidéronse obter moitos datos relativos tanto aos seus macronutrientes como aos micronutrientes, que non fan máis que confirmar a súa idoneidade para o/a recentemente nado/a e o/a lactante.

A Organización Mundial da Saúde (OMS), o Fondo das Nacións Unidas para a Infancia (UNICEF), a Academia Americana de Pediatría (AAP), a Asociación Española de Pediatría (AEP) e o Ministerio de Sanidade recomendan que todos/as os lactantes sexan alimentados en exclusiva con lactación materna (LM) ata os 6 meses de vida e xunto con outros alimentos complementarios continuar coa lactación materna ata os dous anos de idade ou máis¹⁻⁸ mentres nai e fillo/a desexen, ademais debe ser alimentado/a a demanda, tan frecuente como o/a neno/a o desexe.

Conscientes da importancia que a atención primaria (AP) xoga no mantemento e apoio á lactación materna e na promoción da mesma, e seguindo o exemplo doutros países europeos, a Comisión Nacional da Iniciativa para a Humanización da Asistencia ao Nacemento e a Lactación (IHAN) co apoio da Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, lanzou o proxecto *Centros de Saúde IHAN (CS-IHAN)*^{5,6}, co obxectivo de axudar ás nais que opten pola lactación materna a lograr que sexa exclusiva ata os 6 meses de idade do/da lactante e continuar coa lactación materna a demanda xunto coa alimentación complementaria (AC) adecuada, como mínimo ata os dous anos de idade.

As nais que aleitan precisan dunha inxesta diaria adecuada de alimentos ricos en iodo e a suplementación con 200 mcg de ioduro potásico diarios, para previr que o/a lactante teña un trastorno por déficit de iodo^{9,10}.

3.2. PUNTOS A DESTACAR

3.2.1. A LACTACIÓN MATERNA

3.2.1.1. BENEFICIOS DA LACTACIÓN MATERNA

A LM ten beneficios a curto, medio e longo prazo para o bebé, para a nai e unha serie de vantaxes para a sociedade^{1,5,7,8}.

O coñecemento científico dispoñible actualmente pon de manifesto que os nenos e nenas non aleitados teñen máis enfermidades, máis graves e máis longas, non só durante o período de lactación, senón moitos anos despois^{7,11}.

3.2.1.1.1. **Beneficios para o/a lactante:**

➤ A curto prazo:

- O leite materno xa se produce a partir das 16 semanas de xestación e ten os nutrientes perfectos que se adaptan en composición e cantidade á idade do/da neno/a (leite pretermo, costro, leite de transición e leite maduro), facilitando a súa absorción e adaptación gastrointestinal.
- Protexe fronte diarreas, infeccións urinarias, sepse e meninxite, o que implica menos episodios de hospitalización^{1,7,8,12,13,14}.
- A lactación materna de máis de tres meses de duración pode diminuír ata un 77 % o risco de otite media, un 75 % o risco de infeccións respiratorias de vías baixas, un 40 % o risco de asma e un 42 % o risco de dermatite atópica^{7,10}.
- A lactación materna de máis de seis meses de duración pode diminuír tamén o risco de padecer leucemia nun 20 % e nun 36 % o risco de morte súbita^{7,10}.

➤ A medio e longo prazo:

- Reduce a probabilidade de padecer enfermidades alérxicas, trastornos dixestivos crónicos, diabetes mellitus tipo 1, obesidade, enfermidade de Crohn e linfoma⁷.
- Diminúe os factores de risco cardiovascular como a hipertensión arterial e a hipercolesterolemia¹⁵.
- Favorece o desenvolvemento cognitivo^{7,15}.

3.2.1.1.2. Beneficios para a nai:

➤ A curto prazo:

- Diminución do sangrado posparto, porque a oxitocina estimula a contracción do útero e acelera a involución uterina^{7,11,15}.
- Recuperación máis rápida do peso preconcepcional^{7,11,12}.
- Facilita a recuperación dos depósitos de ferro ao atrasar a menstruación^{7,11}.
- Constitúe un factor de protección fronte a depresión posparto^{7,11,15}.
- Mellora a remineralización ósea posparto^{7,15}.

➤ Medio e longo prazo:

- Menor risco de padecer cancro de mama, de ovario e endometrio^{7,15}.
- Diminúe o risco de padecer hipertensión e diabetes mellitus tipo 2^{7,15}.

3.2.1.1.3. Beneficios sobre a relación nai-fillo/a:

- Promove un frecuente e estreito contacto físico que favorece o establecemento do vínculo afectivo e o apego seguro, o que resulta óptimo para o desenvolvemento do/da lactante e fai que a nai experimente un gran sentimento de satisfacción e autoestima⁷.
- Diminúe o risco de maltrato infantil^{5,16}.

3.2.1.1.4. Beneficios para a sociedade:

- O leite materno é máis ecolóxico, non se consume enerxía no fogar para esterilizar nin temperar e non xera residuos¹⁵.
- É máis económico para os pais e nais que a alimentación con preparados para lactantes¹⁸.
- Produce unha redución do custe sanitario porque diminúe a morbimortalidade, os tratamentos por infeccións e as hospitalizacións dos/das lactantes, ademais reduce o absentismo laboral por parte das nais e pais¹⁵.

3.2.1.2. CONTRAINDICACIÓNS DA LACTACIÓN MATERNA

3.2.1.2.1. Motivos de contraindicación absoluta por parte da nai:

- Infección polo VIH¹⁹.
- Infección polo virus da leucemia humana de células T¹⁹.
- Adicción a substancias psicoactivas ilegais, con excepción das mulleres que seguen programas de desintoxicación²⁰.
- Tratamento con fármacos contraindicados durante a lactación.

3.2.1.2.2. Motivos absolutos por parte do/da neno/a:

- Nenos/as con galactosemia, malabsorción conxénita de glucosa-galactosa e deficiencia primaria de lactasa¹⁷.

Necesítase unha valoración individualizada en caso de¹:

- Enfermidades maternas como o cancro de mama, sarampelo, varíola, miastenia gravis, sífilis, prolactinoma, infeccións bacterianas graves, brucelose, enfermidade de Chagas e herpes simple.

- Enfermidades do/da lactante como a fenilcetonuria e outros erros innatos do metabolismo dos aminoácidos, enfermidade dos ouriños do xarope de arce.

3.2.1.3. PRÁCTICAS PARA A PROMOCIÓN, APOIO E MANTEMENTO DA LACTACIÓN MATERNA EN ATENCIÓN PRIMARIA^{2-5,7-8}

- Revisar o informe á alta hospitalaria e ver se hai algunha indicación a ter en conta no seguimento do neonato en AP, en relación á lactación.
- Realizar anamnese sobre aspectos relacionados coa lactación materna e observar unha toma para comprobar se o agarre é correcto e a transferencia do leite é efectiva ([Anexo 3.1](#) e [3.2](#)).
- Verificar que o bebé está tomando suficiente leite e realizar un seguimento da lactación, para detectar precozmente a existencia de dificultades por parte do/da lactante ou da nai e solucionarlas precozmente.
- Recomendar dar o peito a demanda, non se debe esperar a que o/a neno/a chore, se está esperto buscando ou cun incremento de actividade, debe de poñerse ao peito. O choro adoita ser un indicador tardío de fame e en ocasións, cando está xa irritable, dificulta o aleitamento. Terase en conta que nas primeiras semanas de vida se o/a neno/a durme máis de 4 horas entre toma e toma e fai menos de 8 tomas ao día, débese recomendar ás nais e pais, se é o caso, que intenten espertalo con “suavidade” para poñelo ao peito co fin de asegurar unha achega mínima adecuada.
- Informar da importancia de realizar tomas frecuentes, de respectar as tomas nocturnas e doutros factores que poden influír no bo establecemento da lactación.
- Recomendar manter ao/á lactante nun mesmo peito ata que se separe por si só/soa antes de ofrecer o outro.
- Informar da importancia do baleirado dos peitos e de comprobar que non quede leite retida, para que a produción sexa suficiente e previr a mastite.

- Se o neonato se queda durmido ao peito facendo succións de baleirado moi esporádicas pode tentar retiralo do peito, introducindo o dedo na boca para romper o baleiro. Evitar tirar da mamila para que non se dane, especialmente nos primeiros días da lactación.
- Non se deben administrar suplementos (auga, soro glicosado, preparados para lactantes, zumes, etc.) cando se estea instaurando a lactación nin posteriormente se non están clinicamente indicados.
- Procurar non dar chupetes nin mamadeiras ata que a lactación materna estea establecida porque poden interferir no agarre adecuado do peito.
- Informar das vantaxes do aloxamento conxunto na mesma habitación e no caso de que opten por practicar coleito nun berce tipo “sidecar” ou na mesma cama, informar das condicións que se deben ter en conta para que o coleito sexa seguro (ver capítulo 1, apartado 1.3.3. Morte súbita do lactante).
- Ensinar ás nais a extraerse o leite e a conservalo.
- Destacar a importancia do apoio da parella, se é o caso, ou das persoas achegadas, para o éxito da lactación.
- Reforzar e axudar ás nais para lograr unha lactación materna exclusiva ata os 6 meses e continuar logo coa lactación materna a demanda, xunto con outros alimentos ata como mínimo os dous anos, ou ata que a nai e fillo/a o desexen.
- Fomentar un ambiente favorable para a lactación materna e respectar o código de comercialización de sucedáneos de leite materno no centro de saúde.

3.2.2. PREPARADOS PARA LACTANTES

A regulamentación técnico – sanitaria di que é máis correcto referirse ás fórmulas infantís (inicio/continuación) como preparados para lactantes²². No mercado pódense atopar as seguintes variantes:

- Preparados para lactantes ou tipo 1: 0 - 6 meses.
- Preparados de continuación ou tipo 2: > 6 - 12 meses.
- Preparados especiais: indicados para aqueles lactantes con algunha patoloxía ou trastorno dixestivo que requira unha modificación. Deben ser pautados por un/unha pediatra.

Se unha nai, tras ser informada adecuadamente, decide non aleitar ao seu fillo ou filla, os/as profesionais da consulta de pediatria (pediatra e enfermeiro/a) do equipo de AP ofreceranlle o seu apoio e aseguraranse de que a nai utilice preparados para lactantes de forma segura e correcta, prestándolles a mesma calidade de atención e coidados que ás nais que deciden aleitar aos seus fillos^{4,5,7,23-26} ([Anexo 3.3](#)). As indicacións de preparación tamén se indican no envase. É importante informar ás nais e persoas achegadas das medidas de seguridade e confortabilidade, á hora de dar a toma ao lactante.

3.2.3. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (AC)

A introdución da alimentación complementaria é o proceso gradual no que se ofrecen alimentos sólidos ou líquidos aos nenos e nenas lactantes, sempre como complemento do leite e nunca como substitución deste.

O inicio da AC^{8,27} ou Beikost é un proceso que comeza arredor dos 6 meses cando o leite materno ou o preparado para lactantes non é suficiente para satisfacer os requirimentos nutricionais totais, polo que é preciso engadir outros alimentos.

O que se intenta acadar coa introdución adecuada e progresiva da AC é a diversificación alimentaria ligada a hábitos nutricionais saudables na infancia e por extensión na idade adulta. Pódese considerar a intervención preventiva de maior impacto no crecemento e

desenvolvemento do lactante a longo prazo²⁸. É unha etapa de alto valor educativo e nutricional.

3.2.3.1. CANDO INICIAR A INTRODUCCIÓN DA AC

No caso de lactantes alimentados/as a peito, recoméndase iniciar a AC aos 6 meses de idade. A introdución aos 6 meses supón unha mellora no desenvolvemento cognitivo, na prevención de enfermidades crónicas, no crecemento óptimo e na prevención de comorbilidades^{26,27,29,30}.

No caso de nenos/as con alimentación con preparado para lactantes pódese iniciar a AC entre os 4 e 6 meses^{8,29}.

Segundo o coñecemento científico actual, a introdución da AC antes dos 4 meses ou máis aló dos 7 meses, asóciase cun aumento de riscos a curto e longo prazo³¹⁻³⁴ ([Anexo 3.4](#)).

Para iniciar a AC débese ter en conta que estean presentes os seguintes signos: mantemento do ton do eixe axial, sostén cefálico, inicio da coordinación motora entre ollos-mans-boca e a retirada do reflexo de extrusión^{29,30,32,35}.

3.2.3.2. RECOMENDACIÓN SECUENCIAL DA INTRODUCCIÓN DA AC

O coñecemento dispoñible non atopou beneficio de establecer un calendario ou secuencia de introdución da AC. A gran variabilidade rexional e cultural fai que diste moito dunha norma de introdución rixida. A comunicación entre a familia e o equipo de pediatría pode axustar as idades de incorporación de novos alimentos, dependendo do desenvolvemento e as características do/da lactante³⁶.

Con todo, existe unha recomendación de ofrecerlle ao/á lactante certos alimentos con prioridade, que son os que conteñen ferro, cinc e aminoácidos; polo que a mellor elección para iniciar a AC é a carne (fonte de ferro, cinc) e os cereais^{29,37}.

Poden seguirse unhas pautas de maneira xeral como orientación sen imposicións, individualizando en cada caso segundo gustos e necesidades nutricionais^{32,36}.

3.2.3.3. RECOMENDACIÓNS E PRECAUCIÓNS XERAIS POR GRUPOS DE ALIMENTOS ([Anexo 3.5](#))

- Á hora de empregar os distintos grupos de alimentos na AC teranse en conta recomendacións ou premisas importantes para a elaboración da dieta do/da lactante^{8,29-32,36,39,40}.
- Recoméndase respectar o ritmo de desenvolvemento do bebé e permitir certa autonomía segundo as súas capacidades. Manipular, tocar e probar alimentos por si só, así como o uso do vaso ou a culler, aínda de forma torpe, favorece o seu desenvolvemento psicomotor.
- Débense ofrecer novos alimentos, sabores e texturas. A variedade desde as etapas iniciais favorece unha mellor aceptación de alimentos ao longo da vida. É importante respectar os sinais de fame e saciedade do bebé, non se debe forzar.
- Non interpretar como permanente un rexeitamento inicial a un novo alimento. Seguir ofrecendo nos seguintes días ou semanas sen obrigar (poden ser necesarias ata 10 - 15 ocasións para conseguir a súa aceptación). A exposición regular e gradual aos alimentos favorece a súa tolerancia e aceptación, a curto e longo prazo.
- Non prefixar unha cantidade de comida que se ten que inxerir, porque pode diferir moito duns a outros. Ao inicio débense ofrecer cantidades moi pequenas e ir aumentando de maneira progresiva respectando os signos de fame e saciedade.
- Obrigar ou coaccionar a un neno ou nena para que coma, aumenta a insatisfacción familiar e o risco de problemas coa comida a curto e longo prazo.
- Tolerar unha certa desorde apropiada para a súa idade (por exemplo, non molestar ao neno limpándoo logo de cada bocado).
- Á hora da comida o/a lactante debe estar sempre baixo a supervisión dunha persoa adulta. A mellor posición é a de sentado/a e ergueito/a.

- Aconséllase introducir os alimentos de un en un, con intervalos duns días entre un alimento e o seguinte (3 - 7 días), para observar o nivel de tolerancia e o grao de aceptación^{31,32}.
- Recoméndase ofrecer alimentos minimamente procesados, de proximidade e de tempada (carne, polo, peixe, hortalizas e verduras frescas...), evitando alimentos ultraprocesados (friames, produtos de repostería, sobremesas lácteas, etc.).
- A textura ao inicio pode ser tipo puré, machucado, ou un anaco do alimento adaptado á madurez do/da lactante. Recoméndase ir cambiando a textura ata chegar a ofrecer sólidos. Existe un período ventá dos 7 aos 9 meses nos que o/a lactante está máis receptivo/a para a proba doutras texturas⁴⁰.
- A partir dos 12 meses o/a lactante xa pode comer da comida familiar (dieta saudable) tendo en conta o risco de atragoamento polo tamaño dalgúns alimentos.
- Os alimentos en tarros comerciais non deben constituír a base da alimentación nesta etapa.
- Establecer **rutinas** pode axudar³²:
 - Lugar: tranquilo, sen distraccións (televisión, móbiles). Cando sexa posible, sentar ao neno ou nena fronte a outras persoas achegadas para que poida interactuar con elas. Achegar ao neno ou á nena á mesa de forma segura, xa sexa no colo ou utilizando unha cadeira apropiada (trona).
 - Tempo: un horario aproximado de comidas, con flexibilidade, pode axudar á anticipación e regulación do/da lactante. Como orientación, 4 ou 5 tomas ao día.
 - Menú: seleccionar unha dieta variada e sa. Servir racións apropiadas á súa idade e ritmo de crecemento.
- Coidar o **ambiente emocional**³²:
 - Ser paciente co ritmo de adquisición dos novos logros.

- Ante as situacións negativas (non come, non lle gusta, pórtase mal), manter unha actitude neutra.
- Evitar enfadarse, non mostrar o enfado.
- Unha conduta moi controladora ou esixente dos proxenitores impide que o neno ou nena aprendan a autorregularse.
- Evitar distraccións (pantallas, xoguetes).
- Gozar da comida en familia, reforzando os logros. Non utilizar os alimentos como premios ou castigos, nin como consolo ou chantaxe.

➤ **Cereais**

Introducir a partir dos 6 meses. Poden engadirse ao leite materno, ao preparado para lactantes, puré de froitas ou verduras e tamén mesturalos con auga. Posteriormente, elaborar pratos con alimentos ricos en hidratos de carbono complexos na dieta habitual. Por exemplo, papas de arroz con tenreira e cenoria; puré de tapioca con pescada e chícharos verdes, etc.

Hoxe en día descoñécese cal é a mellor forma de introducir o **gluten** co obxectivo de diminuír a incidencia de enfermidade celíaca. Ata fai uns anos pensábase que a mellor forma de introducir o gluten era xunto coa LM, entre os 4 e 6 meses, pero actualmente non hai evidencia de que isto sexa así. Están en marcha diversos estudos para poder coñecer cal é a pauta máis adecuada. A recomendación actual é introducir o gluten entre os 4 e os 11 meses de idade, idealmente ao redor do sexto mes, e ao comezo en pequenas cantidades^{32,39-42}.

Desaconséllanse os cereais en po que conteñan mel, cereais malteados ou azucres na súa composición^{43,44}.

Evitar os azucres engadidos, polo menos ata os 24 meses de vida.

➤ **Froita**

Introducir desde os 6 meses todos os días e ao longo do día sen un horario específico. Ofrecer distintas variedades de froita de forma progresiva, en función do patrón familiar.

Comezar con pequenas cantidades de froita enteira triturada e de textura branda en calquera das comidas diarias, segundo a aceptación e o nivel de desenvolvemento do bebé.

Preferiblemente ofrecer a froita completa en vez de zumes de froitas.

Recoméndase ofrecer os zumes despois dos 12 meses, xa que non aportan ningún beneficio nutricional respecto ao consumo de froita enteira; é preciso ter en conta que a súa achega ao longo do día pode desprazar o consumo doutros alimentos (producindo escasa ganancia ponderal) e tamén ocasionar outros efectos adversos como a caries dental ou sobrepeso porque a concentración de azucre é maior^{29,30,32,43,44,45}.

➤ **Verdura**

Introducir a partir dos 6 meses. Non manter a temperatura ambiente as verduras cociñadas (enteiras ou en puré). Conservar en frigorífico se se van a consumir no mesmo día, se non, conxelar⁴⁶.

Non dar acelgas nin espinacas no primeiro ano de vida, pola súa carga en nitratos. Non dar máis dunha ración de espinacas e/ou acelgas ao día a nenos entre 1 e 3 anos e introducir aos poucos e en pequenas cantidades^{45,46}.

No caso de incluír estas verduras antes do ano, procurar que o contido de espinacas e/ou acelgas non sexa maior do 20 % do contido total do puré⁴⁶.

Non dar espinacas e/ou acelgas a nenos que presenten infeccións bacterianas gastrointestinais⁴⁶.

➤ **Legumes**

Son considerados legumes as lentellas, fabas, garavanzos... alimentos con alta densidade nutricional, destacando o seu elevado contido en proteínas. Aportan tamén ferro aínda que a súa absorción, por ser ferro mineral, é menor que o proporcionado polos alimentos de orixe animal. É preciso ofrecelas moi ben cocidas, mellor sen pel para favorecer a dixestión. Ao principio poden engadirse no puré e aos poucos ofrecerse enteiros como guisos de legumes con hortalizas e cereais preparados con pouca graxa.

➤ **Carne**

Alternar co peixe. As carnes aportan ferro e cinc cubrindo os requirimentos dos/das lactantes a partir dos 6 meses⁴⁷. Comezar con pequenas cantidades, variando a textura gradualmente desde purés a pequenos anacos.

Menores de 6 anos non deberían consumir carne procedente de animais cazados con munición de chumbo³⁶, dado que a achega de pequenas cantidades pode ser prexudicial, afectando principalmente ao desenvolvemento do sistema nervioso central.

➤ **Peixe**

Fomentar o consumo de peixe para favorecer un óptimo desenvolvemento neurolóxico. Comezar polo peixe branco en preparacións sen espiñas e aos poucos introducir as especies azuis.

Limitar o consumo de especies de gran tamaño como o peixe espada e o atún, pola posible presenza de contaminantes como o mercurio^{36,48,49} ([Anexo 3.6](#)).

O peixe conxelado é nutricionalmente similar ao fresco. Os produtos ultraprocesados (variñas, “nuggets”) non deben formar parte da dieta infantil.

Non consumir cabezas de gambas, langostinos e cigalas, así como o corpo de cangrexos³⁶ como a centola e o boi de mar polo contido de cadmio do hepatopáncreas.

➤ **Lácteos**

O iogur pode introducirse a partir dos 9 - 10 meses en pequenas cantidades^{32,36}.

O leite de vaca nunca debe introducirse antes do ano de vida.

Non engadir azucre nin edulcorantes aos derivados lácteos. O leite condensado non debe formar parte da dieta, nin sequera engadida en pequenas cantidades aos purés e papas infantís³².

➤ **Ovos**

Proporcionan gran aporte de proteínas de alto valor nutritivo, polo que son moi importantes na dieta.

Introducir en primeiro lugar a xema cocida do ovo e máis tarde a clara, sempre en preparacións nas que apareza totalmente callada⁸.

➤ **Froitos secos e sementes**

Son fonte de gran cantidade de nutrientes.

Engadir á dieta do/da lactante en pequenas cantidades, sempre moídos ou en crema (en iogur ou purés). Atrasar darllos enteiros ata os 3 - 5 anos por risco de atragoamentos^{32,36}.

➤ **Aceites**

Pódese engadir 1 cullerada de aceite de oliva ao final da cocción. O aceite de xirasol ou outros teñen máis contido de ácidos graxos omega 6 e menos de omega 3.

- Evitar engadir **sal, azucres e edulcorantes** na preparación das comidas do/da lactante:

Se se utiliza sal, este debe ser iodado. En menores de 12 meses limitar o consumo de sal a 1g/día (< 0,4 g sodio), de 1 a 3 anos a 2 g/día (0,8 g de sodio) e despois dos de 2 anos a menos de 5g/día (2 g de sodio)^{32,36}.

- Cando se introduce a AC, a **auga** é a bebida de elección.

Para máis información, [Anexo 3.5](#).

3.2.3.4. ALIMENTOS ALERXÉNICOS

Na actualidade non existe evidencia que xustifique que o atraso na introdución de alimentos potencialmente alerxénicos (ovo, peixe, froitos secos, lácteos, legumes, todo

tipo de froita) mais aló dos 6 meses preveña o desenvolvemento de alerxia a estes, independentemente do risco de atopía que presenten^{29,30,31,32,40,42}.

A falta de máis estudos que aclaren cal é a mellor estratexia para a prevención de alerxias, recoméndase o seguimento das pautas da OMS: mantemento da lactación materna e introdución progresiva dos distintos alimentos ao redor do sexto mes (nunca antes do cuarto mes), de un en un, segundo os costumes familiares, para diversificar a dieta do/da lactante e mellorar o seu aporte nutricional³².

3.2.3.5. *BABY-LED WEANING*^{29,36,50-54}

O *Baby-Led Weaning* (BLW), traducido como “alimentación guiada ou autorregulada polo bebé” é un método para introducir alimentos sólidos no que o bebé (por si só) elixe e decide como ou canto (a cantidade) e o que (a selección) quere comer a partir dunha oferta alimentaria seleccionada previamente polas persoas adultas encargadas do seu coidado.

Os beneficios deste método con respecto a outros máis clásicos non están claros. Se a familia decide seguilo, debe sopesar os riscos (atragoamento, difícil mastigación...), polo que deberá estar sempre garantida a constante supervisión por parte dunha persoa adulta.

As condicións do/da lactante a ter en conta antes do inicio do BLW son:

- Ter 6 meses de vida. Nos lactantes prematuros terase que facer unha valoración individualizada³².
- Debe manter o ton axial (erguido) e sostén cefálico. Debe mostrar interese pola comida e certa coordinación ollos-mans-boca.
- Ten que facer movementos de elevación da mandíbula tentando imitar a mastigación. Son moi positivos para o posterior desenvolvemento da linguaxe.
- Manexar a deglutición.

Por mor dos atragoamentos no BLW, asociado á falta de información dos proxenitores e persoas ao coidado do/da neno/a, xurde unha variante do BLW que se denomina *Baby-*

Lead Introduction to solids (BLISS)^{32,52}. O obxectivo desta modificación é facer fincapé nunhas recomendacións sobre aqueles alimentos a evitar.

Evitar:

1. Alimentos crus que non se poidan desfacer cos dedos: cenorias, mazá crúa.
2. Froitos secos, lambetadas ou caramelos.
3. Alimentos esféricos do tamaño dunha bóla (cereixas, uva, arando, tomate *cherry*, oliva...). Sería preciso cortalos en anacos máis pequenos.

3.2.3.6. ALIMENTACIÓN VEXETARIANA^{54,55}

É importante informar aos proxenitores que a alimentación vexetariana/vegana mal planificada pode ter consecuencias negativas sobre a saúde, crecemento e desenvolvemento de nenos/as e adolescentes⁵⁴.

Todas as persoas vexetarianas ou veganas necesitan tomar un suplemento de vitamina B₁₂ en forma de cianocobalamina, incluso en ovolactovexetarianos ou en persoas que consuman habitualmente alimentos fortificados. A AAP e a AEP recomendan a suplementación de vitamina B₁₂ de maneira semanal desde os 7 meses no caso de lactantes veganos/as e tamén en nenos/as vexetarianos/as unha vez rematado o período de lactación materna^{36,54,55}.

Na seguinte táboa móstranse as doses e frecuencia de suplementación de vitamina B₁₂ segundo idade.

Táboa 3.1. Suplemento de B₁₂ na alimentación vexetariana e vegana

Suplemento	Cando	Idade	Dose	Frecuencia
Vitamina B ₁₂ (Cianocobalamina)	Sempre	7 meses - 3 anos	250 µg	1 - 2 doses/sem
		4 - 8 anos	500 µg	1 - 2 doses/sem
		9 - 13 anos	750 µg	1 - 2 doses/sem
		> 14 anos	1000 µg	1 - 2 doses/sem
		Lactación materna	1000 µg	2 - 3 doses/sem

Fonte⁵⁴: modificado de Martínez Biarge M. Niños vegetarianos, ¿niños sanos? En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, editor. Congreso de actualización pediatría. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 65-77.

ANEXOS

ANEXO 3.1. FICHA DE OBSERVACIÓN DO ALEITAMENTO

Datos muller:..... Data da observación:.....

Signos de que a lactación funciona ben	Signos de posible dificultade
POSICIÓN DO CORPO	
<input type="checkbox"/> Nai relaxada e cómoda. <input type="checkbox"/> Corpo do bebé cerca, de cara ao peito. <input type="checkbox"/> Cabeza e corpo do bebé en liña (nádegas apoiadas).	<input type="checkbox"/> Ombreiros tensos, se inclina sobre o bebé. <input type="checkbox"/> Corpo do bebé separado da nai. <input type="checkbox"/> Colo do bebé torcido (só a cabeza ou os ombreiros apoiados).
RESPOSTAS	
<input type="checkbox"/> O bebé busca o peito. <input type="checkbox"/> O bebé explora o peito coa lingua. <input type="checkbox"/> Bebé tranquilo e alerta mentres mama. <input type="checkbox"/> O bebé permanece agarrado ao peito. <input type="checkbox"/> Signos de exacción de leite (chorros, torzóns uterinos).	<input type="checkbox"/> Non se observa busca. <input type="checkbox"/> O bebé non se mostra interesado no peito. <input type="checkbox"/> Bebé inquieto ou chorando. <input type="checkbox"/> O bebé toca pouco o peito, case non hai contacto físico. <input type="checkbox"/> Non hai signos de exacción de leite.
VÍNCULO AFECTIVO	
<input type="checkbox"/> Sostén con seguridade e confianza ao bebé. <input type="checkbox"/> A nai mira ao bebé cara a cara. <input type="checkbox"/> Moito contacto coa nai. <input type="checkbox"/> A nai acaricia ao bebé.	<input type="checkbox"/> Sostén con torpeza e nerviosa ao bebé. <input type="checkbox"/> A nai non mira ao bebé aos ollos. <input type="checkbox"/> Acaricia pouco ao bebé ou non hai contacto físico. <input type="checkbox"/> A nai sacude ao bebé.
ANATOMÍA	
<input type="checkbox"/> Peitos brandos despois da tetada. <input type="checkbox"/> Bicos do peito protráctiles. <input type="checkbox"/> Pel de aparencia san. <input type="checkbox"/> Peitos redondeados mentres o bebé mama.	<input type="checkbox"/> Peitos ingurxitados (pletóricos). <input type="checkbox"/> Bicos do peito planos ou invertidos. <input type="checkbox"/> Pel encarnada ou con fisuras. <input type="checkbox"/> Peitos estirados ou halados.
SUCCIÓN	
<input type="checkbox"/> Máis aréola sobre a boca do bebé. <input type="checkbox"/> A boca está ben aberta. <input type="checkbox"/> Labio inferior evertido. <input type="checkbox"/> O queixo do bebé toca o peito. <input type="checkbox"/> Meixelas redondeadas.	<input type="checkbox"/> Máis aureola por debaixo da boca do bebé. <input type="checkbox"/> A boca non está ben aberta. <input type="checkbox"/> Labio inferior invertido. <input type="checkbox"/> O queixo do bebé non toca o peito. <input type="checkbox"/> Meixelas tensas ou chupadas cara dentro.

Signos de que a lactación funciona ben	Signos de posible dificultade
<input type="checkbox"/> Mamadas lentas e profundas, ás veces con pausas. <input type="checkbox"/> Pódese ver ou oír ao bebé deglutir.	<input type="checkbox"/> Só mamadas rápidas. <input type="checkbox"/> Escóitase ao bebé chascar mentres mama.
TEMPO	
<input type="checkbox"/> O bebé solta o peito espontaneamente.	<input type="checkbox"/> A nai retira ao bebé do peito.
O bebé mamou durante ___ minutos	

Anotacións:

Asinado:

Unha vez realizada a valoración rexistrar na historia clínica electrónica LACTACIÓN MATERNA CORRECTA OU INCORRECTA. Neste último caso reflectir en que área se detectaron posibles dificultades, as medidas que se levaron a cabo e o día que acudirá de novo á consulta.

Fonte⁵⁶: modificada de Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud; UNICEF. Consejería en lactancia materna: curso de capacitación. Guía del capacitador. Ginebra: OMS; 1993. Disponível en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/bc_trainers_guide_es.pdf?ua=1.

ANEXO 3.2. ESCALA DE VALORACIÓN DUNHA LACTACIÓN MATERNA

ASPECTO/PUNTUACIÓN	0	1	2
L: coller	Demasiado durmido ou non colle o peito.	Repetidos intentos de coller ou de manter o bico do peito na boca ou de chegar a succionar.	Agarra o peito/lingua debaixo/os beizos axústanse e succión rítmica.
A: o deglutir audible	Ningunha.	Un pouco se se estimula.	Espontáneo e intermitente se < 24 h e frecuente se > 24 h
T: tipo de bico do peito	Invertidos.	Planos.	Evertidos tras a estimulación.
C: confort do peito, comodidade	- Mamas ingurxitadas. - Gretas con sangrado. - Desconforto, dor severo.	- Mamas cheas. - Bico do peito lesionado. - Dor moderada.	- Mamas brandas. - Non dor.
H: manter colocado ao peito	Axuda total.	Mínima axuda.	Non é necesaria axuda.
Clasificación da lactación materna	- Lactación materna ineficaz: 0-5 puntos. - Lactación materna eficaz: 6-10 puntos.		

Fonte⁵⁷: Báez León C, Blasco Contreras R, Martín Sequeros E, del Pozo Ayuso ML, Sánchez Conde AI, Vargas Hormigos C. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. Análisis de fiabilidad. Index Enferm. 2008;17(3):205-9.

ANEXO 3.3. MODO DE PREPARACIÓN E ADMINISTRACIÓN DO PREPARADO PARA LACTANTES (BIBERÓN)

No mercado dispónse de preparados de biberón en po e tamén líquidos. Os envases traen instrucións para o preparado. Cada envase trae dentro un caciño que deberá empregarse sempre como medidor. A preparación e a manipulación correctas reducen o risco de enfermidade.

1. Lavado previo das mans.
2. Empregarase unha mamadeira e un biberón limpos.
3. Verter dentro do biberón a cantidade de auga quente a 70 °C que se precise (advertirlles que o motivo polo que é preciso quentar a auga é para eliminar os posibles axentes patóxenos cos que poden estar contaminados os preparados)⁵⁸.
 - a. Auga da traída sen tratar con desinfectante, deberá ser férvida 1 minuto, nunca máis alá dos 5 minutos porque favorece a concentración de minerais.
 - b. Auga da billa tratada con desinfectante (habitualmente cloro) ou mineral embotellada, sinalada no envase como auga de mineralización débil ou apta para preparados de lactantes. Debe quentarse a 70 °C para reconstituír o po do preparado para lactantes. Unha vez aberta a botella debe conservarse na neveira e consumir antes de 24 h para diminuír o risco de enfermidades infecciosas.
4. Como norma xeral 30 cc de auga por cada caciño raso de preparado. Rasar significa que o po ten que chegar xusto o borde do caciño sen sobresaír.
5. Axitar unha vez que se engada o po do preparado para dispoñer dun líquido homoxéneo.
6. Recoméndase preparar cada biberón xusto antes de cada toma. Pódense preparar biberóns para 24h e conservalos a unha temperatura de 5° (na neveira).

- Requentar baixo un chorro de auga quente ou somerxelo durante 15 minutos. Conservar un máximo de 2 horas a temperatura ambiente.
 - Comprobar antes da toma que o calor do preparado é homoxéneo.
7. Aconséllase como norma xeral tirar o leite sobrante da toma e non empregalo de novo.
 8. Evitar empregar o microondas para quentar a auga ou requentar o biberón. Non quenta de maneira uniforme polo que se corre o risco de queimaduras.
 9. Se se elixe o preparado en líquido, soamente terá que ser quentado de maneira suave a cantidade que precise o lactante.

Recomendacións para unha toma de biberón segura:

- Ter todo preparado para non interromper a alimentación do lactante. Ambiente tranquilo.
- Comprobar antes da toma que a temperatura do biberón é a axeitada.
- A posición segura para evitar atragoamentos deberá ser semiincorporado sobre o brazo da persoa que o alimente, nunca tumbado.
- Inicialmente presentarlle a mamadeira ao lactante nos beizos, facendo que por estimulación periorbicular este abra a boca sen introducila de maneira obrigada.
- Observar, sobre todo nas primeiras tomas, a colocación da lingua. Evitar introducir o biberón se o/a lactante ten a lingua tocando o padal superior, porque non vai facer succión.
- A mamadeira debe estar chea de leite e manter o orificio de saída do aire cara arriba para evitar que o/a lactante trague aire.
- É importante tentar que o/a lactante elimine o aire que almacenou no estómago a través de diferentes técnicas. Pode facerse durante a toma se se desengancha da mamadeira ou ben, ao final da mesma.

ANEXO 3.4. RISCOS NA INTRODUCIÓN DA AC INADECUADA

Antes dos 4 meses	Riscos a curto prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Interferencia na lactación materna exclusiva. • Incremento de infeccións gastrointestinais e respiratorias. • Desaceleración do crecemento e desnutrición por diminuír a cantidade de leite materno ou preparado para lactantes precisa para esta idade. • Incremento do risco de dermatite atópica, sibilancias ou alerxia á proteína do leite de vaca. • Déficit de ferro (anemia) e cinc. • Lesión renal por aumento da carga de solutos.
	Riscos a longo prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de peso e da adiposidade, tanto en lactantes como na primeira infancia. • Predisposición ao desenvolvemento de hipertensión arterial e obesidade. • Modificación das preferencias alimentarias saudables e da nutrición futura. • Desenvolvemento de hábitos alimentarios non saudables. • Alerxia alimentaria.
Despois dos 7 meses		<ul style="list-style-type: none"> • Desaceleración do crecemento e desnutrición. A lactación materna ou con preparados para lactantes non cobre todos os requirimentos nutricionais. • Déficit de ferro (anemia) e cinc pola introdución tardía. • Trastornos da conduta alimentaria, rexeitamento aos sólidos, vómitos por aversións aos alimentos ou atragoamento.

Fonte³¹: Romero-Velarde E, Villalpando-Carrión S, Pérez-Lizaur AB, Iracheta-Gerez M, Alonso-Rivera G, López-Navarrete G, et al. Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. Bol Med Hosp Infant Mex. 2016;73(5):338-56.

ANEXO 3.5. CALENDARIO DE ALIMENTACIÓN

Alimentos	Idade de incorporación e duración aproximada			
	0 - 6 meses	6 - 12 meses	> 12 - 24 meses	≥ 3 anos
Leite materno				
Preparado para lactantes (lactantes que non toman leite materno)				
Cereais -pan, arroz, pasta etc.- (con ou sen glute), froitas, verduras¹, legumes, ovos, carne e peixe, aceite de oliva, froitos secos chafados e moidos. Pódense ofrecer pequenas cantidades de iogur/quefir/queixo tenro a partires dos 9 - 10 meses. Mentres a nai siga ofrecendo leite materno entre 4 - 5 veces ao día non precisa outro aporte lácteo.				
Leite de vaca enteiro* , iogur e queixo tenro *No caso de lactante que non tome LM				
Sólidos con risco de atragoamento (froitos secos enteiros, flocos de millo, grans de uva enteiros, mazá ou cenoria crúa)				

¹Verduras: evitar espinacas e acelgas antes dos 12 meses. A partir do ano e ata os 3 anos, é necesario que estas hortalizas non supoñan máis dunha ración ao día.

Fonte³⁶: modificada de Manera M, Salvador G. Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia (de 0 a 3 años). Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2016. Disponible en: http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/alimentacio_saludable/02Publicacions/pub_alim_inf/recomanacions_0_3/0_3_guia_recomanacions/guia_recomendaciones_alimentacion_primera_infancia.pdf.

ANEXO 3.6. RECOMENDACIÓNS DE CONSUMO DE PEIXE POR PRESENZA DE MERCURIO NO CASO DE LACTACIÓN MATERNA E MENORES DE 14 ANOS

	Especies de alto contido de mercurio ¹	Especies de baixo e medio contido de mercurio ²
Lactación materna e nenos/as de menos de 10 anos	Evitar o consumo.	3 - 4 racións de peixe por semana procurando variar as especies entre peixes brancos e azuis.
Nenos/as de 10 - 14 anos	Limitar o consumo a 120 g/ mes.	3 - 4 racións de peixe por semana procurando variar as especies entre peixes brancos e azuis.

Fonte⁴⁹: modificada de Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Recomendaciones de consumo de pescado por presenza de mercurio. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social; 2019. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria/ampliacion/mercurio.htm.

¹**Especies de alto contido de mercurio:** peixe espada/emperador, atún vermello (*Thunnus thynnus*), quenlla (cazón, marraxo, melga, tintorera...) e lucio.

²**Especies de baixo e medio contido de mercurio:** abadexo, bacallau, lirio, bocarte, arenque, xardiña, xarda, xurelo, dourada, espadín, linguado europeo, limanda/linguadina, merlán, pescada/carioca, palometa, platixa, robaliza, salmón atlántico/salmón, salmón do Pacífico, solla, troita, lura/luriña, cigala, camarón, gamba, langosta, langostino, cangrexo, fogoneiro, carpa, berberecho, chirla/ameixa, quisquilla, navalla, mexillón, ostión, choco/xibia, pota e polbo. As demais especies de produtos da pesca non mencionadas especificamente entenderanse cun contido medio en mercurio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lawrence RA. Lactancia Materna. 4ª ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1996.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra: OMS; 2003. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_spa.pdf.
3. Hernández Aguilera MT, González Lombide E, Bustinduy Bascarán A, Arana Cañedo-Argüelles C, Martínez-Herrera Merino B, Blanco del Valf A, et al. Centros de salud IHAN (Iniciativa de humanización de la atención al nacimiento y la lactancia): una garantía de calidad. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11(43):513-29.
4. Grupo NIDCAP; Grupo PrevInfad/AEPap. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>.
5. Asociación Española de Pediatría (AEP), Comité de lactancia materna. Recomendaciones sobre lactancia materna del comité de lactancia materna de la Asociación Española de Pediatría. Madrid: AEP; 2012. Disponible en: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna-comite-lactancia-materna>.
6. Rodríguez-Pérez M, Álvarez-Vázquez E, Medina-Pomares J, Velicia-Peñas C, Cal-Conde A, Goicoechea-Castaño A, et al. Prevalencia de lactancia materna en el Área sanitaria de Vigo, Galicia. Rev Esp Salud Pública. 2017;91:e1-e9.
7. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre lactancia materna. Guía de práctica clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco - OSTEBA; 2017. Guías de práctica clínica en el SNS. Disponible en: https://redets.msbs.gob.es/documentos/GPCLactancia_Osteba.pdf.
8. Pallás Alonso CR. Lactancia materna y alimentación durante el primer año de vida. En:

Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [Internet]; 2004 [acceso 12 febreiro 2020].
Dispoñible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/lm.pdf>.

9. Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública. Deficiencia de iodo: situación en Galicia. Venres Epidemiolóxico. Folla quincenal de información epidemiolóxica de Galicia. 2019;8(8). Dispoñible en: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/5987/Venres_epidemioloxico_vol8_n8_20190419.pdf.

10. Grupo de traballo do Proceso asistencial da Consulta preconcepcional e de atención ao embarazo normal. Consulta preconcepcional e de atención ao embarazo normal. Proceso asistencial. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2019. Dispoñible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/AtPrimaria/PDF-2769-ga.pdf>.

11. Sterken S; INFACT/IBFAN. Risk of formula feeding. A Brief annotated bibliography. Malaysia: World Alliance for Breastfeeding Action (WABA); 2005. Dispoñible en: <https://es.scribd.com/document/245230027/Risks-of-Formula-Feeding-A-brief-annotated-bibliography#>.

12. Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States. Pediatrics. 1997;99(6):E5.

13. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. JAMA. 2001;285(4):413-20.

14. Lawrence RM, Lawrence RA. Breast milk and infection. Clin Perinatol. 2004;31(3):501-28.

15. Perez-Escamilla R, Segura-Perez S. Maternal and economic benefits of breastfeeding [Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc; 2019 [acceso 12 febreiro 2020]. Dispoñible en: <https://www.uptodate.com/contents/maternal-and-economic-benefits-of-breastfeeding>.

16. Soriano Faura FJ. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS

[Internet]; 2011 [acceso 12 febreiro 2020]. Disponible en: <http://previnfad.aepap.org/monografia/maltrato-infantil>.

17. Walker M. Breastfeeding management for the clinician: using the evidence. Sudbury MA: Jones & Bartlett Learning Publisher; 2006.

18. Gallardo L. El pecho contra el biberón: la lactancia materna renace. Rev Esp Econ Salud. 2003;2:19-27.

19. Lozano de la Torre MJ. Lactancia materna. En: SEGHNPAEP, coordinadores. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2010. p. 279-86.

20. Jansson LM. Infants of mothers with substance use disorder [Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc; 2019 [acceso 12 febreiro 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/infants-of-mothers-with-substance-use-disorder>.

21. Asociación Española de Pediatría, Comité de lactancia materna. Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2008. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/manual-lactancia-materna-teoria-practica>.

22. Real Decreto 867/2008, de 23 de mayo, por el que se aprueba la reglamentación técnica sanitaria específica de los preparados para lactantes y de los preparados de continuación. Boletín Oficial del Estado núm. 131, de 30 de mayo de 2008.

23. En Familia AEP [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2019. García-Onieva Artazcoz M. Preparando el biberón [acceso 12 febreiro 2020]. Disponible en: <http://enfamilia.aeped.es/vida-sana/preparando-biberon>.

24. Vitoria-Miñana I, Castro-Hermida JA, Guillermo Esteban J, Otero-Reigada C. Agua para biberones y parásitos patógenos. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2014;32(3):206-9.

25. Directiva 2011/8/UE de la Comisión, de 28 de enero de 2011, que modifica la Directiva 2002/72/CE por lo que se refiere a la restricción del uso de bisfenol A en biberones de plástico para lactantes. Diario Oficial de la Unión Europea núm. 26, de 29 de enero de 2011.

26. En Familia AEP [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2014. González Rodríguez MP. Los biberones y el bisfenol [acceso 12 febreiro 2020]. Disponible en: <http://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/biberones-bisfenol>.
27. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alimentación complementaria. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es/.
28. Vickers MH. Early life nutrition, epigenetics and programming of later life disease. *Nutrients*. 2014;6(6):2165-78.
29. Duryea TK. Introducing solid foods and vitamin and mineral supplementation during infancy [Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc; 2019 [acceso 12 febreiro 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/introducing-solid-foods-and-vitamin-and-mineral-supplementation-during-infancy>.
30. Hernández Aguilar MT. Alimentación complementaria. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, editor. Curso de actualización pediatría. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 249-56.
31. Romero-Velarde E, Villalpando-Carrión S, Pérez-Lizaur AB, Iracheta-Gerez M, Alonso-Rivera G, López-Navarrete G, et al. Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2016;73(5):338-56.
32. Gómez Fernández-Vegue M. Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría sobre alimentación complementaria. Madrid: Asociación Española de Pediatría, Comité de lactancia materna; Asociación Española de Pediatría, Comité de nutrición; 2018. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacion_complementaria_nov2018_v3_final.pdf.
33. Pearce J, Taylor MA, Langley-Evans SC. Timing of the introduction of complementary feeding and risk of childhood obesity: a systematic review. *Int J Obes (Lond)*. 2013;37:1295-306.
34. Aparicio Rodrigo M, García Vera C. La introducción precoz de la alimentación complementaria en los lactantes puede predisponer a la obesidad. *Evid Pediatr*.

2011;7:41.

35. Cattaneo A, Williams C, Pallás-Alonso CR, Hernández-Agilar MT, Lasarte-Velillas JJ, Landa-Rivera L, et al. ESPGHAN's 2008 recommendation for early introduction of complementary foods: how good is the evidence? *Matern Child Nutr.* 2011;7:335-43.

36. Manera M, Salvador G. Recomendaciones para la alimentación en la primera infancia (de 0 a 3 años). Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2016. Disponible en: http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/alimentacio_saludable/02Publicacions/pub_alim_inf/recomanacions_0_3/0_3_guia_recomanacions/guia_recomendaciones_alimentacion_primera_infancia.pdf.

37. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA). Scientific opinion on nutrient requirements and dietary intakes of infants and young children in the European Union. *EFSA Journal.* 2013;11(10):3408.

38. Bouza Alvarez D, Iglesias Diaz C, Maestro Saavedra FJ, Veleiro Tenreiro MJ, Bartolomé M, Bartolomé B. Introducción a la alimentación en el lactante y primera infancia. *Cad Aten Primaria.* 2013;19:190-3.

39. Galiano MJ, Moreno-Villares JM. Nuevas tendencias en la introducción de la alimentación complementaria en lactantes. *An Pediatr Cont.* 2011;9(1):41-7.

40. La Orden Izquierdo E, Segoviano Lorenzo MC, Verges Pernía C. Alimentación Complementaria: qué, cuándo y cómo. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2016;18:e31-e35.

41. Szajewska H, Shamir R, Mearin L, Ribes-Koninckx C, Catassi C, Domellöf M, et al. Gluten. Introduction and the risk of coeliac disease: A position paper by the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2016;62(3):507-13.

42. Marugán de Miguelsanz JM, Ochoa Sagrado C. Adecuación de los hábitos de introducción del gluten a las recomendaciones actuales. *An Pediatr (Barc).* 2013;79(2):88-94.

43. Fidler Mis N, Braegger C, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton ND, et al.

Sugar in infants, children and adolescents: A position paper of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2017;65(6):681-96.

44. Vos MB, Kaar JL, Welsh JA, Van Horn LV, Feig DI, Anderson CAM, et al. Added sugars and cardiovascular disease risk in children: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2017;135(19):e1017-e1034.

45. Basulto J, Manera M y Baladia E. Ingesta dietética de nitratos en bebés y niños españoles y riesgo de metahemoglobinemia. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2012;15:65-9.

46. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Recomendaciones de consumo por la presencia de nitratos en hortalizas. Madrid: AESAN; 2011. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/para_el_consumidor/ampliacion/nitratos_hortalizas.htm.

47. Domellöf M, Braegger C, Campoy C, Colomb V, Decsi T, Fewtrell M et al. Iron requirements of infants and toddlers. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014;58(1):119-29.

48. Wine O, Osornio-Vargas A, Buka I. Fish consumption by children in Canada: Review of evidence, challenges and future goals. *Paediatr Child Health.* 2012;17(5):241-5.

49. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Recomendaciones de consumo de pescado por presencia de mercurio. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social; 2019. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria/ampliacion/mercurio.htm.

50. Rapley G. Baby-Led weaning: transitioning to solid foods at the baby's own pace. *Community Pract Lond.* 2011;84(6)20-3.

51. Cuadrado Piqueras L, Ros Arnal I, García Romero R. Riesgos asociados a la introducción directa de alimentos sólidos en lactantes. *Med Clin (Barc).* 2017;149(12):553-62.

52. Espín Jaime B, Martínez Rubio A. El paso de la teta a la mesa sin gui3n escrito. Baby led weaning: ¿ventajas?, ¿riesgos? En: Asociación Española de Pediatría de Atención

Primaria, editor. Curso de actualización pediatría. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 59-66.

53. En Familia AEP [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2017. Martínez Rubio A; PrevInfad. Alimentación complementaria dirigida por el bebé [acceso 13 febreiro 2020]. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/vida-sana/alimentacion-complementaria-dirigida-por-bebe>.

54. Martínez Biarge M. Niños vegetarianos, ¿niños sanos? En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, editor. Congreso de actualización pediatría. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 65-77.

55. Ros Arnal I, Carbajo Ferreira AJ. Dietas veganas, FODMAP y más. Rev Pediatr Aten Primaria. 2018;20(27):83-93.

56. Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud; UNICEF. Consejería en lactancia materna: curso de capacitación. Guía del capacitador. Ginebra: OMS; 1993. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/bc_trainers_guide_es.pdf?ua=1.

57. Báez León C, Blasco Contreras R, Martín Sequeros E, del Pozo Ayuso ML, Sánchez Conde AI, Vargas Hormigos C. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. Análisis de fiabilidad. Index Enferm. 2008;17(3):205-9.

58. Organización Mundial de la Salud (OMS); Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Preparación, almacenamiento y manipulación en condiciones higiénicas de preparaciones en polvo para lactantes: Directrices. Ginebra: OMS; 2007. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43660/9789243595412_spa.pdf;jsessionid=7BEB396759471B80D54399E4B38D331B?sequence=1.

Outra bibliografía recomendada:

- Vriezinga SL, Auricchio R, Bravi E, Castillejo G, Chmielewska A, Crespo Escobar P, et al. Randomized feeding intervention in infants at high risk for celiac disease. *N Engl J Med.* 2014;371:1304-15.
- Karlson EW, Mandl LA, Hankinson SE, Grodstein F. Do breast-feeding and other reproductive factors influence future risk of rheumatoid arthritis? Results from the Nurses Health Study. *Arthritis Rheum.* 2004;50(11):3458-67.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breast-feeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet.* 2002;360(9328):187-95.
- Jardí Piñana C, Aranda Pons N, Bedmar Carretero C, Arijá Val V. Composición nutricional de las leche infantiles. Nivel de cumplimiento en su fabricación y adecuación a las necesidades nutricionales. *An Pediatr (Barc).* 2015;83(6):417-29.
- Moreno-Villares JM. Actualización en fórmulas infantiles. *An Pediatr Contin.* 2011;9(1):31-40.

4. A alimentación a partir dos 2 anos

Autoras: Milagros Cortiñas Menor e Ana María Martínez Lorente

4.1. INTRODUCCIÓN

Arredor dos dous anos os nenos e nenas xa se teñen incorporado á mesa familiar. Neste período a alimentación faise progresivamente máis parecida á do adulto, aínda que ven condicionada por factores da madurez, nutricionais, culturais, etc. Ademais, e ao longo de todo o camiño da aprendizaxe, os condicionantes do feito alimentario van estar presentes en forma de connotacións sociais, culturais e fisiolóxicas.

O ámbito familiar é o espazo natural educativo nas primeiras etapas da vida e os adultos constitúen os modelos de referencia na adquisición de hábitos adecuados. O patrón alimentario adquirese e consolídase na primeira década da vida, polo que o fogar é especialmente relevante para promover un estilo de vida saudable. A medida que as nenas e os nenos van medrando, irán adquirindo importancia outros modelos derivados do proceso integrador na sociedade. A escola, as relacións cos seus iguais, o contorno onde viven e se desenvolven e a publicidade á que están expostos, entre outros, deben ser tamén obxecto de intervención educativa pois inflúen de xeito decisivo na adquisición do seu propio modelo alimentario.

4.2. PUNTOS A DESTACAR

4.2.1. ETAPAS PREESCOLAR E ESCOLAR

4.2.1.1. OBXECTIVOS

- Proporcionar a enerxía, os nutrientes e os compoñentes bioactivos necesarios para favorecer un crecemento, desenvolvemento e estado de saúde óptimos.
- Previr enfermidades nutricionais tanto por exceso como por defecto.
- Adquirir condutas e patróns alimentarios saudables que reduzan o risco de enfermidades a curto, medio e longo prazo¹⁻⁴.

4.2.1.2. CARACTERÍSTICAS

- Crecemento lento e estable. Despois do primeiro ano, o ritmo de velocidade de crecemento faise máis lento progresivamente e a ganancia de peso tamén diminúe. Prodúcese un aumento importante das extremidades inferiores e pérdese masa, graxa e auga corporal, mentres que aumenta a masa muscular e increméntase o depósito de mineral óseo⁵.
- Adquisición progresiva da madurez biolóxica, psicolóxica e social, aumentando a motilidade, a autonomía, a independencia e a curiosidade polo medio.

4.2.1.3. RISCOS NUTRICIONAIS

- Etapa preescolar: no comezo desta etapa, a regulación do apetito, o desenvolvemento funcional dos aparatos dixestivo e neuromuscular acadaron un nivel de eficiencia suficiente e iníciase a adquisición dos hábitos alimentarios. Aparecen as preferencias e aversións, condicionadas pola inapetencia e o rexeitamento a probar novos alimentos ou neofobia. Isto pode ser motivo de preocupación para as familias, aínda que corresponde a unha etapa máis no seu proceder da aprendizaxe.
- Etapa escolar: comeza a consolidación dos hábitos alimentarios. A familia desempeña un papel primordial, aínda que no proceso de escolarización son

tamén importantes as influencias externas e dos pares, a oferta alimentaria da escola, o acceso a alimentos sen o control dos adultos, a influencia da publicidade e do contorno. Por iso é de enorme interese a supervisión dos adultos na achega de alimentos tanto dentro como fóra do fogar⁵.

4.2.2. ETAPA ADOLESCENTE

4.2.2.1. OBXECTIVOS

- Conseguir un estado nutricional óptimo e manter un crecemento adecuado.
- Manter unha porcentaxe de graxa corporal adecuada.
- Evitar os déficits nutricionais específicos. En particular o ferro, o calcio, o ácido fólico, o zinc e a vitamina D.
- Consolidar hábitos saudables, que permitan a prevención de enfermidades na adolescencia e na idade adulta.

4.2.2.2. CARACTERÍSTICAS

No patrón alimentario dos adolescentes é habitual:

- Ser pouco convencionais no número, estrutura, horario e composición das comidas. Saltar algunhas comidas do día, máis frecuentemente o almorzo.
- Aumentar comidas fóra do fogar, o que leva peor calidade nutricional.
- Consumir alimentos en calquera lugar e a calquera hora, sobre todo a media mañá.
- “Picar” entre horas, en máquinas expendedoras e restaurantes de comida rápida.
- Substituír comidas por alimentos densos en enerxía.
- Consumir habitualmente bebidas con alto contido en calorías e azucre, o que pode desprazar e substituír o consumo de auga e leite, co consecuente risco de déficit de nutrientes.

- Realizar distintos réximes dietéticos, con pouca ou ningunha base científica, aínda en adolescentes con peso adecuado ou con baixo peso.

4.2.2.3. RISCOS NUTRICIONAIS

A adolescencia é un período crítico de crecemento, con importantes cambios na composición corporal. Durante este período o/a adolescente gaña ao redor do 50 % do seu peso, 20 % do seu talle e 50 % da súa masa esquelética adulta e establécense diferenzas de sexo, como é o aumento relativo da graxa corporal nas mulleres. As amplas variacións individuais son as que dificultan a xeneralización das recomendacións a toda a poboación adolescente. Unha das características mais relevantes neste período é a puberdade, o que significa transformacións rápidas e importantes fundamentalmente no fenotipo, no sistema neuroendocrino e na maduración psíquica e social, que van influír de forma determinante na súa conduta e estilos de vida⁶.

- Supón unha etapa de cambio, onde a vulnerabilidade deste grupo de idade favorece situacións de risco. Neste período os hábitos alimentarios poden verse alterados polos cambios psicolóxicos, académicos e sociais que conflúen e repercuten, ás veces negativamente, nos escolares.
- É un período de alta demanda nutricional e por isto aumentan as necesidades de enerxía (en función do sexo, nivel de actividade e grao de desenvolvemento), proteínas (12 - 15 %), vitaminas (en particular tiamina, riboflavina e niacina) e minerais como ferro, calcio, e zinc. Mentres as necesidades nutricionais dos nenos e nenas son similares, a partir da puberdade, que se inicia aproximadamente dous anos antes nas nenas, establécense diferenzas nas recomendacións alimentarias, ligadas fundamentalmente a diferenzas na composición corporal.
- A Organización Mundial da Saúde (OMS) recoñece aos/ás adolescentes como un grupo vulnerable para as enfermidades nutricionais, tanto por exceso como por defecto de nutrientes, debido aos seus altos requirimentos para o crecemento, a seu estilo de vida, de actividade física, inactividade e sedentarismo.

4.3. ASPECTOS ESPECÍFICOS

Para acadar un óptimo estado nutricional na infancia é necesario abordar todos os seus determinantes tanto a nivel individual como poboacional. Traballar en distintos niveis, deseñando accións preventivas e intersectoriais, pode ser a chave para abordar diferentes factores de risco e patoloxías relacionadas coa alimentación tanto na idade infantil como na vida adulta¹⁻⁸.

4.3.1. DETERMINANTES INDIVIDUAIS DO ESTADO NUTRICIONAL

Un estado nutricional óptimo no período periconcepcional e durante os primeiros dous anos exerce un impacto beneficioso na saúde ao longo da vida. Entre outros determinantes téñense identificado factores tanto da nai (axeitado estado nutricional, control do peso)⁹, como da descendencia (a lactación materna exclusiva ata os 6 meses e a lactación materna ata os dous anos como promotores dun axeitado estado nutricional, o exceso de proteína na dieta dos dous primeiros anos e a relación coa obesidade infantil, etc.)¹⁰⁻¹³.

A valoración do estado nutricional na infancia pasa polo rexistro do patrón alimentario e os seus determinantes. A enquisa alimentaria é un método de recollida desta información que permite avaliar a calidade da dieta mediante índices deseñados con ese fin. Para recoller os datos individuais utilízase o recordatorio de achega cuantitativa de 24 h, os rexistros dietéticos e o cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos¹⁴⁻¹⁹.

4.3.2. DETERMINANTES DO CONTORNO ALIMENTARIO FAMILIAR

4.3.2.1. ACTITUDE DA FAMILIA FRENTE AO FEITO ALIMENTARIO

Os obxectivos dos/das profesionais sanitarios/as desde a consulta de pediatría deberían ir enfocados a:

- Establecer modelos axeitados de referencia familiar. Acadar certa supervisión dos adultos na alimentación infantil. Evitar modelos demasiado restritivos ou permisivos^{20,21}.
- Respectar a capacidade natural de regular o apetito^{22,23}.

- Buscar a “participación activa” de todos os membros da familia nas decisións alimentarias saudables²¹.

Que se valora negativamente?

1. Os modelos exclusivamente autoritarios e/ou permisivos.
2. A perda da mesa familiar como elemento promotor de hábitos saudables.
3. A sobrealimentación, o consumo ilimitado de alimentos densos en enerxía en calquera momento e lugar.
4. A excesiva frecuencia do consumo de comidas preparadas fóra da casa.
5. A actitude pasiva fronte ao feito alimentario (compra, preparación e consumo de alimentos).
6. A ausencia de horarios regulares.

4.3.2.2. OFERTA ALIMENTARIA NO FOGAR

Está condicionada polas necesidades basais, a velocidade de crecemento, o sexo, a composición corporal, os requirimentos individuais e o nivel de actividade física e sedentarismo ([Anexo 4.1](#)). O modelo de actuación deberá ir enfocado a^{5,24,25}.

- **Establecer un horario para distribuír as comidas ao longo do día.** Aínda que a pauta non é estrita, parece razoable realizar 5 comidas ao día, 3 principais (almorzo, comida e cea) e 2 merendas lixeiras a media mañá e a media tarde ([Anexo 4.2](#)).
- **Repartir o valor calórico total (VCT)^{26,27} segundo modelo do [Anexo 4.2](#).**
- **Recomendar o consumo por grupos de alimentos^{28,29} segundo as seguintes pautas:**

- Frecuencia de consumo de hortalizas: 2 racións ao día. Todos os días.
- Frecuencia de consumo de froitas: 3 racións ao día. Todos os días.
- Frecuencia de consumo de alimentos ricos en carbohidratos (cereais e patacas): 1 - 2 racións en cada comida. Todos os días.
- Frecuencia de consumo de alimentos ricos en proteína (carnes, ovos, peixes, legumes): peixe: 2 - 4 racións/semana; carne 2 - 3 racións/semana; legumes 2 - 4 racións/semana, ovos 2 - 6 unidades semana. Na Comunidade Autónoma de Galicia o consumo de carne adoita ser excesivo nos/nas rapaces/zas, por iso é mellor que o peixe prevaleza fronte á carne.
- Frecuencia de consumo de alimentos de orixe láctea: 3 - 4 racións ao día. Todos os días.
- **Recomendar, en termos de nutrientes e da súa contribución porcentual ao VCT, a seguinte distribución do aporte calórico^{26,27}.**
 - Enerxía procedente dos hidratos de carbono: 50 - 55 % do VCT
 - Enerxía procedente das proteínas: 12 - 15 % do VCT
 - Enerxía procedente das graxas: 30 - 35 % do VCT
- **Evitar alimentos densos en enerxía e baixa densidade nutricional.** O cambio no patrón alimentario actual máis relevante é a substitución de alimentos sen procesar ou minimamente procesados por outros baseados en produtos ultraprocesados^{2,3}. A Clasificación “**NOVA**” foi proposta recentemente. Agrupa e valora os alimentos segundo a natureza, o grao e o propósito do procesamento industrial que sofren. Implica os procesos físicos, biolóxicos e químicos empregados despois que os alimentos son separados da natureza e antes de ser consumidos ou preparados. Clasifica aos alimentos en catro grupos, desde os non procesados ou minimamente procesados (como as froitas e as follas das plantas, o leite, os ovos) ata os ultraprocesados, como os “snacks” empaquetados, os produtos de carne reconstituída e os preparados precociñados. Esta clasificación complementa a representación clásica da **Rolda** dos alimentos que os clasifica

segundo a súa orixe e contido nutricional, pero ten menos en conta o procesamento industrial ao que son sometidos³⁰⁻³⁴.

- **Evitar o consumo frecuente de alimentos e bebidas azucrados**, polo incremento do risco de obesidade e de alteracións metabólicas³⁵. A OMS, na súa directriz: “Acheга de azucres para adultos e nenos” do ano 2015, insta a limitar a achega de azucres simples na dieta infantil³⁶. As directrices, que non inclúen os azucres presentes de forma natural nas froitas frescas (frutosa) ou no leite (lactosa), son as seguintes:
 - A redución do aporte diario de azucres libres a menos do 10 % do valor calórico total. Se é menos do 5 % proporcionarían beneficios adicionais para a saúde.
 - O establecemento dun límite superior de 25 g como achega de azucres total na poboación infantil e adolescente³⁷.
 - *A American Heart Association* recomenda evitar os azucres nos/nas menores de 2 anos³⁶ (excepto os contidos de forma natural no leite e na froita).
- **Evitar o consumo excesivo de sodio** co fin de evitar un factor de risco para a enfermidade crónica. Ata os 6 anos o tope non debería superar os 3 g de sal/día e en ningún caso, sexan adultos ou nenos/as, superar os 5 g de sal/día^{30,38,39}.
- **Limitar a un 30 - 35 % o aporte calórico procedente das graxas e ademais garantir a calidade das mesmas**. Por isto é recomendable:
 - A achega maioritaria de ácidos graxos monoinsaturados seguidos de ácidos graxos poliinsaturados, é dicir aceite de oliva, graxa de peixe (rico en ácido docosaheptaenoico, relacionado coa función visual e a correcta mielinización) e os aceites de sementes. Limitar os ácidos graxos saturados e trans, e polo tanto, limitar graxas animais e as procedentes de produtos ultraprocesados.
 - A graxa láctea ten un contido elevado de ácidos graxos de cadea corta e media, o que a diferencia doutras graxas comestibles. Este tipo de ácidos graxos son facilmente absorbibles, constitúen unha fonte de enerxía inmediata e presentan

unha baixa tendencia a ser almacenados no tecido adiposo. O contido en graxa do leite enteiro é de 3,5 g/100 ml⁴⁰.

- **Garantir as carencias selectivas de nutrientes (achega de calcio, ferro...).**

A vitamina D é imprescindible para a saúde ósea en nenos/as e adolescentes, polo importante papel no metabolismo do calcio e o fósforo, ademais tense descritos beneficios de saúde en diferentes órganos e sistemas, por exemplo en enfermidades cardiovasculares e metabólicas, aínda que en esta liña a evidencia científica é insuficiente⁴¹. O Comité de nutrición da *European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition* (ESPGHAN), destaca as seguintes recomendacións⁴¹:

- Considéranse suficientes as concentracións séricas de 25(OH)D > 50 mmol/litro. Considéranse deficiencias importantes as concentracións séricas de 25(OH)D ≤ 25 mmol/litro.
- Os lactantes deberían recibir unha suplementación oral de 400 UI/día, e ser supervisada polo equipo de pediatría.
- As recomendacións actuais para a vitamina D son de 600 UI/día para nenos/as e adolescentes de 2 a 18 anos. Os/as nenos/as sans/sas que pertencen a grupos de risco poderían necesitar doses superiores.
- De acordo coa *European Food Safety Authority*, o límite superior de seguridade sitúase en 1.000 UI/día para os lactantes, 2.000 UI/día para nenos/as de 1 a 10 anos e de 4.000 UI/día para nenos/as e adolescentes de 11 a 17 anos.
- Recoméndase manter o índice de masa corporal (IMC) en valores adecuados.
- Establecer unha dieta rica en peixes graxos polo menos 2 veces á semana (sardiña, salmón, bocarte, xurelo, xarda, peixe en conserva como sardiñas ou atún en aceite); Tamén é importante incluír outros alimentos ricos en vitamina D como a xema do ovo e o leite.
- Aconsellar o xogo e o paseo ao aire libre tanto no inverno como no verán, seguindo recomendacións de exposición solar, pero evitando a sobreprotección.

O aporte adecuado de calcio nas primeiras etapas da vida repercute en efectos a longo prazo, dado que a masa ósea aumenta constantemente ata os 20 - 30 anos, acadando o seu pico máximo a esta idade. O calcio dos produtos lácteos é particularmente biodisponíble^{42,43}, posiblemente pola presenza da caseína e a doutros nutrientes como a lactosa.

Que se valora negativamente?

1. A ausencia de planificación na compra de alimentos, de horarios regulares, e de habilidades culinarias na familia.
2. As dietas monótonas, repetitivas, con ausencia de alimentos densos en nutrientes.
3. O aumento do tamaño das racións. O exceso proteico nos primeiros dous anos de vida. O exceso e a baixa calidade da graxa no período escolar.
4. O uso de alimentos ultraprocesados, precociñados e de comida rápida. O exceso de alimentos densos en enerxía e cunha pobre densidade nutricional.
5. O uso de métodos de conservación ou de preparacións pouco adecuados (requeutar repetidamente, rebozados, fritos).
6. O consumo excesivo de sal entre a poboación infantil. Amosar exemplos de alimentos habituais (“ganchitos”, “gusanitos”, queixiños en porcións) e o contido en sal.
7. A presenza habitual de bebidas azucradas. Amosar exemplos coa cantidade de azucres que levan os refrescos habituais.

4.3.3. O CONTORNO ALIMENTARIO ESCOLAR E SOCIAL

Desde a consulta de pediatría debe transmitirse a importancia do contorno escolar na adquisición de hábitos alimentarios. A oferta alimentaria no menú escolar e das máquinas

de alimentos e bebidas presentes nos centros educativos débense ter en conta na valoración da alimentación nas consultas de atención primaria (AP)^{44,45}.

Do mesmo xeito, analizar o contorno onde o/a neno/a medra e se desenvolve, o actuar dun xeito crítico e responsable fronte a certas estratexias de publicidade e venta de alimentos así como proporcionar información veraz, son aspectos que deberían transmitirse aos familiares encargados da crianza dos nenos/as e adolescentes^{46,47,48,49}.

4.3.4. INTERVENCIÓNS EN ATENCIÓN PRIMARIA: IDENTIFICACIÓN DE INICIATIVAS DESDE O EQUIPO DE PEDIATRÍA

A intervención do equipo de pediatría é determinante como motor promotor da saúde familiar. Entre os compoñentes máis efectivos destacan os que proporcionan opcións de modificación do comportamento (incluídas dieta e actividade), os que combinan o consello, educación, material escrito, apoio e motivación e, por último, o axuste personalizado da intensidade das intervencións en relación aos obxectivos^{7,8}.

Na [Táboa 4.1](#) propóñense unha serie de intervencións axeitadas para desenvolver en AP, relacionadas cos distintos determinantes do estado nutricional das nenas e nenos, segundo a clasificación exposta nos apartados anteriores.

Táboa 4.1. Intervencións propostas desde o equipo de pediatria de AP

	Determinantes	Intervencións propostas
Individuo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estado nutricional perinatal. 2. Patrón de crecemento e maduración. 3. Tempo de lactación materna (exclusiva ata os 6 meses, materna ata os 24 meses...). 4. Alimentación complementaria. 5. Patrón alimentario nos 2 primeiros anos de vida. 6. Tipo de dieta (variedade, dieta pobre, monótona, exceso procesados...). 7. Achega de macronutrientes: proteína e relación proteína/graxa. 8. Achega de vitaminas e minerais. 9. Suplementos no primeiro ano. 10. Actitudes ante o alimento: preferencias, aversións, intolerancia. 	<p>Rexistrar: historia clínica e alimentaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia e hábitos alimentarios do/da menor. • Desenvolvemento das preferencias e aversións. • Horarios e distribución de comidas. • Patrón familiar e individual de consumo. • Estimación media proteínas, graxa, sal. <p>Valorar: enquisa alimentaria</p> <p>Aconsellar/Modificar. En función do valorado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Son necesarios axustes puntuais, modificacións sinxelas: consello alimentario nas revisións habituais. 2. Percíbese unha necesidade de cambio importante (sobrepeso, obesidade, rexeitamento de moitos alimentos, mal patrón alimentario...): Cita 3 meses despois da primeira para reaxustar as pautas. Segunda cita aos 6 meses. Logo continuar e unificar os diferentes aspectos de educación para a saúde nos controis periódicos. <p>Lembrar que os/as nenos/as deben ser parte activa. É necesario establecer previamente un protocolo de actuación, consensuado con eles, ofrecendo pautas e acadando compromisos para o cambio de conduta.</p>
Contorno alimentario familiar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actitude da familia fronte ao feito alimentario: <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Modelo educativo dos adultos: autoridade, supervisión... 1.2. Hábitos familiares e culturais. 2. Oferta alimentaria no fogar: (sobrealimentación, consumo habitual de alimentos ultraprocesados, densos en enerxía...). 	<p>Rexistrar: modelo educativo familiar Supervisión, control estrito/permisivo/neglixente.</p> <p>Valorar: patrón alimentario</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes de integrarse na escola. • Antes do rebote adiposo dos 5 - 6 anos. • Antes da puberdade. • Antes de que o/a neno/a abandone a consulta de pediatria. Neste momento rexistrar polo menos os factores de risco dietéticos que poidan inducir problemas de saúde na idade adulta. <p>Aconsellar/Modificar Lembrar a importancia do papel educativo familiar. Mellorar as habilidades para mercar e preparar alimentos, traballar coa familia nun modelo de educación para a saúde integral.</p>
Contorno escolar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actitude do centro fronte ao alimento. 2. Adaptación horarios. 3. Uso de comedor escolar. 4. Uso cafetería escolar. 5. Colacións, merendas. 	<p>Consello Insistir na responsabilidade de nais e pais no control de alimentos na escola (valoración dieta comedor, acceso alimentos desde o fogar).</p> <p>Proposta de colaboración co centro educativo.</p>
Contorno social	<ol style="list-style-type: none"> 1. Normas sociais da comunidade onde o/a neno/a medra e se desenvolve. 2. Uso de redes sociais. 3. Manexo familiar da información sobre alimentación. 4. Publicidade de alimentos e bebidas. 5. Estado socioeconómico. 	<p>Información</p> <p>Consello</p>

Fonte: elaboración propia

4.4. RECOMENDACIÓNS

Con respecto a educación para a saúde familiar:

- Favorecer un modelo alimentario familiar que permita a supervisión, a socialización e a adquisición de hábitos de saúde.
- Animar ás nais e pais a interpretar correctamente as sinais de fame e plenitude e respectalas. Alentar aos/ás meniños/as a escoitar as sinais “internas” de fame e de saciedade.
- Fomentar os horarios regulares. Evitar a achega alimentaria en calquera momento e lugar.
- Ser quen de valorar a publicidade de alimentos e bebidas dun xeito crítico. Demandar información para que as escollas de alimentos sexan o máis saudable posible.
- Evitar a “sobreabundancia”

Con respecto á dieta familiar:

- Aumentar o consumo de alimentos de orixe vexetal: legumes, hortalizas, verduras, cereais integrais, noces e sementes, garantindo entre outros a achega de elementos bioactivos, nutrientes esenciais e fibra dietética.
- Potenciar o consumo de peixe na infancia.
- Potenciar a auga como bebida de elección.
- Evitar o consumo en exceso de alimentos de orixe animal, aínda que debe verse garantido o aporte de nutrientes cuxa fonte principal son os alimentos animais como os ácidos graxos omega-3, o calcio, o ferro, a vitamina B₁₂ e o zinc.
- Limitar o consumo de alimentos ultraprocesados.
- Limitar alimentos ricos en enerxía e con baixa densidade nutricional. Limitar ou evitar o exceso de azucres procedentes de bebidas refrescantes, panadería e

pastelería industrial. Limitar o consumo de sal. Desprazar alimentos ricos en sal cara un consumo ocasional (panadería industrial, salsas comerciais, carnes procesadas, friames e embutidos, produtos de aperitivo, etc.). Coidar a calidade da graxa.

ANEXOS

ANEXO 4.1. ACHEGAS RECOMENDADAS DE ENERXÍA E NUTRIENTES PARA A POBOACIÓN ESPAÑOLA

Os valores das Achegas Nutricionais de Referencia para unha poboación (INR - *Ingestas Nutricionales de Referencia*) permiten elaborar recomendacións dietéticas que aseguren un estado nutricional óptimo e polo tanto un adecuado estado de saúde.

Teñen diferentes aplicacións e deben ser actualizadas cada certo tempo para a súa implantación na valoración do estado nutricional da poboación; para o desenvolvemento de políticas nutricionais e agrarias; para o deseño de guías alimentarias, así como o desenvolvemento de novos produtos que teñan en conta as necesidades nutricionais de grupos de poboación específicos (nenos, anciáns, lactantes, etc.).

O uso destes valores de referencia a nivel individual require a consideración da existencia de factores externos e intrínsecos á persoa (características socioculturais, nutricionais, fisiolóxicas ou mesmo xenéticas), así como a biodisponibilidade e a interacción dos nutrientes. A implantación destas recomendacións nutricionais na práctica diaria deberá vir acompañada de recomendacións dietéticas, expresadas en términos de consumo de alimentos.

Na seguinte ligazón preséntase o Informe do Comité Científico da Axencia Española de Seguridade Alimentaria e Nutrición (AESAN) sobre Achegas Nutricionais de Referencia para a poboación española²⁷. Nos anexos pódense consultar ditos valores de referencia así como información útil para pediatría como os "Requirimentos promedios para enerxía e proteínas" ou os "Intervalos de referencia para graxas totais, ácidos graxos e hidratos de carbono".

http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/seguridad_alimentaria/evaluacion_riesgos/informes_comite/INR.pdf.

ANEXO 4.2. RECOMENDACIÓN DE ACHEGA DE APORTE CALÓRICO. REPARTO APROXIMADO NAS COMIDAS DO DÍA. REPARTO APROXIMADO DO APORTE CALÓRICO DIARIO ENTRE AS DISTINTAS COMIDAS DO DÍA¹⁸

Idade (anos)	Acheга diaria recomendada de enerxía (Kcal)		Contribución porcentual (Kcal/día) no almorzo, xantar e cea					
	Nenos e nenas		Almorzo (25 %)		Xantar (35 %) (Rango permitido: 30 - 40 %)		Cea (20 %)	
2 - 3	1.250		312,5		437 (375 - 500)		250	
4 - 5	1.700		425		595 (510 - 680)		340	
6 - 9	2.000		500		700 (600 - 800)		400	
	Varón	Muller	Varón	Muller	Varón	Muller	Varón	Muller
10 - 12	2.450	2.300	612,5	575	857 (735 - 980)	805 (690 - 920)	490	460
13 - 15	2.750	2.500	687,5	625	962 (825 - 1.100)	875 (750 - 1.000)	550	500
16 - 19	3.000	2.300	750	575	1.050 (900 - 1.200)	805 (690 - 920)	600	460

BIBLIOGRAFÍA

1. Bauer U, Briss P, Goodman R, Bowman B. Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *Lancet*. 2014;384:45–52.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe de la comisión para acabar con la obesidad infantil. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: http://.apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206450/9789243510064_spa.pdf?sequence=1.
3. Colquitt JL, Loveman E, O'Malley C, Azevedo LB, Mead E, Al-Khudairy, et al. Diet, physical activity, and behavioural interventions for the treatment of overweight or obesity in preschool children up to the age of 6 years. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;3:CD012105.
4. Medina Navarro M. Índice de masa corporal elevado en Pediatría y riesgo cardiovascular en el adulto. *Evid Pediatr*. 2016;12:57.
5. Styne DM, Arsalian SA, Connor EL, Farooqi IS, Murad MH, Silverstein JH, et al. Pediatric obesity-assessment, treatment, and prevention: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017;102(3):709-57.
6. Martínez V, Aranceta J, Dalmau J, Gil A, Lama R, Martín MA, et al. Recomendaciones nutricionales en la infancia. *JANO*. 2009;1749:42-7.
7. U.S. Department of Agriculture Food and Nutrition Service; Association of SNAP Nutrition Education Administrators; National Collaborative on Childhood Obesity Research. The Supplemental Nutrition Assistance Program Education (SNAP-Ed) evaluation framework: nutrition, physical activity, and obesity prevention indicators. Interpretive guide to the SNAP-Ed evaluation framework. Alexandria, VA: U.S. Department of Agriculture Food and Nutrition Service; 2016. Disponible en: <https://www.nccor.org/downloads/SNAP-EdEvaluationFrameworkInterpretiveGuide.PDF>.
8. Sargent GM, Pilotto LS, Baur LA. Components of primary care interventions to treat childhood overweight and obesity: a systematic review of effect. *Obes Rev*.

2011;12(501):e219-e235.

9. Guang W, Nuyt AM, Weiler H, Leduc L, Santamaria C, Wei SQ. Association between vitamin D supplementation during pregnancy and offspring growth, morbidity, and mortality. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2018;172(7):635-45.

10. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104(467):30-7.

11. Rolland-Cachera MF, Scaglioni S. Role of nutrients in promoting adiposity development. En: Frelut ML, editor. *The ECOG's eBook on child and adolescent obesity*; 2015. Disponible en: <https://3sq09pg5ddg3nxw931gn9yf1-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2015/02/ECOG-Obesity-eBook-Role-Of-Nutrients-In-Promoting-Adiposity-Development.pdf>.

12. Michaelsen KF, Greer FR. Protein needs early in life and long-term health. *Am J Clin Nutr.* 2014;99(3):718S-22S.

13. Dalmau J, Peña-Quintana L, Moráis A, Martínez V, Varea V, Martínez MJ, et al. Análisis cuantitativo de la ingesta de nutrientes en niños menores de 3 años. Estudio ALSALMA. *An Pediatr.* 2015;82(4):255-66.

14. Gil A, Martínez E, Olza J. Indicadores de evaluación de la calidad de la dieta. *Rev Esp Nutr Comunitaria.* 2015;21(1):127-43.

15. Renzella J, Townsend N, Jewell J, Breda J, Roberts N, Rayner M, et al. What national and subnational interventions and policies based on mediterranean and nordic diets are recommended or implemented in the WHO European Region, and is there evidence of effectiveness in reducing non communicable diseases? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 58). Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/365285/hen-58-eng.pdf.

16. Schwingshackl L, Bogensberger B, Hoffmann G. Diet quality as assessed by the healthy eating index, alternate healthy eating index, dietary approaches to stop hypertension score, and health outcomes: An updated systematic review and meta-

analysis of cohort studies. J Acad Nutr Diet. 2018;118(1):74-100.

17. Bailey M, Holscher H. Microbiome-mediated effects of the mediterranean diet on inflammation. Adv Nutr. 2018;9(3):193-206.

18. Estudio ENALIA 2012-2014: Encuesta nacional de consumo de alimentos en población infantil y adolescente. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición; 2017. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/seguridad_alimentaria/gestion_riesgos/Informe_ENALIA2014_FINAL.pdf.

19. Carbajal Azcona A. Manual de nutrición y dietética. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2013. Disponible en: <https://www.ucm.es/nutricioncarbajal/manual-de-nutricion>.

20. Birch LL, Davison KK. Family environmental factors influencing the developing behavioral controls of food intake and childhood overweight. Pediatr Clin North Am. 2001;48(4):893-907.

21. Rudolf, M. Tackling obesity through the healthy child programme: a framework for action. United Kingdom: Public Health Well; 2009. Disponible en: http://papabem.pt/wp-content/uploads/2019/01/vid_4865_rudolf_TacklingObesity1_210110.pdf.

22. Mozaffarian D, Hao T, Rimm E, Willett WC, Hu FB. Changes in diet and lifestyle and long term weight gain in women and men. N Engl J Med. 2011;364(25):2392-404.

23. Gomes AI, Barros L, Pereira AI, Roberto MS. Effectiveness of a parental school-based intervention to improve young children's eating patterns: a pilot study. Public Health Nutr. 2018;21(13):2485-96.

24. Aranceta J, Serra Majem L, Arijia V, Gil Á, Martínez de Vitoria E, Ortega R, et al. Objetivos nutricionales para la población española. Consenso de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria 2011. Rev Esp Nutr Comunitaria. 2011;17(4):178-99.

25. World Health organization (WHO). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: WHO; 2013. Disponible en: <http://who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>.

26. European Food Safety Authority. Dietary reference values for nutrients: summary report. EFSA supporting publication; 2019. Disponible en: <https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.2903/sp.efsa.2017.e15121>.
27. Martinez Hernandez JA, Camara Hurtado M, Giner Pons RM, Gonzalez Fandos E, Lopez Garcia E, Manes Vinuesa J, et al. Informe del Comité Científico de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) sobre Ingestas Nutricionales de Referencia para la población española (Número de referencia: AESAN-2019-003). Revista del comité científico de la AESAN 2019;29:43-68. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/seguridad_alimentaria/evaluacion_riesgos/informes_comite/INR.pdf.
28. Ortega R, Jiménez AI. Alimentación del preescolar y escolar. En: Rivero M et al., coordinadores. Libro blanco de la nutrición infantil en España. Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza; 2015. p. 115-22.
29. Leis Trabazo R, Tojo Sierra R, Ros Mar, L. Nutrición del niño de 1-3 años, del preescolar y del escolar. En: Gil A, editor. Tratado de nutrición. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 227-56.
30. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud. Washington: OPS; 2016. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18622/9789275318737_spa.pdf.
31. Monteiro CA, Cannon G, Moubarac JC, Bertazzi R, Louzada M, Constante P. The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. Public Health Nutr. 2018;21(1):5-17.
32. Rauber F, da Costa M, Martínez E, Millet C, Monteiro CA, Bertazzi R. Ultra-processed food consumption and chronic non-communicable diseases-related dietary. Nutrient profile in the UK (2008–2014). Nutrients. 2018;10:587.
33. Fiolet T, Srour B, Sellem L. Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNet-Santé prospective cohort. BMJ. 2018;360:k322.
34. Pan American Health Organization (PAHO). Ultra-processed food and drink products in

Latin America: trends, impact on obesity, policy implications. Washington: PAHO; 2015. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7699/9789275118641_eng.pdf.

35. Kell K, Cardel M, Bohan M, Fernández J. Added sugars in the diet are positively associated with diastolic blood pressure and triglycerides in children. *Am J Clin Nutr*. 2014;100(1):46-52.

36. World Health Organization (WHO). Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva: WHO; 2015. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sugars_intake/en/.

37. American Heart Association (AHA). Children should eat less than 25 grams of added sugars daily. USA: AHA; 2016. Disponible en: <https://newsroom.heart.org/news/children-should-eat-less-than-25-grams-of-added-sugars-daily>.

38. World Health Organization (WHO). Guideline: Sodium intake for adults and children. Geneva: WHO; 2012. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77985/9789241504836_eng.pdf;jsessionid=831EE1BB6D18DB9FDA4DC2F8C144A004?sequence=1.

39. Mozaffarian D, Fahimi S, Gitanjali M, Micha R, Khatibzadeh S, Engell R, et al. Global sodium consumption and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med*. 2014;371:624-34.

40. Haug A, Høstmark A, Harstad O. Bovine milk in human nutrition. A review. *Lipids Health Dis*. 2007;6:25.

41. Braeger C, Campoy C, Colomb V, Decsi T, Domellof M, Fewtrell M, et al. Vitamin D in the healthy european paediatric population. *JPGN*. 2013;56(6):692-70.

42. Baró L, Lara F, Corral E. Leche y derivados lácteos. En: Gil A, editor. *Tratado de nutrición. Tomo II. Composición y calidad nutritiva de los alimentos*. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 3-25.

43. Muzzo Benavides S. Mineralización ósea durante la vida. *Revista InduAlimentos*. Santiago de Chile: Dirección de Asistencia Técnica del Instituto de Nutrición y Tecnología

de los Alimentos; Universidad de Chile; 2010. Disponible en: <http://www.dinta.cl/wp-content/uploads/2018/11/mineralizacion-osea1.pdf>.

44. World Health Organization (WHO). Nutrition. Global targets 2025. To improve maternal, infant and young child nutrition. Geneva: WHO; 2018. Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/global-target-2025/en/>.

45. World Health Organization Regional Office for Europe. European food and nutrition action plan 2015–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf.

46. Jacobson M, Krieger J, Brownell K. Potential policy approaches to address diet-related diseases. JAMA. 2018;320(4):341-2.

47. Swinburn B, Kraak V, Rutter H, Lobstein T. Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. Lancet. 2015;385:2534–45.

48. Organización Mundial de la Salud (OMS). Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a niños. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44422/9789243500218_spa.pdf?sequence=1.

49. World Health Organization Regional Office for Europe. Marketing of foods high in fat, salt and sugar to children: update 2012-2013. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/191125/e96859.pdf.

5. Crecemento infantil

Autor: Manuel Sampedro Campos

5.1. INTRODUCCIÓN

Enténdese por crecemento e desenvolvemento o conxunto de cambios somáticos e funcionais que se producen no ser humano desde a súa concepción ata que é adulto.

Este proceso biolóxico que o ser humano comparte con todos os seres vivos, presenta a particularidade de requirir un lapso máis alongado para madurar durante a súa nenez, infancia e adolescencia. É como se a natureza, recoñecendo a lenta evolución do sistema nervioso central humano, cooperase concedéndolle un período prolongado para o seu adestramento e educación.

O obxectivo da atención á saúde do neno e da nena, non consiste soamente en satisfacer as súas necesidades actuais, senón tamén en promover un crecemento e un desenvolvemento saudable.

O crecemento é o resultado da interacción de factores xenéticos, aportados pola herdanza e as condicións do medio ambiente en que vive o individuo. Se as condicións de vida (físicas, biolóxicas, nutricionais, psicosociais, etc.) son favorables, o potencial xenético de crecemento e desenvolvemento poderá expresarse en forma completa. En caso contrario, baixo condicións ambientais desfavorables, o potencial xenético verase limitado, dependendo da intensidade e a persistencia do axente agresor.

O crecemento é un factor fundamental para a valoración da saúde do/da neno/a. A avaliación periódica do crecemento, ofrece a posibilidade de observar como, ante unha variación positiva ou negativa das condicións de saúde e nutrición, melloran ou empeoran os parámetros do crecemento físico dos/das nenos/as^{1,2}.

O **crecemento** é o proceso de incremento da masa dun ser vivo, que se produce polo aumento do número de células ou da masa celular.

O crecemento ou aumento de tamaño ocorre basicamente por medio de dous mecanismos posibles que se dan en todos os seres vivos: a hiperplasia ou aumento do número de células, que ocorre pola multiplicación celular; e a hipertrofia ou aumento do tamaño das células. Aínda que ámbolos dous mecanismos contribúen ao crecemento humano, operan con distinta intensidade nos diferentes momentos da vida.

5.2. PUNTOS A DESTACAR

5.2.1. FACTORES QUE REGULAN O CRECEMENTO¹

O crecemento implica a biosíntese de moléculas complexas a partir doutras máis simples, co aumento en número e tamaño de células, e o agrandamento de órganos e sistemas, que se traducen no incremento da masa corporal total.

No complexo proceso de crecemento, participan unha serie de factores relacionados co medio ambiente e co propio individuo. Nalgunhas circunstancias devanditos factores favorecen o crecemento, mentres que noutras o atrasan.

De forma xeral, poden agruparse os factores que regulan o crecemento do seguinte xeito:

- **Factores nutricionais:** refírense á necesidade de contar cunha adecuada dispoñibilidade de alimentos e á capacidade de utilizalos para o propio organismo, co fin de asegurar o crecemento. A desnutrición é a causa principal de atraso do crecemento nos países en desenvolvemento.
- **Factores socioeconómicos:** é un feito coñecido que os/as nenos/as de clases sociais pobres crecen menos que aqueles pertencentes a clases sociais máis favorecidas.
- **Factores emocionais:** relaciónanse coa importancia dun ambiente psicoafectivo adecuado que o/a neno/a necesita desde o seu nacemento e ao longo do crecemento. Os estados de carencia afectiva tradúcense, entre outras

manifestacións, na detención do crecemento.

- **Factores xenéticos:** exercen a súa acción, en forma permanente, durante o transcurso do crecemento. Permiten a expresión das variacións existentes entre ambos sexos e aínda entre os individuos dun mesmo sexo en canto ás características diferenciais dos procesos madurativos.
- **Factores neuroendocrinos:** participan no funcionamento normal dun organismo. A súa actividade tradúcese no efecto modulador que exercen sobre funcións preexistentes. Os estados de desequilibrio na regulación neuroendocrina poden manifestarse a través dunha aceleración ou atraso do proceso de crecemento. Todas as hormonas e factores que regulan o crecemento exercen a súa acción a través de mecanismos específicos e a idades determinadas da vida, tanto na etapa de crecemento prenatal como na posnatal.

5.2.2. FASES DE CRECIMENTO

O ser microscópico inicial alcanza aproximadamente 75 cm de estatura ao cabo do primeiro ano de vida. Con todo, esta velocidade de crecemento non se mantén constante, presentando períodos de máxima aceleración e outros nos que o crecemento transcorre de forma máis lenta.

Así, no primeiro ano o/a neno/a crece a unha velocidade media de 25 cm/ano. No segundo ano a velocidade media é de 12 cm/ano. A partir dos tres anos e ata os nove, a velocidade é constante e da orde dos 5 - 7 cm/ano. Ao redor dos dez anos nas nenas e os doce nos nenos, prodúcese unha nova aceleración da velocidade de crecemento en estatura, é o comezo do empuxe puberal, que finaliza aproximadamente aos 18 anos nas mulleres e aos 20 anos nos varóns, ata alcanzar o talle do adulto.

O pico de maior velocidade prodúcese ao redor dos 12 anos nas nenas e aos 14 nos nenos, cunha variación de dous anos en máis ou en menos para cada sexo.

5.2.3. TENDENCIA SECULAR DO CRECIMENTO

Ao longo das décadas, desde fai xa máis dun século, obsérvase que nalgúns países, os/as nenos/as de igual idade e aínda os adultos, aumentan o seu tamaño promedio.

O proceso foi observado en moitas rexións do mundo, xa sexa en países desenvolvidos como aqueles en vías de desenvolvemento, asociado cunha mellora nas condicións de vida. Este feito non só ocorre no crecemento, senón tamén en aspectos da maduración física.

5.3. AVALIACIÓN DO CRECEMENTO DO/DA NENO/A

O rexistro do peso e o talle constitúe o método máis apropiado a nivel de atención primaria para detectar desviacións do crecemento, á vez que permite realizar un diagnóstico do estado nutricional.

5.3.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTAL A USAR PARA O REXISTRO ANTROPOMÉTRICO

Ademais do peso e o talle, inclúense outras medidas que tamén reflicten o proceso de crecemento: perímetro cranial, perímetro braquial, índice de masa corporal e maduración ósea^{3,4}.

Peso:

Instrumento: para pesar lactantes e pícaros pequenos utilízase a balanza de lactantes, con graduacións cada 10 gramos. Para nenos/as maiores debe usarse unha balanza de pé con graduacións cada 100 gramos.

Técnica: colócase ao/a neno/a sobre a balanza e efectúase a lectura ata os 10 e 100 gramos completos, segundo a balanza que se use (balanza de lactantes ou de pé).

Lonxitude corporal (deitado/a):

Debe medirse nesta posición ata os 24 meses de idade.

Instrumento: calquera que sexa o instrumento usado, debe reunir as seguintes condicións:

1. Unha superficie horizontal dura (pode ser unha mesa de madeira común ou outro material adecuado).

2. Unha regra ou cinta de metal graduada en centímetros e milímetros ao longo da mesa ou superficie horizontal. Con fins prácticos é mellor que a cinta métrica graduada se atope fixa á mesa.

3. Unha superficie vertical fixa nun extremo da mesa e da cinta métrica (coincidindo co cero da escala) en ángulo recto co plano horizontal.

4. Unha superficie vertical móbil no outro extremo da mesa e en ángulo recto coa mesma.

Técnica: é conveniente que a medición se efectúe coa axuda doutra persoa.

O/a neno/a apóiase deitado sobre a superficie horizontal. O/a axudante mantén a cabeza en contacto co extremo cefálico da devandita superficie, contra o plano vertical fixo. A persoa encargada de efectuar a medición estende as pernas do/da neno/a, apoiando unha man sobre os xeonllos e mantendo os pés en ángulo recto desliza a superficie vertical móbil ata facer contacto cos talóns do/da neno/a, efectuando entón a lectura correspondente.

Estatura ou talle (a partir dos 2 anos medírase o/a neno/a de pé):

Instrumento: deberá consistir nunha superficie vertical ríxida cunha escala en centímetros fixada a ela e unha superficie horizontal móbil en ángulo recto coa anterior.

O plano móbil deslízase libremente cara arriba e abaixo. O plano inferior fixo está dado polo chan ou calquera plano de apoio sobre el, que sexa coincidente co cero da escala de medición.

Pódese utilizar como superficie vertical unha parede, que deberá estar en escuadra (plano vertical estrito en ángulo recto co plano horizontal). Fíxase sobre a parede unha cinta inextensible de dous metros. Moitos instrumentos usados na práctica carecen destas características, e brindan información errónea nas medicións.

Técnica: débese medir o/a neno/a descalzo/a. O/a neno/a debe estar en bipedestación, de xeito tal que os seus talóns, glúteos e cabeza estean en contacto coa superficie vertical. Pode ser necesario que un/unha asistente (o acompañante do/da neno/a), manteña os talóns en contacto co piso, especialmente cando se trata de medir nenos/as pequenos/as. Os talóns permanecen xuntos e os ombreiros relaxados para minimizar

desviacións na columna. A cabeza debe sosterse de forma que o bordo inferior da órbita coincida co meato do conduto auditivo externo no plano horizontal. As mans deben estar soltas e relaxadas. Deslízase entón a superficie horizontal (táboa ou elemento similar) cara abaixo, ao longo do plano vertical e en contacto co/coa neno/a.

Circunferencia craniana:

Instrumento: cinta flexible de aceiro. A cinta debe ser metálica xa que a de material plástico, tea ou cartolina, defórmase co uso. Se a circunferencia craniana é pequena e a cinta é ancha, o erro de medición increméntase.

Técnica: mantendo a cabeza fixa, medírase a circunferencia máxima colocando a cinta con firmeza ao redor do óso frontal no seu punto máis prominente (protuberancias), rodeando coa cinta a cabeza ao mesmo nivel por cada lado e aplicándoa sobre a prominencia occipital externa no dorso.

Circunferencia do brazo (perímetro máximo do brazo):

Instrumento: banda ou brazaletes braquial.

Técnica: o brazo esquerdo colga relaxado, en posición natural do corpo.

Flexiónase o cóbado en ángulo recto. Nesta posición a superficie lateral do brazo debe marcarse cunha liña horizontal, á altura do punto medio dunha liña vertical que une o ángulo acromial e a punta do olécrano.

Esténdese entón o cóbado. Pásase a cinta horizontalmente ao redor do brazo ao nivel da marca, en contacto coa pel en toda a circunferencia, pero sen comprimilo.

Velocidade de crecemento:

A velocidade de crecemento é o mellor parámetro dispoñible para valorar o crecemento a curto prazo. Débese observar o momento de inicio dos signos de puberdade, coas **escalas de TANNER**, para detectar alteracións no desenvolvemento nesta etapa⁵.

Outros parámetros de valoración do crecemento:

- **Maduración ósea:** é un parámetro que debe ir en consonancia cos outros marcadores do crecemento como peso, talle ou desenvolvemento sexual. Utilízase:
 - Radiografía de pé ou xeonllo en neonatos.
 - Radiografía de pulso en nenos/as de máis idade.
- **Masa corporal** (Índice de Quetelet): relaciona o peso e o talle do/da neno/a coa súa idade e sexo. É unha ferramenta de detección de problemas de peso nos/nas nenos/as.

As guías clínicas e a Academia Americana de Pediatría (AAP), recomendan o uso do índice de masa corporal (IMC) para detectar sobrepeso e obesidade nos/nas nenos/as a partir dos 2 anos de idade^{2,5,6}.

5.3.2. USO DE TÁBOAS E GRÁFICAS DE CRECEMENTO

Utilizaranse as táboas de crecemento incluídas no módulo do Programa de saúde infantil, da historia clínica electrónica (IANUS) da Comunidade Autónoma de Galicia.

5.4. RECOMENDACIÓNS

- Recoméndase monitorizar o peso, a lonxitude e o perímetro cranial en todos os controis de saúde, ata os 2 anos de idade^{3,6,7}.
- Nos/nas nenos/as maiores de 2 anos, recoméndase monitorizar o peso, o talle e a velocidade de crecemento, en todos os controis de saúde^{3,6,7,8}.

5.5. ALERTAS

- Peso inferior a percentil 3 (P3) ou caída da curva de crecemento por debaixo de 2 desviacións estándar^{1,2,9}.

- Desviacións de curva de crecemento: talles inferiores ao P3 ou superiores ao P97, velocidade de crecemento inferior ao P10 ou superior ao P97^{1,2,9}.
- Sobrepeso: IMC \geq P90^{1,2,9} das gráficas da Fundación Orbegozo de 1988¹⁰.
- Obesidade: IMC \geq P97^{1,2,9} das gráficas da Fundación Orbegozo de 1988¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Costa C, Pedrón Giner C. Valoración del estado nutricional. En: SEGHNPAEP, coordinadores. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2010. p. 313-8.
2. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Supervisión del crecimiento físico y desarrollo puberal. En: Exlibris Ediciones, editor. Programa de salud infantil (PSI). Madrid; 2009. p. 119-24. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/puberal.pdf>.
3. Colomer Revuelta J, Cortes Rico O, Esparza Olcina MJ, Galbe Sánchez-Ventura J, García Aguado J, Martínez Rubio A, et al. Programas de la infancia y la adolescencia. Atención Primaria. 2014;46(4):99-117.
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Evaluación del crecimiento de niños y niñas. Nuevas referencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En: Ortiz Z, editor. Evaluación del crecimiento de niños y niñas. Material de apoyo para equipos de atención primaria de la salud. Argentina: UNICEF; 2012. p. 7-24. Disponible en: http://files.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf.
5. Álvarez-Tello M, Armijo RM, Benavides R, Boza C, Caballero MA, Calcerrada A et al. Supervisión del Crecimiento físico y desarrollo puberal. En: Garrido Torrecillas FJ, et al., editores. Programa de salud infantil y adolescente de Andalucía. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014. p. 207-10. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/delegate/content/e84541cc-306c-4f01-8d68-19aad05fc57>.
6. American Academy of Family Physicians (AAFP). Summary of recommendations for clinical preventive services. Leawood, KS: AAFP; 2017. Disponible en: https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf.
7. Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Guía de actividades preventivas por grupos de edad. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [Internet]; 2014 [acceso 13

febreiro 2020]. Disponible en:
http://previnfad.aepap.org/sites/default/files/2017-04/previnfad_actividades.pdf.

8. Arroba ML, Duelo M. Revisiones del niño menor de 2 años. An Pediatr Contin. 2004;2(2):81-9.

9. Arroba ML, Duelo M. Revisiones del niño de 2 a 14 años. An Pediatr Contin. 2004;2(2):90-6.

10. Hernández M, Castellet J, Narvaiza JL, Rincón JM, Ruiz I, Sánchez E, et al. Curvas y tablas de crecimiento. Fundación F Orbegozo, editor. Madrid: Editorial Garsi; 1988. Disponible en:
https://www.fundacionorbegozo.com/wp-content/uploads/pdf/estudios_1988.pdf.

6. Vacinación

Autoras: M^a Luisa García Vicente, M^a Isabel Oliveira Sánchez e Rosa M^a Álvarez Gil

6.1. INTRODUCCIÓN

As vacinas foron e son o logro científico que máis impacto tivo e ten na saúde da humanidade. Con elas puidéronse erradicar algunhas enfermidades, como a varíola, que producía 5 millóns de mortos cada ano no mundo, e fronte á que se suspendeu a vacinación en España no ano 1980¹. Hai moitas outras enfermidades que a día de hoxe están controladas grazas ás vacinas, aínda que non chegaron a desaparecer. Unhas altas coberturas de vacinación permiten ter un bo nivel de protección comunitaria, e dificultan a circulación dos microorganismos causantes das enfermidades fronte ás que se vacina. En Galicia, o número de nenos/as vacunados/as é moi elevado; as coberturas do Programa galego de vacinación superan o 95 % na maioría das vacinas incluídas no calendario infantil.

No momento en que se produce unha baixada na cobertura de vacinación aumenta o número de casos de enfermidade, como está a acontecer nalgúns países europeos. Por iso, os/as profesionais sanitarios/as deben aprender a negociar coas familias que non queren vacinar aos seus/súas fillos/as, dando unha información axeitada e evitando a intimidación².

6.2. VACINACIÓN SISTEMÁTICA

Co obxecto de que a vacinación chegue á maior porcentaxe de poboación posible e así poder previr, e ás veces erradicar enfermidades, a Dirección Xeral de Saúde Pública (DXSP) da Consellería de Sanidade, elabora calendarios de vacinacións tanto infantís como de adultos. Estes calendarios son dinámicos, actualizándose en función de:

necesidades epidemiolóxicas, actualización de información de seguridade, efectividade e eficiencia das vacinas ou dispoñibilidade das mesmas.

A partir do 1 de xaneiro de 2017, a DXSP estableceu un novo calendario de vacinación sistemática infantil (Imaxe 6.1), de acordo coas recomendacións do calendario común do Consello Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde, mantendo e asegurando unha protección axeitada e simplificando as pautas. A principal vantaxe é a redución no número de inxeccións a administrar nos/nas menores de 2 anos, diminuindo as molestias polas picadas e reducindo tamén as visitas ao centro sanitario necesarias para a vacinación.

No ano 2018 incorporouse como novidade a inmunización coa vacina tetravírica aos 3 anos, que permite a vacinación simultánea fronte a sarampelo, rubéola, parotidite e varicela³. No ano 2019 substituíuse a última dose de meninxite C aos 12 anos por unha dose de meninxite tetravalente⁴.

Imaxe 6.1. Calendario de vacinación infantil*



* Aos 3 anos a vacinación fronte a sarampelo, rubéola, parotidite e varicela realizarase coa vacina tetravírica. Aos 12 anos a vacinación fronte ao meningococo realizarase coa vacina tetravalente ACWY. Fonte⁵: Consellería de Sanidade. Calendario de vacinación infantil actual [Internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2020 [acceso 13 febreiro 2020]. Dispoñible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/Calendario-de-vacinacion-infantil-actual>.

6.3. VACINACIÓN ACELERADA

Os calendarios acelerados consisten en administrar vacinas con intervalos de tempo entre doses sucesivas acurtados, en persoas con historia de vacinación incompleta ou inexistente, ou que recibisen doses de vacinas con pautas incorrectas. Estas estratexias de vacinación teñen especial interese no caso de poboación procedente doutros países, onde rexen programas de vacinación diferentes ao galego, e é preciso adaptalos o antes posible ao calendario de vacinación da poboación autóctona^{6,7}.

Para obter a resposta inmunolóxica adecuada, algunhas vacinas precisan a aplicación de varias doses, unha idade mínima de administración e un intervalo mínimo entre as doses ([Táboa 6.1](#)).

Os intervalos entre doses máis longos do recomendado non diminúen a resposta inmunolóxica. Nos casos de pautas incompletas, adminístranse só as doses pendentes e non se reinicia a pauta nin se poñen doses adicionais.

As doses administradas 5 ou máis días antes do intervalo mínimo non se consideran válidas, e polo tanto deben repetirse transcorrido o intervalo mínimo recomendado tras a dose invalidada.

As [Táboas 6.2](#) e [6.3](#) recollen o número de doses recomendadas por vacina e idade para considerar a un/unha neno/a ou a un adolescente correctamente inmunizado.

Táboa 6.1. Vacinación acelerada. Idade mínima, número de doses e intervalo de tempo entre doses*

Vacina	Idade mínima 1ª dose	Nº doses requiridas	Intervalo 1ª e 2ª dose	Intervalo 2ª e 3ª dose	Intervalo 3ª e 4ª dose
HB	0 m	3	4 s	5 m	
MenC	8 s	Segundo a idade ¹	8 s - 6 m	6 m	
TV	12 m	2	4 s		
VVZ	12 m	2	4 s		
DTPa	8 s	Segundo a idade ²	4 s	6 m	6 m
Td	7 a	3+2	4 s	6 m	
VPI	8 s	Segundo a idade ²	4 s	6 m	6 m
Hib	8 s	Segundo a idade ²	4 s	6 m	
VNC	8 s	Segundo a idade ³			
VPH (mulleres)	12 a	Segundo a idade ⁴			

HB: vacina fronte a hepatite B; MenC: vacina conxugada fronte a meningococo de serogrupo C; TV: vacina tripla vírica (fronte a sarampelo, rubéola e parotidite); VVZ: vacina fronte á varicela; DTPa: vacina fronte a difteria, tétano e tose ferina acelular; Td: vacina fronte a tétano e difteria; VPI: vacina fronte a poliovirus inactivado; Hib: vacina conxugada fronte a *haemophilus influenzae* tipo b; VNC: vacina fronte a pneumococo conxugada; VPH: vacina fronte a virus do papiloma humano; s: semanas; m: meses; a: anos.

* A idade mínima estableceuse en función das recomendacións acordadas polo Consello Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde.

1. MenC: entre os 2 e os 12 meses a primovacinação pode ser de 1 ou 2 doses (separadas entre 8 semanas e 6 meses) segundo a vacina utilizada e a idade; aconséllase unha dose de recordo despois dos 12 meses de idade e outra aos 12 anos (con MenACWY). En maiores de 12 meses é suficiente con 1 dose como primovacinação.

2. O número de doses depende do momento de inicio da vacinación: durante o primeiro ano de vida recoméndanse 2 doses de primovacinação e unha dose de recordo (por exemplo 2, 4 e 11 meses). Ver [Táboas 6.2](#) e [6.3](#) para o número de doses que cómpre administrar segundo o grupo de idade.

3. VNC: nados a partir do 1 de xaneiro de 2010. En menores de 12 meses, segundo o calendario (2, 4 e 11 meses) ou polo menos 4 semanas entre as dúas primeiras doses e polo menos 8 semanas coa terceira dose. Entre os 12 e os 23 meses, 2 doses separadas polo menos 8 semanas. A partir dos 2 anos de idade, só 1 dose.

4. VPH: administración de dúas doses en mulleres adolescentes a partir dos 12 anos de idade (pauta 0-6 meses). ≥ 5 anos 3 doses (pauta 0, 1 - 2, 6 meses).

Fonte⁶: Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública. Calendario acelerado de vacinación. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2019. Dispoñible en: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/6142/Calendario_acelerado_vacinacion_xullo2019.pdf.

Táboa 6.2. Calendario acelerado para menores de 7 anos de idade*

Vacina	0 (1ª visita)	Meses contados desde a primeira visita			Dose recordo
		1 mes	2 meses	8 meses	
DTPa ¹	DTPa		DTPa	DTPa	DTPa/dTpa
VPI ²	VPI		VPI	VPI	
Hib ³	Hib		Hib	Hib	
HB ⁴	HB		HB	HB	
TV ⁵	TV	TV			
MenC ⁶	MenC				MenC
VNC ⁷	VNC13		VNC13		
VVZ ⁸	VVZ	VVZ			

DTPa: vacina fronte a difteria, tétano e tose ferina acelular; VPI: vacina fronte a poliovirus inactivado; Hib: vacina conxugada fronte a *haemophilus influenzae* tipo b; HB: vacina fronte a hepatite B; TV: vacina tripla vírica (fronte a sarampelo, rubéola e parotidite); MenC: vacina conxugada fronte a meningococo de serogrupo C; VNC: vacina fronte a pneumococo conxugada; VVZ: vacina fronte á varicela.

* A actualización da vacinación realizarase tendo en conta o calendario oficial vixente ata a idade do/da menor. Poderase utilizar vacina hexavalente en caso de necesitar administrar todos os antíxenos (DTPa, VPI, Hib e HB). A separación entre a primeira e a segunda dose será de 1 ou 2 meses segundo o preparado comercial utilizado.

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/VacunasHexavalentes_menores7anos.pdf

1. DTPa: pauta 2+1 (0, 2) e dose de recordo polo menos 6 meses despois da última primovacinação, preferiblemente aos 11 meses. Dose de recordo aos 6 anos.
2. VPI: se a terceira dose se administra despois dos 4 anos, non é necesaria unha cuarta dose.
3. Hib: o número de doses depende do momento de inicio da vacinación: durante o primeiro ano de vida recoméndanse 2 doses de primovacinação e unha dose de recordo (por exemplo 2, 4 e 11 meses de vida). Entre 1 e 5 anos é suficiente cunha dose e non se recomenda esta vacinación a partir dos 5 anos.
4. HB: pauta 0, 2, 6 meses (8 meses desde a primeira visita) ao utilizar vacina hexavalente. Pauta 0, 1, 6 meses se se utiliza vacina monovalente.
5. TV: 2 doses (a partir dos 12 meses) separadas 4 semanas ou axustadas ao calendario de vacinacións segundo a idade.
6. MenC: entre os 2 e os 12 meses as recomendacións varían segundo a vacina utilizada e a idade. En menores de 12 meses a primovacinação pode ser 1 ou 2 doses (separadas 8 semanas); aconséllase unha dose de recordo a partir dos 12 meses de idade. En maiores de 12 meses é suficiente con 1 dose.
7. VNC: nados a partir do 1 de xaneiro de 2010. En menores de 12 meses, segundo o calendario (2, 4 e 11 meses) ou polo menos 4 semanas entre as dúas primeiras doses e a terceira polo menos 8 semanas coa segunda dose. Entre os 12 e os 23 meses, 2 doses separadas polo menos 8 semanas. En maiores de 2 anos de idade, só 1 dose.
8. VVZ: maiores de 12 meses. Unicamente en caso de non ter antecedentes de padecemento de varicela ou herpes zóster ou que sexan incertos, e non estar vacunado con anterioridade. Dúas doses separadas polo menos 4 semanas (e preferiblemente 8 semanas) ou axustadas ao calendario de vacinación oficial segundo a idade. No caso de recibir unha dose previamente, recibirán unha segunda dose.

Fonte⁶: Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública. Calendario acelerado de vacinación. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2019. Dispoñible en: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/6142/Calendario_acelerado_vacinación_xullo2019.pdf.

Táboa 6.3. Calendario acelerado para persoas de entre 7-18 anos

Vacina	0 (1ª visita)	Meses contados desde a primeira visita		
		1 mes	6 meses	8 meses
Td ¹	Td	Td		Td ¹
VPI ²	VPI	VPI		VPI
HB	HB	HB	HB	
TV ³	TV	TV		
MenC/MenACWY ⁴	MenC/MenACWY			
VVZ ⁵	VVZ	VVZ		
VPH ⁶	VPH		VPH	

Td: vacina fronte a tétano e difteria; VPI: vacina fronte a poliovirus inactivado; HB: vacina fronte a hepatite B; TV: vacina tripla vírica (fronte a sarampelo, rubéola e parotidite); MenC: vacina conxugada fronte a meningococo de serogrupo C; .MenACWY: vacina conxugada fronte a meningococo de serogrupos A, C, W e Y; VVZ: vacina fronte á varicela; VPH: vacina fronte a virus do papiloma humano.

1. Td: A terceira dose débese administrar entre 6 e 12 meses tras a segunda dose. Dose de recordo ata completar 5 doses: tras a primovacinação con tres doses, recordos cada 10 anos (mínimo 1 ano tras a terceira dose de primovacinação e entre as doses de recordo). En nenos e adolescentes administrárase polo menos 1 das doses con dTpa.

2. VPI: Primovacinação con 3 doses para persoas non vacinadas procedentes de países con circulación de virus salvaxe (<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/public-health-emergency-status/>).

Para países en que circularon virus derivados da vacina e países con risco de reintrodución, 1 dose.

3. TV: 2 doses separadas polo menos 4 semanas en persoas sen documentación de vacinación previa e que non pasaron a enfermidade. En caso de ter recibido unha dose con anterioridade, administrárase unha soa dose, independentemente do tempo que tivese pasado desde a administración previa. Poderase utilizar vacina tetravírica en caso de necesitar administrar tamén VVZ.

4. MenC/MenACWY: Se ten entre 7-12 anos, administrárase MenC e aos 12 anos recibirá ademais unha dose de recordo con MenACWY (ver [Táboa 6.1](#) para intervalos). Se ten máis de 12 anos, administrárase unha dose de MenACWY.

5. VVZ: 2 doses separadas polo menos 4 semanas (e preferiblemente 8 semanas) se non existe evidencia de ter pasado a enfermidade. Poderase utilizar vacina tetravírica en caso de necesitar administrar tamén TV.

6. VPH: Administración de dúas doses en mulleres adolescentes a partir dos 12 anos de idade e non vacinadas (pauta 0-6 meses). Se \geq 15 anos, 3 doses (pauta 0, 1 - 2, 6 meses).

Fonte⁶: Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública. Calendario acelerado de vacinación. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2019. Dispoñible en: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/6142/Calendario_acelerado_vacinacion_xullo2019.pdf.

6.4. VACINACIÓN EN GRUPOS DE RISCO E EN DETERMINADAS SITUACIONES

A vacunación en determinados grupos de risco (inmunodeficiencias, enfermidades crónicas...) é prioritaria, xa que en nenos/as con determinadas patoloxías o risco de padecer algunhas enfermidades inmunoprevibles incrementase. Ademais poden requirir vacinas adicionais ou pode ser necesaria a administración de máis doses para manter a protección a longo prazo. A [Táboa 6.4](#) recolle o calendario de vacunación específica en menores e adolescentes (< 18 anos) con condicións de risco.

Táboa 6.4. Calendario de vacunación específica en menores e adolescentes (< 18 anos) con condicións de risco

Vacinação	Condición de risco								
	Embarazo	Inmunodepresión (excepto VIH)	Infección por VIH		Asplenia, deficiencias complemento e tratamento con eculizumab	Enfermidade renal crónica avanzada e hemodiálise	Enfermidade cardiovascular e respiratoria crónicas	Enfermidade hepática crónica	Fístula de LCR. Implante coclear
			<15% ou n° CD4 <200/µl	≥15% ou n° CD4 ≥200/µl					
Difteria, tétano, tose ferina	dTpa ^(a)	DTPa, dTpa ou Td se é susceptible ou a vacunación é incompleta ^(b)							
<i>Haemophilus influenzae b</i>			Hib	Hib					
Sarampelo, rubéola, parotidite	Contraindicada		TV se é susceptible ^(c)						
Hepatite B			HB ^(d)		HB ^(e)		HB		
Hepatite A			HA				HA		
Enfermidade meningocócica			Men ACWY	Men ACWY Men B					
Varicela	Contraindicada		VVZ se é susceptible ^(f)						
Virus do papiloma humano			VPH ^(g)						
Enfermidade pneumocócica		VN13+VNP23	VN13+VNP23	VN13+VNP23	VN13+VNP23	VNP23	NVP23 ^(h)	VN13+VNP23	
Gripe	Gripe anual								

(a) Administrarase a vacina dTpa en cada embarazo, entre as semanas 27 - 36.

(b) Vacinar se é susceptible ou a vacunación é incompleta.

(c) Persoas que non se vacinasen con anterioridade. Pauta con 2 doses.

(d) En caso de non responder á primeira pauta de vacunación, administrarase vacina tipo adulto (pauta 0, 1, 6 meses).

(e) Utilizarase vacina de alta carga antixénica (20 µg/0,5 ml) ou específica para diálise e prediálise (se ≥ 15 anos) en persoas non vacinadas con anterioridade. Revisión serolóxica e revacunación cando sexa necesario.

(f) Vacinar se non hai antecedentes de infección nin vacunación previa.

(g) Tanto homes como mulleres (3 doses).

(h) VNC13+VNP23 se existe cirrose hepática.

Fonte³: Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública. Vacinación en grupos de risco de todas as idades e en determinadas situacións. Santiago de Compostela; 2019. Dispoñible en:

[https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/6140/Vacinación en grupos de risco_agosto2019.pdf](https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/6140/Vacinación%20en%20grupos%20de%20risco_agosto2019.pdf).

6.4.1. RECOMENDACIÓNS ESPECÍFICAS PARA OS/AS NENOS/AS PREMATUROS/AS (≤ 32 SEMANAS DE XESTACIÓ)

- Vacinación fronte á gripe aos nenos e nenas de entre 6 meses e 2 anos de idade que naceran prematuros/as⁹.
- Vacinación fronte ao rotavirus aos nenos e nenas prematuros/as, a partir da 6ª semana de vida, sempre que estean clinicamente estables e que non teñan contraindicacións¹⁰.

Un prematuro considérase clinicamente estable cando se encontra en fase de crecemento sostido, sen necesidade de ventilación mecánica, sen terapia esteroidea ou para infeccións graves, sen alteracións metabólicas, cardiovasculares ou respiratorias significativas.

Non se terá en conta o peso ao nacer nin a idade xestacional, nin se están hospitalizados, utilizándose a mesma pauta que en nacidos a termo e sendo de enorme importancia a vacinación "en tempo" (tan pronto cumbran as 6 semanas).

6.5. CONTRAINDICACIÓNS E PRECAUCIÓNS DAS VACINAS

6.5.1. CONTRAINDICACIÓNS^{1,11,12}

Unha vacina está contraindicada cando o risco de complicacións ou o risco de desenvolver efectos adversos é maior que os beneficios que produce:

- Reacción anafiláctica posterior á vacinación.
- Reacción anafiláctica a algún compoñente da vacina.

6.5.2. PRECAUCIÓNS^{1,11,12}

Trátase de todas aquelas situacións nas que se debe valorar o balance beneficio/risco:

- Embarazo.
- Inmunodeficiencia ou inmunosupresión graves.

- Vacinas atenuadas en suxeitos inmunodeficientes ou inmunodeprimidos.
- Enfermidade aguda grave ou en fase de descompensación.
- Administración de inmunoglobulinas, sangue ou outro produto que conteña anticorpos ([Anexo 6.2](#)).
- Idade mínima de administración.
- Reacción alérxica ao ovo. Pode recibir a vacina tripla vírica no centro de saúde porque practicamente non ten proteínas de ovo, tendo que esperar despois 15 - 30 minutos no centro como con todas as vacinas¹¹. É recomendable a vacinación no hospital de aqueles nenos e nenas con manifestacións cardiorespiratorias graves ou se coexiste a alerxia con asma crónica activa.
- Historia de Síndrome de Guillain-Barré nas 6 semanas posteriores á administración dunha vacina, valorando a conveniencia ou non de administrar doses posteriores da mesma.

6.5.3. SITUACIÓNS QUE NON CONTRAINDICAN A VACINACIÓN^{1,11,12}

- Administración conxunta con vacinas antialérxicas.
- Enfermidade aguda leve, con ou sen febre ou autolimitada.
- Reaccións leves posteriores á administración da vacina: dor, avermellamento, inflamación local e/ou febre < 40 °C.
- Tratamento con antibióticos nese momento en ausencia de febre ou infección non leve.
- Alerxias non anafilácticas a antibióticos ou proteínas de ovo.
- Contacto con enfermidade infecciosa.
- Convalecencia dunha enfermidade leve.

- Corticoterapia curta (< 1 semana), non sistémica (tópica ou inhalada), en doses baixas (< 20 mg/día de prednisona ou equivalente), en días alternos ou de tipo substitutorio.
- Contacto con embarazadas.
- Enfermidade neurolóxica coñecida, resolta ou estabilizada.
- Malnutrición.
- Antecedentes familiares de reaccións posvacinais graves, convulsións, alerxias ou síndrome de morte súbita no lactante.
- Prematuridade.

En canto á seguridade vacinal, a Organización Mundial da Saúde (OMS) ten en marcha un proxecto mundial para garantir a seguridade das vacinas utilizadas en todo o mundo. O Hospital Clínico Universitario de Santiago do Servizo Galego de Saúde foi designado pola OMS como **Centro colaborador en seguridade vacinal**¹³ ata o ano 2022. Entre os seus obxectivos destacan:

- Asistir á OMS no desenvolvemento/actualización de materiais de formación para traballadores/as sanitarios/as en relación á seguridade das vacinas, contraindicacións e manexo clínico de eventos adversos posvacinais.
- Proporcionar soporte para dirixir as investigacións e dar resposta en crise de eventos adversos posvacinais.
- Colaborar coa OMS no traballo de formación dos traballadores sanitarios en seguridade nas vacinas, contraindicacións e introdución de novas vacinas.

6.6. COADMINISTRACIÓN DE VACINAS

Para poder cumprir cos calendarios de vacinación e coas necesidades estratéxicas de vacinación aceleradas, ou ante viaxes internacionais, é recomendable facer a administración simultánea de varias vacinas, sempre e cando a súa compatibilidade estea

verificada. A administración simultánea das vacinas de indicación habitual para cada idade pediátrica é recomendable, segura e efectiva. Os lactantes e nenos/as posúen suficiente capacidade inmunolóxica para responder a múltiples antíxenos. As vacinas parenterais administraranse por separado en zonas anatómicas distintas, con xiringas diferentes. As inxectadas nunha mesma extremidade deben distanciarse 2,5 cm como mínimo, para individualizar as posibles reaccións locais¹⁴.

Cando a administración de vacinas non é simultánea pódese requirir un intervalo mínimo como se reflicte na [Táboa 6.5](#).

Táboa 6.5. Intervalo mínimo entre a administración non simultánea de vacinas distintas ^{7,14}	
Vacinas (combinación de antíxenos)	Intervalo mínimo recomendado entre doses
2 ou máis inactivadas	Ningún. Poden administrarse simultaneamente ou con calquera intervalo entre doses
Vivas e inactivadas	Ningún. Poden administrarse simultaneamente ou con calquera intervalo entre doses
2 ou máis vivas parenterais	4 semanas, sempre que non se administren simultaneamente (non se aplica as vacinas orais)

Sempre que sexa posible é aconsellable empregar o mesmo preparado comercial para completar a primovacinação. Se isto non fose posible, considérase adecuado empregar vacinas semellantes e producidas por outros fabricantes ou ben, polo mesmo fabricante noutros países.

6.7. ADMINISTRACIÓN DE VACINAS

As vacinas deben ser sempre administradas segundo as indicacións da ficha técnica do produto.

As vías de administración son: intramuscular, subcutánea, oral, intradérmica e intranasal.

O lugar e vía de administración das vacinas segundo a idade do/da neno/a recóllense no [Anexo 6.3](#).

6.8. ACTO VACINAL

O acto vacinal comprende un conxunto de procesos, protocolos e técnicas que se aplican desde o momento en que se recibe o/a neno/a ata que se teña completado esta actuación^{15,16}:

- Comprobación do documento vacinal.
- Revisión da historia clínica electrónica para ver os problemas de saúde activos e comprobar se hai documentadas reaccións graves en doses anteriores.
- Anamnese previa para identificar alerxias, contraindicacións, precaucións... a ter en conta.
- Información aos/ás pais/nais sobre as vacinas que se van administrar, as enfermidades que se pretenden evitar, o procedemento que se vai seguir así como os signos de alarma/posibles efectos secundarios tras a vacinación. Os proxenitores han dar consentimento verbal para as vacinas que se van administrar.
- Elección e preparación do produto biolóxico e do material necesario para a vacinación.
- Hixiene de mans.
- Non é preciso usar guantes salvo que haxa risco de contacto con fluídos biolóxicos ou se teñan lesións abertas nas mans.
- Elección da vía e lugar de inxección.
- Non purgar as xeringas precargadas.
- Alivio da dor.
- Administración da vacina.
- Correcta eliminación dos residuos.
- Prevención de exposicións ocupacionais accidentais.

- Prevención de eventos adversos.
- Rexistro vacinal

6.9. MÉTODOS NON FARMACOLÓXICOS DE ALIVIO DA DOR

A dor nos/nas nenos/as non foi obxecto de atención ata fai unhas décadas, nas que investigacións científicas demostraron que nos lactantes hai capacidade funcional e anatómica para percibir a dor. Hai estudos que amosan que a exposición temperá repetida e prolongada á dor pode contribuír a alteracións no desenvolvemento cognitivo e na aprendizaxe. Por outro lado, o tratamento insuficiente da dor implica un aumento da morbimortalidade¹⁷.

Sabendo isto e tendo en conta que a administración de vacinas é un acto molesto e doloroso, débense incorporar á actividade diaria métodos e/ou accións que demostraron aliviar esta dor, para facer que o acto vacinal sexa máis humano e menos abafante para o/a neno/a.

Recomendacións^{17,18}:

- Preparar a vacina fóra da vista do/da neno/a.
- Realizar os procedementos dolorosos, como a administración da vacina parenteral, mentres o bebé está aleitando. No caso de non ser posible a alimentación do lactante, administrar sacarosa por vía oral ao 20 % (0,2 - 0,5 ml) dous minutos antes de realizar o procedemento doloroso.
- Realizar a vacinación co lactante no colo da súa nai ou persoa ao seu coidado, en posición de canguro ou ofrecendo contención.
- Na inxección intramuscular non aspirar e inxectar a vacina o máis rápido posible.
- Administrar as vacinas menos dolorosas primeiro e as máis dolorosas de últimas.
- Se fose posible, inxectar de forma simultánea as distintas vacinas.

- Elixir a zona adecuada de administración segundo a idade do/da neno/a (se deambula ou non).
- Poñer en práctica manobras de distracción (succión nutritiva ou non nutritiva, música, pompas de xabón, contos, debuxos...).

6.10. REXISTRO VACINAL

O rexistro é fundamental para o/a paciente, xa que así pode coñecer o seu estado vacinal, permite a localización e seguimento de lotes no caso de alertas de seguridade, o seguimento de efectos secundarios...

O rexistro tamén é importante para o conxunto da poboación, xa que permite coñecer coberturas vacinais e así pódense estudar as distintas estratexias de prevención, localizar bolsas de poboación non vacinadas, planificar a adquisición das vacinas...

Na actualidade os rexistros das vacinas realízanse en soporte electrónico, nun módulo específico da historia clínica do/da neno/a (IANUS), onde constan todas as vacinas, lote e data de aplicación. Cumpríméntase tanto para as vacinas financiadas como para as non financiadas.

Tamén se rexistran na cartilla de saúde infantil que se lle facilita aos/ás proxenitores/as cando nace o/a neno/a.

Existe unha app gratuíta do Programa galego de vacinación da Consellería de Sanidade, chamada VACGAL, que xorde co obxectivo de pór á disposición dos/das cidadáns/ás información fiable e actualizada sobre vacinas a través dos seus dispositivos móbiles. Esta app permite:

1. Coñecer o calendario vacinal vixente do Programa galego de vacinación.
2. Consultar en calquera momento os datos que ten o programa sobre a vacinación propia ou das persoas a cargo.

3. Ver a correspondencia entre as vacinas administradas e o calendario vacinal que lle corresponde a cada persoa por idade.
4. Recibir recordatorios sobre vacinas pendentes, próximas a administrar.
5. Tramitar citas para vacinarse mediante o propio dispositivo móbil.
6. Recibir notificacións do programa sobre novas relacionadas coa vacinación e/ou campañas vacinais.
7. Consultar información sobre vacinación e viaxes¹⁹.

6.11. CONSERVACIÓN E MANIPULACIÓN DAS VACINAS ([Anexo 6.4](#))

A estabilidade dunha vacina é a resistencia á degradación física, que fai que manteña a súa propiedade inmunoxénica. A perda desta é permanente e irreversible.

Para a conservación das vacinas son precisos unha serie de recursos materiais e humanos que garanten en todo momento o mantemento da cadea de frío e a protección da luz²⁰.

6.11.1. RECURSOS MATERIAIS

- Neveira, de uso exclusivo para o almacenamento de vacinas.
- Criostatos - acumuladores de frío.
- Termómetros de máximas e mínimas.
- Neveiras portátiles.

6.11.2. RECURSOS HUMANOS

En todo centro haberá un/unha responsable de vacinas, que realizará as seguintes actividades:

- Comprobar e rexistrar a temperatura máxima e mínima ao comezo e ao final de cada xornada laboral.
- Supervisar o correcto almacenamento das vacinas segundo a termosensibilidade e a caducidade.
- Estimar o número necesario de doses de vacinas e realizar os pedidos de forma periódica para asegurar a dispoñibilidade. A solicitude de reposición realízase de forma informática pola persoa responsable (ou por unha segunda persoa autorizada), a través dun aplicativo específico da Consellería de Sanidade.
- Realizar a recepción das vacinas.
- Notificar incidencias de rotura da cadea de frío ou incidencias na recepción, envío ou distribución das vacinas.
- Proceder á devolución de vacinas nos casos de caducidade ou rotura da cadea de frío

Ante a sospeita de rotura da cadea de frío, comunicárase co departamento de vacinas da Xefatura territorial correspondente da Consellería de Sanidade, para determinar a súa estabilidade, quedando ditas vacinas inmovilizadas ata que se determine a súa idoneidade.

Táboa 6.6. Datos de contacto das xefaturas territoriais da Consellería de Sanidade

Xefatura territorial	Teléfono	Correo electrónico
A Coruña	981155822 / 981082250	corunavacinas.dlpc@sergas.es
Lugo	982292117 / 982292113	xtlu.vacinas@sergas.es
Ourense	988066347 / 988066332	vacinas.sanidade.ourense@sergas.es
Pontevedra	986885881 / 986885824 / 986885826	vacinas.delegacion.pontevedra@sergas.es
Unidade de Vigo	986817724 / 986817233	vacinas.delegacion.pontevedra@sergas.es

Pódese consultar a instrución de manexo da rede de frío para informarse sobre os procedementos relativos ao correcto mantemento das vacinas, así como acceder ao

formulario de notificación da ruptura da cadea de frío a través do seguinte enlace²¹:
<https://www.sergas.es/Saude-publica/Cadea-de-frío?idioma=ga>.

6.12. RECOMENDACIÓNS

- Promover desde as consultas de pediatría de atención primaria o cumprimento do calendario vacinal infantil, xa que unhas altas coberturas de vacinación permiten acadar un bo nivel de protección comunitaria e dificultan a circulación dos microorganismos causantes das enfermidades fronte ás que se vacina.
- Seguir as estratexias de vacinación acelerada nos nenos/as con historia de vacinación incompleta/inexistente ou que recibisen doses de vacinas con pautas incorrectas.
- Adaptar o calendario de vacinación infantil en nenos/as e adolescentes con condicións de risco, segundo as directrices da Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Integrar no acto vacinal métodos e/ou accións para aliviar a dor.

ANEXOS

ANEXO 6.1. TIPOS DE VACINAS

As vacinas pódense clasificar seguindo diferentes criterios²²:

A) Sanitarios:

- **Vacinas sistemáticas:** son as que se aplican mediante programas de saúde pública e que teñen por obxecto protexer á poboación susceptible e tamén a inmunidade de grupo.
- **Vacinas non sistemáticas:** aplícanse de forma individual atendendo a factores persoais, ambientais e/ou doutro tipo relacionados co/coa paciente. Pódense dividir en tres grandes grupos:
 - Factores de risco individual, ambiental e profesional.
 - Circunstancias epidemiolóxicas determinadas; brotes epidémicos ou contactos íntimos.
 - Viaxes internacionais a determinados países con incidencia de enfermidades para as que a poboación non está protexida pola vacinación sistemática.

B) Vía de administración:

- Oral.
- Inhalada.
- Parenteral:
 - Intradérmica (ID).
 - Subcutánea (SC).
 - Intramuscular (IM).

C) Microbiolóxicos²³

- **Vacinas de microorganismos enteiros:**

- *Vacinas vivas atenuadas*: conteñen microorganismos vivos que por distintos procedementos perderon a súa virulencia, pero non a súa capacidade inmunolóxica.
- *Vacinas inactivadas ou mortas*: conteñen microorganismos que por medios físicos ou químicos foron inactivados, quitándolle a súa capacidade de reproducirse e por conseguinte a capacidade de producir a enfermidade.

- **Vacinas de subunidades:**

- *Víricas*: conteñen fraccións de virus específicos da vacina en cuestión.
- *Bacterianas*: compostas por compoñentes bacterianos ou fraccións bacterianas.

- **Vacinas toxoides:**

Compostas por toxinas producidas polos microorganismos que foron detoxificados perdendo a súa capacidade patóxena pero mantendo o seu poder inmunolóxico.

ANEXO 6.2. INTERVALOS RECOMENDADOS ENTRE A ADMINISTRACIÓN DE INMUNOGLOBULINAS OU OUTROS HEMODERIVADOS E A VACINACIÓN

A inmunidade pasiva que confire a administración de inmunoglobulinas ou hemoderivados portadores de anticorpos pode contrarrestar a resposta inmunitaria ás vacinas víricas atenuadas parenterais (tripla vírica, antivariçela). Comprende dous supostos:

- Recepción previa da vacina.- Debe transcorrer un mínimo de 2 semanas (idealmente 4 semanas) para a administración de inmunoglobulinas. Se se administraron antes, debe procederse a unha revacunación tras o intervalo correspondente a cada caso.
- Recepción previa da inmunoglobulina.- É o caso máis frecuente. O seu efecto inhibitorio dependerá da cantidade (dependencia de dose) e tipospecificidade dos anticorpos transferidos. Na [Táboa 6.7](#) especificanse os intervalos para respectar en cada caso.

As vacinas inactivadas, as atenuadas orais e a antigripal atenuada intranasal non mostran interferencias con outros produtos inmunobiolóxicos, pois non se inhiben pola recepción previa destes preparados e, á súa vez, a recepción previa destas vacinas non obriga a demoras na administración de preparados inmunobiolóxicos para que estas resulten eficaces.

Táboa 6.7. Intervalos recomendados entre a administración de inmunoglobulinas ou outros hemoderivados e a vacinación

Vacinas a administrar tras a recepción de inmunoglobulinas ou outros hemoderivados	Produto e situacións que requiren administración parenteral (IM / IV)	Intervalo recomendado ata a vacinación (meses)
Vacinas inactivadas	Ig polivalente substitutiva de forma periódica (inmunodeprimidos)	Non é necesario ningún intervalo, aínda que algúns autores aconsellan administrar as vacinas 4-5 días antes da Ig.
	Ig en situacións diferentes á anterior	Ningún

Vacinas a administrar tras a recepción de inmunoglobulinas ou outros hemoderivados	Produto e situacións que requiren administración parenteral (IM / IV)	Intervalo recomendado ata a vacinación (meses)
Tripla vírica e varicela	Ig polivalente IV 300 a 400 mg de IgG/kg (Inmunodeficiencias graves)	8
	Ig polivalente IV a 400 mg de IgG/kg (varias doses) (Inmunodeficiencias graves)	8
	Ig polivalente IV, profilaxe sarampelo en contacto inmunodeprimidos, 400 mg de IgG/kg ^e	8
	Ig polivalente IV para tratamento de PTI: - 400 mg de IgG/kg - 1.000 mg de IgG/kg	8 10
	Ig polivalente IV a 1600 - 2000 mg de IgG/kg (Síndrome de Kawasaki)	11
	Ig hiperinmune IV anti-citomegalovirus (máximo 150 mg de IgG/kg) ^e	6
	Ig hiperinmune IV antivaricela posexposición, 400 mg IgG/kg ^e	8
	Ig hiperinmune IV antihepatite B, 30 - 100 UI/kg (recentemente nado/a) / > 500 UI (nenos/as)	3
	Ig polivalente IM para a profilaxe de contacto da hepatite A, 0,02 ml/kg	3
	Ig polivalente IM para a profilaxe de la hepatite A en viaxes internacionais, 0,06 ml/kg	3
	Ig polivalente IM para a profilaxe do sarampelo, 0,50 ml/kg (máximo 15 ml)	6
	Ig polivalente IM para a profilaxe da varicela, 100 - 200 mg/kg (0,6 - 1,2 ml/kg)	5
	Ig hiperinmune IM para a profilaxe da varicela 125 U/10 kg, máximo 625 U ^e	5
	Ig hiperinmune IM antihepatite B (IGHB), 0,06 ml/kg	3

Vacinas a administrar tras a recepción de inmunoglobulinas ou outros hemoderivados	Produto e situacións que requiren administración parenteral (IM / IV)	Intervalo recomendado ata a vacinación (meses)
	Ig hiperimmune IM para a profilaxe do tétanos, 250 UI	3
	Ig hiperimmune IM da rabia, 20 UI/kg	4
	Ig humana IV antibotulínica, 1,5 ml/kg ^e	6
	IgG anti-D IM, 300 mcg (isoimmunización Rh)	3 ¹
	Anticorpo monoclonal antiVRS IM (palivizumab), 15 mg/kg	Ningún
	Eritrocitos lavados IV, 10 ml/kg (practicamente sen IgG)	Ningún
	Eritrocitos lavados con adenina-salina IV, 10 ml/kg	3
	Concentrado de eritrocitos IV, 10 ml/kg	5 - 6
	Sangue completa IV, 10 ml/kg	6
	Plasma ou plaquetas IV, 10 ml/kg	7
BCG, gripe intranasal, febre amarela, febre tifoidea oral, polio oral e rotavirus	Calquera situación	Ningún

^e Medicamento estranxeiro.

¹ As nais susceptibles que corran un alto risco de exposición á rubéola ou á varicela, ou con probabilidades dun novo embarazo durante os 3 meses seguintes, deberían recibir xa as vacinas no puerperio precoz; neste caso, deberá administrarse unha 2.^a dose a partir das 4 semanas posteriores ou, se a vacinación comprende unha dose única, realizar un exame serolóxico a partir dos 3 meses seguintes para asegurar a presenza de seroprotección específica.

A aplicación de vacinas pode practicarse simultaneamente ou con calquera intervalo de tempo cunha inmunoterapia antialérxica subcutánea. Aínda que se especulou coa necesidade de separalas un mínimo de 1 semana para evitar a sumación de efectos secundarios, na práctica constitúe unha posibilidade intrascendente.

Fonte¹⁴. Asociación Española de Pediatría (AEP), Comité asesor de vacunas. Coadministración de las vacunas entre sí y con otros productos biológicos. En: Manual de vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; 2020 [acceso 13 febreiro 2020]. Dispoñible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-2>.

ANEXO 6.3. LUGAR E VÍA DE ADMINISTRACIÓN DAS VACINAS SEGUNDO A IDADE DO/DA NENO/A²⁴

Vía (ángulo)	Nenos/as: tamaño e idade	Lugar anatómico	Agulla		
			Calibre (cor)	Lonxitude *	
IM (90°)	Lactantes moi pequenos/as, prematuros/as	Músculo vasto externo da coxa	25 G (laranxa)	16 mm	
	Lactantes, nenos/as e adolescentes	< 12 meses	Músculo vasto externo da coxa	25 G (laranxa)	25 mm
		1 - 2 anos	Músculo vasto externo da coxa [#]	25 G (laranxa)	25 - 32 mm
			Deltoides	25 G (laranxa)	16 - 25 mm
		≥ 3 anos	Deltoides [#]	25 G (laranxa) 23 G (azul)	
	Músculo vasto externo da coxa		25 G (laranxa) 23 G (azul)	25 - 32 mm	
Nenos/as ou adolescentes moi grandes ou obesos	Deltoides	23 G (azul) 21 G (verde)	25 - 40 mm		
SC (45°)	Lactantes, nenos/as e adolescentes	< 12 meses	25 G (laranxa)	16 mm	
		≥ 12 meses	Músculo tríceps do brazo (cara externa/posterior) ou deltoides		25 G (laranxa) 23 G (azul)
ID (15°)	Calquera idade/peso	BCG: cara externa superior do brazo (na rexión superior da inserción distal do músculo deltoides) ou na cara externa da coxa.	27 G (gris)	13 mm	

IM: vía intramuscular. SC: vía subcutánea. ID: vía intradérmica.

G: gauge (calibre diámetro exterior da agulla); 21 G (verde): 0,8 mm; 23 G (azul): 0,6 mm; 25 G (laranxa): 0,5 mm; 27 G (gris): 0,4 mm (As normas ISO marcan un escalado non continuo. As medidas indicadas son aproximadas).

* As agullas máis longas causan reaccións locais de menor intensidade en comparación coas máis curtas.

[#] Lugar recomendado. [§]Cara anterior ou anterolateral externa.

ANEXO 6.4. NORMAS DE SEGURIDADE PARA A CONSERVACIÓN DAS VACINAS²⁰

- A temperatura da neveira debe estar entre +2° e +8 °C.
- O tamaño da neveira será adecuado ás necesidades e instalarase afastada da luz solar e a 15 cm de distancia da parede.
- Non gardar vacinas nos compartimentos das portas.
- Abrir a porta só cando sexa imprescindible.
- Non gardar comida, bebida, nin outro material na neveira das vacinas.
- Se outros produtos necesitan gardarse en frío, estes deben estar identificados e colocados noutro estante.
- O termómetro debe estar situado na zona central. Rexistrarse a temperatura dúas veces ao día.
- Deben colocarse botellas de auga na parte inferior da neveira para estabilizar a temperatura.
- Se a neveira posúe conxelador, no interior do mesmo haberá criostatos ou acumuladores de frío e evitarase que se acumule xeo (non máis de 1 cm).
- As vacinas máis termosensibles deben estar colocadas nos estantes superiores.
- Utilizar neveiras portátiles con acumuladores de frío cando sexa necesario transportalas.
- Non deixar vacinas fóra da neveira. Retirar da mesma só a que se administra.
- Comprobar a data de caducidade e as condicións nas que chegan.
- Desbotar as vacinas reconstituídas se pasadas 8 horas non foron administradas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez García F. Características generales de las vacunas. Bases inmunológicas. Inmunidad colectiva y de grupo. Composición, clasificación, conservación/manipulación, seguridad, contraindicaciones, vías de administración, intervalo de separación. *Pediatr Integral*. 2015;XIX(10):666-74.
2. Streefland PH. Public doubts about vaccination safety and resistance against vaccination. *Health Policy*. 2001;55:159-72.
3. Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública. Utilización de vacina tetravírica fronte a sarampelo, rubéola, parotidite e varicela aos 3 anos de idade. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2018. Disponible en: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/4942/Vac_TETRAVIRICA_nota_informativa.pdf.
4. Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública. Nota informativa sobre a inclusión da vacina fronte ao meningococo ACWY. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2019. Disponible en: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/6294/Nota_informativa_vacina_meningococo.pdf.
5. Consellería de Sanidade. Calendario de vacunación infantil actual [Internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2020 [acceso 13 febreiro 2020]. Disponible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/Calendario-de-vacinacion-infantil-actual>.
6. Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública. Calendario acelerado de vacunación. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2019. Disponible en: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/6142/Calendario_acelerado_vacinación_xullo2019.pdf.
7. Fisterra.com [Internet]. Elsevier España; 2019. Zubizarreta Alberdi R. Calendarios acelerados [acceso 13 febreiro 2020]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/calendarios-acelerados/>.
8. Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública. Vacinación en grupos de risco de todas as idades e en determinadas situacións. Santiago de Compostela: Xunta de

Galicia; 2019. Disponible en:
https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/6140/Vacinación_en_grupos_de_risco_agosto2019.pdf.

9. Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública. Campaña de vacunación antigripal 2019. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2019. Disponible en:
https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/3293/Instruccion_Gripe_2019_castellano.pdf.

10. Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública. Nota informativa sobre a vacunación fronte ao rotavirus en prematuros. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2019. Disponible en:
https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/6253/Nota_informativa_rotavirus_prematuros.pdf.

11. Asociación Española de Pediatría (AEP), Comité asesor de vacunas. Seguridad de las vacunas. Contraindicaciones y precauciones. En: Manual de vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; 2019 [acceso 13 febreiro 2020]. Disponible en:
<http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-3>.

12. Aldaz Herce P, Morató Agustí ML, Gómez Marco JJ, Javierre Miranda AP, Martín Martín S, Moreno Millán N, et al. Prevención de las enfermedades infecciosas. Actualización PAPPS en vacunas 2018. Aten Primaria. 2018;50(1):66-82.

13. Consellería de Sanidade. Centro colaborador da OMS para a seguridade das vacinas [Internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2020 [acceso 13 febreiro 2020]. Disponible en: <https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/oms-seguridade-vacinas>.

14. Asociación Española de Pediatría (AEP), Comité asesor de vacunas. Coadministración de las vacunas entre sí y con otros productos biológicos. En: Manual de vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; 2020 [acceso 13 febreiro 2020]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-2>.

15. Forcada Segarra JA. Guía práctica de administración de vacunas para enfermería. Madrid: Undergraf; 2017. Disponible en:
http://portalcecova.es/output/files/CECOVA_GuiaVacunasEnfermeria_DEFINITIVA.pdf.

16. Consejería de Salud. Listado de verificación vacunal: los 5+2 correctos. Sevilla: Junta de Andalucía; 2011. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/opencms/.content/descargas/Calendario_vacunas/2017/checklist.pdf.
17. Grupo NIDCAP; grupo PrevInfad. Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>.
18. García Sánchez N, Merino Moína M, García Vera C, Lacarta García I, Carbonell Muñoz L, Pina Marqués B et al. Alivio del dolor y el estrés al vacunar. Síntesis de la evidencia. Recomendaciones del Comité asesor de vacunas de la AEP. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17:317-27.
19. Consellería de Sanidade. VACGAL – a app do Programa galego de vacinación [Internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2020 [acceso 13 febreiro 2020]. Disponible en: <https://www.sergas.gal/Saude-publica/VACGAL-A-app-do-PGV>.
20. Asociación Española de Pediatría (AEP), Comité asesor de vacunas. Transporte y conservación de las vacunas. En: Manual de vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; 2020 [acceso 13 febreiro 2020]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-6>.
21. Consellería de Sanidade. Cadea de frío [Internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2020 [acceso 13 febreiro 2020]. Disponible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/Cadea-de-frío?idioma=ga>.
22. González-Hachero J, Pérez-Quintero JA. Clasificación de las Vacunas. Madrid: Asociación española de vacunología; 2005. Disponible en: <https://www.vacunas.org/images/stories/recursos/profesionales/temasactuales/2005/temaEne2005.pdf>.
23. Asociación Española de Pediatría (AEP), Comité asesor de vacunas. Generalidades de las vacunas. En: Manual de vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; 2019

[acceso 13 febreiro 2020]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-1>.

24. Asociación Española de Pediatría (AEP), Comité asesor de vacunas. El acto de la vacunación: antes, durante y después. En: Manual de vacunas en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; 2020 [acceso 13 febreiro 2020]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-5>.

Outra bibliografía recomendada:

Vacunas.org [Internet]. Madrid: Asociación Española de Vacunología. Seguridad vacunal [acceso 13 febreiro 2020]. Disponible en: <https://www.vacunas.org/category/seguridad-vacunal/>.

7. Coidados da pel

Autora: Eva Santos Miranda

7.1. INTRODUCCIÓN

O coidado da pel dos nenos e nenas debe integrarse como parte da educación para a saúde desde o seu primeiro contacto co centro de saúde, contribuíndo os/as profesionais con esta actuación a manter a pel sa.

7.2. PUNTOS A DESTACAR

Os procesos patolóxicos relacionados coa pel do/da neno/a son un dos motivos principais de consulta en atención primaria, polo que un bo asesoramento por parte do/da pediatra e da enfermeira de pediatría acerca dos coidados cutáneos específicos que precisan os/as nenos/as dependendo do grupo de idade e das características individuais da pel, axudarán a diminuír a súa prevalencia.

7.3. ASPECTOS ESPECÍFICOS E RECOMENDACIÓNS

7.3.1. COIDADOS DA PEL DO NEONATO

No coidado da pel son aspectos importantes a integridade da pel, a hixiene, o control da temperatura e o uso adecuado de antisépticos e emolientes¹.

Recomendacións:

- Non iniciar ata que a temperatura corporal se estabilice.

- Utilizar xabóns neutros ou discretamente ácidos e non perfumados. Non é preciso o baño ou a ducha diarios, menos as zonas anoxenitais, axilas e inguas, mans, secrecións orais e nasais, que se asearán tantas veces como sexa necesario.
- Baño con auga morna, mellor que ducha.
- Utilizar emolientes sen perfumes, colorantes e conservantes.
- Evitar altas temperaturas.
- Evitar a exposición ultravioleta (UV) excesiva.
- Utilizar vestidos soltos e de algodón, evitando prendas de la en contacto directo coa pel.

Coidados do embigo: a colonización bacteriana umbilical relacionouse con onfalite, sepsis e outras infeccións, polo que é necesario un bo coidado do embigo². O uso de antisépticos no coidado do cordón umbilical demostrouse beneficioso en países en vías de desenvolvemento, para diminuír a onfalite e a mortalidade neonatal asociada a ela. Non obstante, en países desenvolvidos, a Organización Mundial da Saúde (OMS) recomenda actualmente a cura seca, onde se utiliza só auga e xabón^{3,4}.

7.3.2. DERMATITE ATÓPICA

A dermatite atópica é tan frecuente (20 % dos/das nenos/as) que está xustificadamente mencionada ao falar dos coidados da pel. Aparece durante o primeiro ano de vida do/da neno/a, remitindo xeralmente coa idade. O seu diagnóstico é puramente clínico, aínda que se debe valorar tamén o tempo de evolución, os antecedentes familiares e persoais e a presenza de prurito⁵.

Os coidados da pel no/na paciente atópico/a son fundamentais para o control dos brotes e mellorar a repercusión sobre a súa calidade de vida. En xeral, os brotes teñen unha marcada influencia estacional e ambiental, mellorando en verán pola maior exposición solar e empeorando en inverno⁶.

O tratamento baséase en consellos, hidratación da pel e tratamento dos brotes agudos.

CONSELLOS	HIDRATACIÓN DA PEL
<ul style="list-style-type: none"> • Baños curtos, evitando a auga moi quente (ideal a 33 °C)⁶. • Utilizar xabóns sen deterxentes para o baño, sen perfumes e que teñan aceites. Secar con toallas de algodón suavemente, sen fregar, deixando a pel seca⁷. • Vestir roupa de algodón, lavándoa con deterxentes suaves e evitando lixivias. • Airear a casa, pasando a aspiradora e evitando os peluches. • Evitar a piscina no momento do brote. • Os baños con auga de mar adoitan ser beneficiosos⁶. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hidratar a pel todos os días con emolientes. Os emolientes aportan lípidos estruturais e forman unha capa protectora que retén auga, polo que se mellora a integridade da capa lipídica da pel e diminúe a perda de auga. • Aínda que a aplicación de emolientes non mellora de forma directa a dermatite, axudan a mellorar o aspecto da pel atópica e proporcionan sensación de benestar ao reducir o prurito⁷.

Así mesmo, cómpre aconsellar e apoiar aos pais e nais do/da neno/a e desdramatizarlles a enfermidade.

7.3.3. DERMATITE DE CUEIRO

Estímase que entre un 7 e un 35 % dos/das nenos/as teñen esta dermatite nalgún momento da súa lactación, coa máxima prevalencia entre os 6 e os 12 meses de idade⁸. Está relacionada coa humidade, a irritación producida polas feces e ouriños, a maceración e colonización microbiana, sobre todo por *Candida albicans*¹.

Recomendacións:

- Limpeza da zona con xabón suave neutro ou lixeiramente ácido e sen perfumes, seguido de secado exhaustivo da zona.
- Cueiros desbotables extra-absorbentes.
- Cambios frecuentes de cueiros, e en nenos/as con dermatites de cueiro frecuentes, mantelos unhas horas ao día sen cueiros se é posible.
- Utilizar pastas con óxido de zinc para manter a pel seca.

7.3.4. PREVENCIÓN DO CANCRO DE PEL E CONSELLO DE PROTECCIÓN SOLAR

É necesario dar consello sobre prevención da exposición solar excesiva, especialmente en lactantes e nenos/as pequenos/as, xa que a pel dos/das nenos/as menores de 2 anos ten trazos anatómicos e funcionais que a fan máis susceptible aos danos da radiación ultravioleta (UV)⁹.

Son ben coñecidos os efectos adversos da radiación solar tanto a curto -eritema e inmunosupresión- como a longo prazo -fotocarcinóxese e dano actínico-. Todo isto xustifica a implementación de campañas de prevención primaria que eduquen aos nenos e nenas en hábitos fotoprotectores¹⁰.

Recomendacións:

- Non expoñer directamente ao sol a nenos/as menores de 6 meses, e no caso de que non se poida evitar, protexer con gorro, camiseta e gafas⁹. En maiores de 6 meses, ter en conta as consideracións do [Anexo 7.1](#).
- Evitar o sol entre as 12 e as 16 horas¹¹.
- Os fotoprotectores deben protexer fronte a radiación UVA e UVB, non conter filtros químicos e ser resistentes á auga.
- Aplicar o fotoprotector antes da exposición en cantidade e distribución adecuadas. Non deixar zonas sen protexer.
- Reaplicar tras o baño ou suor, ou cada 2 horas⁹.

ANEXOS

ANEXO 7.1. RECOMENDACIÓNS DE FOTOPROTECCIÓN EN FUNCIÓN DO TIPO DE PEL

Tipo de pel	Características	Tipo de prevención
I	Pel moi branca. Quémase sempre e non se broncea nunca.	Evitar a exposición nas horas centrais do día e protexer con pantalóns longos, manga larga e sombreiro. Fotoprotector resistente á auga factor 15 ou superior, diariamente en verán e tamén en caso de exposición.
II	Pel branca. Quémase sempre e broncease pouco.	Minimizar a exposición solar ao mediodía. Roupa protectora e factor fotoprotector 15 ou máis se hai exposición.
III	Pel marrón clara. Ás veces quémase e sempre se broncea.	Exposición intensa: igual que o tipo II. Exposición moderada: fotoprotector factor 10-15.
IV - V	Pel marrón. Non adoita queimarse	Se exposición intensa: fotoprotector factor 10-15.
V	Pel marrón escura. Moi rara vez se queima.	Non precisa protección habitualmente.
VI	Pel marrón moi escura ou negra. Nunca se queima.	Non necesita protección.
Situacións especiais		
Xeroderma pigmentoso*		Evitación estrita de luz UV. Sempre roupa larga e gorro. Uso habitual de factor fotoprotector 15 ou superior.
SFNAM**		Como a pel tipo I.
Nevos atípicos		Como a pel tipo II.
Albinismo		Como a pel tipo I, estrito.

* Nevos melanocíticos moi abundantes con múltiples nevos atípicos.

** Síndrome familiar de nevos atípicos e melanoma (dous ou máis parentes de primeiro grao).

Fonte¹²: Merino M; Grupo PrevInfad. Prevención del cáncer de piel y consejo de protección solar. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [Internet]; 2009 [acceso 13 febreiro 2020]. Disponible en: <http://previnfad.aepap.org/monografia/proteccion-solar>.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salcedo-Abizanda S, Ribes-Bautista C, Moraga-Llop FA. Recién nacido: cuidado de la piel. En: Moraga Llop FA, coordinador. Protocolos de Dermatología. 2º ed. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2007. p. 305-8. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recien_nacido.pdf.
2. Sánchez MI, López M, Mata MJ. Prevención y detección precoz de la onfalitis en la visita puerperal precoz de la onfalitis. Nurs. (Ed española). 2015;32(6):60-4.
3. Gras-Le Guen C, Caile A, Launay E, Boscher C, Godon N, Savagner C, et al. Dry care versus antiseptics for umbilical cord care: a cluster randomized trial. Pediatrics. 2017;139(1):e20161857.
4. Díaz Gutiérrez MJ. Cuidados del cordón umbilical en el recién nacido: revisión de la evidencia científica. Ars Pharm. 2016;57(1):5-10.
5. De Lucas Laguna R, Sendagorta Cudós E. No todo es dermatitis atópica. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11(15):15-30.
6. Escribano Ceruelo E, Duelo Marcos M. Consejos y recomendaciones generales para el paciente atópico. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11(15):101-8.
7. Sendagorta Cudós E, de Lucas Laguna R. Tratamiento de la dermatitis atópica. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11(15):49-67.
8. Zambrano Pérez E, Torrelo Fernández A, Zambrano Zambrano A. Dermatitis del pañal. En: Moraga Llop FA, coordinador. Protocolos de Dermatología. 2º ed. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2007. p. 137-40. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/dermatitis-panal.pdf>.
9. De la Torre Iglesias P, Álvarez Álvarez C. Consejo farmacéutico en dermoprotección solar infantil. Farmacéuticos comunitarios. 2010;2(2):67-73.
10. Saéz-de Ocariz M, Orozco-Covarrubias ML. Protección solar en el paciente pediátrico. Acta Pediatr Mex. 2015;36:364-8.

11. Gilaberte Y, Carrascosa JM. Realidades y retos de la foto-protección en la infancia. *Actas Dermosifiliogr.* 2014;105:253-62.
12. Merino M; Grupo PrevInfad. Prevención del cáncer de piel y consejo de protección solar. En: *Recomendaciones PrevInfad/PAPPS* [Internet]; 2009 [acceso 13 febreiro 2020]. Disponible en: <http://previnfad.aepap.org/monografia/proteccion-solar>.

8. Prevención de accidentes infantís

Autora: Aránzazu Otero Vidal

8.1. INTRODUCCIÓN

Os accidentes, como problema de saúde pública na infancia, considéranse unha das epidemias deste século. As lesións non intencionadas ocasionan a perda de vidas humanas, anos potenciais de vida perdidos, sufrimentos físicos, psíquicos e incapacidades, sen esquecer a gran repercusión económica que supoñen^{1,2,3}.

Neste capítulo falarase por igual de “accidentes” que de “lesións non intencionadas”, termo que recomenda a Organización Mundial da Saúde (OMS) para concienciar sobre prevención destas accións, xa que a maioría poderían evitarse^{3,4,5,6}.

Nos últimos anos, tras a implantación de medidas preventivas, diminuíu a mortalidade por lesións non intencionadas a nivel mundial, pero continúan sendo a primeira causa de morte na infancia entre 1 e 14 anos de idade na Unión Europea^{2,3,4,6}.

O *Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños*, realizado pola OMS e UNICEF en 2008⁷, constitúe a primeira avaliación mundial integral das lesións non intencionadas nos nenos e nenas, e inclúe medidas para previlas. Conclúe que, adoptando medidas preventivas de eficacia demostrada, poderíase salvar a vida de case mil nenos/as ao día⁴.

Polo tanto, hoxe en día, a prevención constitúe a medida máis eficaz para evitar a morbimortalidade producida polas lesións non intencionadas. Por iso, a divulgación é tan importante ou máis que o propio tratamento das mesmas^{1,3,6}.

Téñense identificado como factores de risco de maior accidentalidade infantil e de menor receptividade aos consellos preventivos: a idade dos proxenitores maior de 30 anos, o seu baixo nivel cultural, un ambiente socioeconómico desfavorable, residencia en medio rural, nenos/as con discapacidade física ou mental, déficit de atención ou pouca madurez afectiva. Así mesmo, son máis frecuentes en nenos que en nenas^{3,5,8}.

As principais causas que producen mortes por lesións non intencionadas na infancia son os accidentes de tráfico, afogamentos, intoxicacións, queimaduras e caídas.

As lesións non intencionadas son un motivo de consulta frecuente nos servizos de urxencias pediátricas de España, evidenciándose os traumatismos como a consulta máis habitual^{1,6,9}.

8.2. PREVENCIÓN

A prevención de accidentes susténtase en tres alicerces básicos: medidas técnicas de seguridade, lexislación e educación. A educación é a medida que máis contribuíu a crear condutas saudables e consecuentemente a reducir a incidencia de lesións non intencionadas na infancia^{4,5,8,10,11}. Polo tanto, o papel do equipo pediátrico de atención primaria (AP) é de vital importancia. De acordo coas actividades recomendadas nos controis de saúde os/as enfermeiros/as deberán explicar as recomendacións sobre prevención de accidentes infantís segundo a idade do neno/a, tanto aos proxenitores como aos seus fillos e fillas, facéndolles tamén partícipes do coñecemento do medio e dos riscos que lles rodean^{2,5,8}.

8.2.1. ASPECTOS PREVENTIVOS ESPECÍFICOS SEGUNDO O MECANISMO DE LESIÓN

8.2.1.1. CAÍDAS ACCIDENTAIS

Son os accidentes máis frecuentes na infancia. Como en outros tipos de lesións, ocorren máis en nenos que en nenas. Pódense dar en todas as idades pero son máis frecuentes entre os rapaces pequenos e os varóns adolescentes. A idade é o factor que modifica a causa da caída, xa que os máis cativos caen do cambiador, dos brazos do/da coidador/a, polas escaleiras, etc. Entre 2 e 6 anos caen con máis probabilidade de fiestras, balcóns, mobles, equipamento de xogo e, os adolescentes, caen nas instalacións deportivas e de alturas considerables como tellados ou muros^{1,5}.

Recomendacións:

- **Andador:** non recomendado. Nalgúns países está prohibida a súa comercialización. Os riscos derivados do seu uso son innumerables, ademais de que non facilita que o/a neno/a aprenda a camiñar^{1,2,5,8,12,13,14}.
- **Escaleiras:** instalar barreiras protectoras de barrotes verticais no inicio e no final para nenos/as menores de 24 meses. Por enriba desta idade perden a súa eficacia^{1,2,12,13,14}.
- **Cambiadores:** durante seu uso, non deben apartarse as mans do bebé en ningún momento. Se a persoa ao seu coidado ten que desprazarse, non deberá deixar ao bebé só no cambiador, debe levalo consigo^{1,2,12}.
- **Trona:** debe ser homologada. Recoméndase que a trona sexa de base ancha e pesada para maior estabilidade. Débense atar as cinchas de seguridade da trona para que o/a neno/a non escorregue. Evitar o seu uso en nenos/as maiores que poidan colgarse da trona ou facela volcar^{1,12}.
- **Fiestras:** evitar o acceso dos/das nenos/as a fiestras abertas. Recoméndase instalar dispositivos de seguridade que impidan a abertura completa da fiestra^{1,2,14}.

- **Mobles:** evitar que os/as nenos/as gabeen aos mobles e fixar estes na parede, para evitar que venzan se o neno ou nena consegue subir. Utilizar topes/protectores para os mobles con esquinas^{1,2}.
- **Equipamentos deportivos:** recoméndase o uso de sistemas de protección (casco, xeonlleiras...) e calzado adecuado^{1,2,5}.
- **Berce:** debe ser homologado e cumprir os requisitos de seguridade, o espazo entre barrotes non pode ser maior de 6 cm de ancho. Cando o raíl lle chegue á altura do peito, cambiar o berce por unha cama. Recoméndase o uso de protectores para evitar traumatismos^{2,12}.
- **Carro de paseo:** debe ser homologado. Recoméndase atar as cinchas de seguridade sempre. Non sobrecargar o carro. Non deixar só ao neno/a no carriño¹².

8.2.1.2. QUEIMADURAS

Son máis frecuentes entre os 2 e os 12 anos de idade. O mecanismo máis frecuente é a queimadura por contacto, polo tanto, son os accidentes típicos da cociña e do baño^{1,5}.

Recomendacións:

- Impedir da mellor maneira posible que os/as nenos/as entren na cociña mentres se está a cociñar^{1,2,12}.
- Evitar deixar tixolas ao seu alcance e cociñar nos fogóns do fondo.
- Procurar que os manteis non sobresaian da mesa^{1,2}.
- Controlar a temperatura do baño, afastar os obxectos eléctricos da bañeira e nunca deixalo/a só/a^{1,2}.
- Todos os domicilios deben dispoñer de interruptor diferencial. Os enchufes deben ter toma de terra e estar protexidos. Evitar o uso de alargadeiras^{1,2,5,12}.
- Extremar as precaucións no caso de ter chemineas, estufas de leña ou eléctricas².

- Manter os fósforos, cigarros, chisqueiros, e demais instrumentos ou líquidos inflamables fóra do alcance dos/das nenos/as^{1,2}.
- Pode ser de utilidade instalar un detector de fume^{1,13,14}.

8.2.1.3. AFOGAMENTOS

Son unha das 10 principais causas de morte en persoas de 1 a 24 anos en todas as rexións do mundo. Os varóns afoğan de 2 a 3 veces máis que as mulleres¹. O risco tamén dependerá da idade xa que, os bebés son incapaces de defenderse, afogando en poucos centímetros de auga. Os preescolares non obstante, teñen maior risco que os anteriores, porque ao ser máis independentes, poderían escapar da supervisión da persoa ao seu coidado. Os/as adolescentes, ao estar menos vixiados/as e ser máis propensos/as a participar en condutas de risco tamén teñen maior risco de afozamento^{1,2}.

Recomendacións:

- Supervisar e vixiar ao neno ou nena que estea preto dun medio acuático. Recoméndase que o/a neno/a estea sempre ao alcance do/da coidador/a^{1,2,13,15}.
- Non deixar só/a ao neno/a na bañeira, aínda que só sexan uns segundos^{1,2,15}.
- Visitar piscinas ou praias con socorrista^{1,13,14,15}. Evitar ríos, lagos ou pantanos para bañarse, xa que poden ter correntes internas¹.
- As cubertas das piscinas deben ser firmes, cubrir toda a anchura e lonxitude para evitar que os/as nenos/as poidan atravesala ou meterse polos bordos e quedar atrapados/as debaixo da lona^{1,15}.
- Usar chaleco salvavidas sempre que se practique algún deporte acuático^{1,14,15}.
- As clases de natación poden diminuír o número de afozamentos en nenos/as¹⁴. É recomendable que aprendan a nadar, sobre todo a partir dos 4 anos^{1,2,13,15}.

8.2.1.4. INTOXICACIÓNS

Máis do 90 % das intoxicacións non intencionadas ocorren no fogar, incluso en presenza do persoal coidador, sen esquecer outros espazos onde os/as rapaces/zas pasan moito

tempo como a escola, as casas dos avós, etc. A maior parte das intoxicacións prodúcense con produtos do fogar e medicamentos^{1,5,13}. Constitúen a quinta causa de morte por lesión non intencionada e aínda que vai en descenso, as consultas en urxencias por este motivo non descendem¹.

Recomendacións:

- Coñecer o número de teléfono do Instituto Nacional de Toxicoloxía: 915 62 04 20, Madrid^{1,2,5,8}.
- Educar aos nenos e nenas sobre o perigo destes produtos.
- Almacenar os produtos de limpeza, medicamentos, pinturas, verniz, praguicidas, etc., no seu envase orixinal e fóra do alcance dos/das nenos/as^{1,2,5,13,14}. Non utilizar envases ou recipientes sen identificación ou que poidan confundirse con alimentos ou bebidas¹.
- Comprar produtos de uso doméstico e medicacións con peche de seguridade^{1,13}.
- Non referirse aos medicamentos como “doce” u outro nome atractivo. Asegurarse da dose apropiada utilizando o dosificador que ven co fármaco. Evitar tomar medicamentos en presenza dos nenos/as, porque favorece as condutas de imitación¹.
- Informar sobre as recomendacións e contraindicacións en caso de intoxicación⁵.

8.2.1.5. MORDEDURAS DE ANIMAIS

No noso medio, o animal agresor máis frecuente é o can, seguido do gato. Xeralmente son animais do contorno do/da neno/a; a propia mascota ou da veciñanza^{1,5}.

A complicación máis frecuente da mordedura é a infección. As zonas máis comúns nos máis cativos son na cabeza, cara e pescozo, mentres que nos máis maiores son as extremidades^{1,5}.

Recomendacións:

- Educar aos/ás nenos/as sobre o comportamento dos animais, axudarlles a entendelos e non incomodalos. Non acariciar a un can que non se coñece¹.
- Recoméndase adquirir a mascota cando é un cachorro para que aprenda a socializar cos nenos e nenas desde o inicio¹.
- A mascota debe ter a súa vacinación ao día. Recoméndase adestrala^{1,5}.
- Nos espazos públicos ou cando hai nenos/as xogando, manter a mascota atada e/ou con bozo^{1,5}.
- No caso de mordedura, lavar a ferida con auga e xabón, deter a hemorraxia, cubrir a ferida cun apósito estéril e trasladar o/a neno/a ao centro sanitario¹.

8.2.1.6. ATRAGOAMENTO E ASFIXIA

A idade máis frecuente de presentación é nos/nas menores de 5 anos, aínda que pode suceder en calquera idade. A causa é a aspiración dun corpo extraño^{1,2,5}.

Hai moitos tipos de corpos extraños, os máis habituais son alimentos como sementes ou froitos secos. Tamén son moi habituais atragoamentos con xoguetes pequenos (bolas, moedas, pilas de botón^{1,5,13}), xoias (colgantes, pulseiras, pendentes), etc.

O risco é diferente dependendo do obxecto ingerido; as sementes poden aumentar o seu tamaño e producir obstrución, mentres que as pilas poden danar a mucosa nasal. Existe máis risco se o obxecto se despraza cara as vías respiratorias baixas e chega ao pulmón¹.

Recomendacións:

- Manter os obxectos pequenos fóra do alcance dos/das nenos/as^{1,2,5}.
- Non ter xoguetes ou obxectos pequenos ao alcance de menores de 3 anos. Non permitir que xoguen con globos nin bolsas de plástico^{1,2,5}.
- Educar aos/ás nenos/as a non colocar obxectos extraños nos orificios corporais^{1,5}.

- Ensinar aos proxenitores e persoal coidador, a actuación en caso de atragoamento^{1,2,5}.
- Ensinar aos/ás nenos/as a mastigar ben os alimentos, non permitir que coman recostados ou correndo. Evitar os froitos secos en menores de 5 anos^{1,2,5}.
- Utilizar berces adecuados, con colchón de superficie ríxida, sen almofada nin elementos acolchados^{2,5}.

8.2.1.7. ACCIDENTES DE TRÁFICO

Na Unión Europea, o 34 % de mortes por accidentes débense a accidentes de tráfico. Estes inclúen a peóns, ciclistas e pasaxeiros de vehículos motorizados¹³.

Son o resultado de múltiples factores: factor humano, estado da calzada, estado do vehículo, sinalización, normativa, etc.¹; e supoñen a causa máis frecuente de ingreso hospitalario no conxunto de todos os accidentes, destacando o incremento da incidencia de accidentes por bicicleta⁵.

Xa que as causas son múltiples, a prevención tamén debe selo, e inclúe: concienciar aos/ás pais/nais na condución responsable, a labor das autoridades no mantemento das estradas e sinalización, o cumprimento da normativa viaria, o uso dos sistemas de seguridade, etc^{1,13,14}.

Recomendacións para o automóbil:

Usar un sistema de retención infantil (SRI) reduce un 75 % as mortes e un 90 % as lesións^{2,13,14,16} ([Anexo 8.1](#)).

- Os/as menores con altura igual ou menor a 135 cm teñen a obriga de utilizar sempre un SRI homologado e adaptado a súa estatura e peso^{1,2,5,16}.
- Os/as nenos/as que miden máis de 135 cm utilizarán sempre o cinto de seguridade^{1,2,14,16}.
- Utilizar os SRI en todos os desprazamentos e de maneira correcta, asegurarse que van ben anclados¹⁶. Recoméndase colocalos no asento traseiro, en sentido contrario á marcha o maior tempo posible^{2,13,16}.

- Levar aos/ás nenos/as nos asentos traseiros. Se van no asento do copiloto desactivar o *airbag*^{1,2,13,16}.
- Os/as nenos/as deben descender do vehículo polo lado máis lonxe da circulación^{1,2}.
- Ensinar aos nenos e nenas as normas básicas de educación viaria desde pequenos/as^{1,2,14}.
- Educar aos nenos/as para non subirse nun vehículo se o/a condutor/a está baixo os efectos de substancias psicoactivas (alcohol, cánnabis...) e a non ir de paquete nun ciclomotor^{1,2}.
- Recomendar aos proxenitores non conducir cansados ou con sono, gardar a distancia de seguridade, non conducir baixo os efectos de substancias psicoactivas, evitar distraccións ao volante como o uso do teléfono móbil, etc¹.

Recomendacións para a bicicleta:

A principal causa de morte, hospitalización e invalidez polo ciclismo é o traumatismo cranioencefálico. O uso de casco cando se circula en bicicleta, correctamente fixado, reduce o risco de lesión cranial e cerebral entre un 63 % e un 88 %^{5,13,14,17,18}. Polo tanto, débese recomendar o seu uso na práctica de calquera deporte (monopatíns, esquís, patinetes, etc.)².

- O uso de casco é obrigatorio nos/nas menores de 16 anos^{1,2,5,13,19}. Recoméndase o uso dun casco homologado².
- Educar nun uso responsable da bicicleta: coñecer as normas de circulación, non facer competicións, moderar a velocidade nos cruces, evitar conducir baixo os efectos de substancias psicoactivas (alcohol, cánnabis...) ou outros tóxicos, non circular con auriculares, levar luces diúrnas e pezas ou roupa reflectora, etc^{1,14,19}.
- Circular polas zonas habilitadas para as bicicletas^{5,18}.
- Manter a bicicleta en bo estado^{1,5}.

Recomendacións para peóns:

- A prevención radica na educación viaria^{1,2,5}:
 - Cruzar polo paso de peóns cando os vehículos se deteñan por completo e o semáforo o indique.
 - É mellor andar que correr, cerca dos cruces minorar a velocidade.
 - Evitar levar cascos de música, aínda que sexa co volume baixo, para que poidan escoitar as sinais acústicas dos vehículos.
 - Os/as rapaces/zas menores de 9 anos deben ir da man dun adulto. Recoméndase que os nenos/as camiñen pola zona máis lonxe da estrada.
 - Respetar as sinais de tráfico para peóns.

8.3. CONCLUSIÓN

A atención da saúde infantil experimentou unha mellora evidente nas últimas décadas a carón dos avances tecnolóxicos, o labor de investigación, a calidade dos coidados, a relevancia das actividades de promoción da saúde e da prevención das enfermidades, tamén influenciada pola mellora da situación económica dos países desenvolvidos²⁰.

Aínda así, a sociedade actual presenta novos retos derivados de situacións e enfermidades emerxentes do noso medio, entre eles os accidentes infantís^{1,2,3,20}.

É a nosa responsabilidade utilizar os recursos do noso medio para afrontar os novos retos. O equipo pediátrico de AP ten a capacidade e a formación especializada na materia, para fomentar condutas responsables nos/nas nenos/as e familias co fin de prever os riscos asociados aos accidentes infantís²⁰.

Educación sanitaria para a prevención de lesións non intencionadas:

Os controis de saúde proporcionan unha oportunidade para a promoción da saúde. Os/as enfermeiros/as deberán aproveitar a consulta para explicar aos pais, nais e rapaces/zas

as recomendacións de prevención de accidentes infantís, adecuándose á idade do/da neno/a^{2,5}.

En todo caso, non se trata de sobreprotexer o/a neno/a, nin atemorizar aos pais e nais no seu coidado, senón de axudarlles a coñecer os riscos evitables e resolver as inquietudes, co obxectivo de evitar as lesións non intencionadas e a morbilidad a longo prazo^{2,5}.

O ideal é un equilibrio entre a protección do/da menor e a súa autonomía, permitíndolle acadar condutas responsables¹.

A continuación amósase un resumo dos consellos importantes segundo a idade^{2,5,8}.

Táboa 8.1. Consellos para a prevención de lesións non intencionadas.

Idade	Consellos
0 – 2 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridade no automóbil (SRI homologado). • Berce homologado, colchón duro, sen almofadas. • Nunca deixar só ao bebe nun sitio alto (cambiador, cama...). • Nunca deixalo/a só/a na bañeira. • Prevención de queimaduras. • Prevención de aspiración dun corpo estraño (fritos secos, xoguetes...). • Correcto almacenamento de produtos de limpeza. • Protección de elementos perigosos no fogar: escaleiras, fiestras, cambiador, enchufes, etc. • Non utilizar andador. • Coñecer o teléfono de Toxicoloxía (915 62 04 20).
> 2 - 6 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridade no automóbil e inicio da educación viaria. • Correcto almacenamento de produtos do fogar. • Prevención de queimaduras. • Prevención de aspiración dun corpo estraño (fritos secos, xoguetes...). • Protección de elementos perigosos no fogar: escaleiras, fiestras, cambiador, enchufes, etc. • Seguridade en bicicleta, monopatín (uso obrigatorio de casco). • Seguridade nas piscinas, aprender a nadar. • Coñecer o teléfono de Toxicoloxía (915 62 04 20).
> 6 – 11 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridade no automóbil, bicicleta, ciclomotor, etc. Educación viaria. • Seguridade nas piscinas. • Prevención de queimaduras. • Prevención de aspiración dun corpo estraño, educación. • Protección de elementos perigosos no fogar; enchufes, ventás, etc. • Coñecer o teléfono de Toxicoloxía (915 62 04 20).
Maiores de 11 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridade no automóbil, bicicleta, ciclomotor, etc. Educación viaria. • Seguridade nas piscinas. • Prevención das intoxicacións (substancias psicoactivas: tabaco, alcohol, cánnabis...). Teléfono de toxicoloxía (915 62 04 20). • Prevención en deportes de risco.

ANEXOS

ANEXO 8.1. SISTEMAS DE RETENCIÓN INFANTIL


Na actualidade coexisten dúas normativas: ECER44/04 e i-Size. As dúas están vixentes e se complementan. Todos os sistemas de retención infantís deben levar unha etiqueta na que sinale cal das normativas segue, demostrando estar homologada^{1,2,16}.

Á hora de elixir un SRI débese ter en conta o peso e o talle do/da neno/a xa que segundo vaian medrando irán cambiando de dispositivo^{1,2,5,16}.

Os SRI instalaranse sempre de acordo coas instrucións do fabricante. Hai dous tipos de sistema de fixación: co propio cinto de seguridade ou co sistema ISOFIX. Antes de adquirir un SRI, débese comprobar que sexa axeitado para o vehículo^{1,16}.

Táboa 8.2. Tipos de sistemas de retención infantil

GRUPO	PESO (Criterio clave)	IDADE APROXIMADA (Non debe usarse para elixir o tipo de dispositivo)
GRUPO 0	ATA 10 kg	Ata aprox. 9 meses
GRUPO 0+	ATA 13 kg	Ata aprox. 15 meses
GRUPO I	DE 9-18 kg	Desde 8 meses a 3-4 anos
GRUPO II	DE 15-25 kg	Aprox. de 3 a 7 anos
GRUPO III	DE 22-36 kg	Aprox. de 6 a 12 anos



GRUPO 0 GRUPO 0+ GRUPO I GRUPO II GRUPO III

Fonte¹: Azkunaga B, Benítez T, Carazo E, Domenech A, Esparza MJ, Gaitero J, et al. Guía para padres sobre la prevención de lesiones no intencionadas en la edad infantil. Madrid: Asociación Española de Pediatría; Fundación MAPFRE; 2016. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/guia-padres-prevencion-lesiones-no-intencionadas.pdf>.

BIBLIOGRAFÍA

1. Azkunaga B, Benítez T, Carazo E, Domenech A, Esparza MJ, Gaitero J, et al. Guía para padres sobre la prevención de lesiones no intencionada en la edad infantil. Madrid: Asociación Española de Pediatría; Fundación MAPFRE; 2016. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/guia-padres-prevencion-lesiones-no-intencionadas.pdf>.
2. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Programa de salud infantil (PSI). Madrid: Exlibris Ediciones; 2009. Disponible en: <https://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil>.
3. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Instituto Nacional de Consumo. Programa de prevención de lesiones: detección de accidentes domésticos y de ocio 2011. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/consumo/estudios/informe_DADO_2011_2012.pdf.
4. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2012. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77762/?sequence=1>.
5. Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde, División de Asistencia Sanitaria. Actividades preventivas en pediatría: Guía de apoio para o programa do neno san. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2004. Disponible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/publicaciones/detallepublicacion.aspx?idpaxina=40113&idcatalogo=1160>.
6. Arribas Sánchez C, Bardón Canchoa EJ, Rivas García A, Mintegib S, Marañón Pardillo R. Consultas relacionadas con lesiones no intencionadas en urgencias en España: serie de casos. An Pediatr (Barc). 2018;89(6):333-43.
7. Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Rahman AKMF et al., editores. World report on child injury prevention. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2008. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310641/>.

8. Esparza Olcina MJ. Prevención de lesiones infantiles por accidente doméstico. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [Internet]; 2011 [acceso 13 febreiro 2020]. Disponible en: <http://previnfad.aepap.org/monografia/accidentes-domesticos>.
9. Sethi D, Towner E, Vincent J, Segui-Gomez M, Racioppi F. European report on child injury prevention. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2008. Disponible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/European_report.pdf.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional del Consumo. Programa de prevención de lesiones: red de atención de accidentes domésticos y de ocio. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004. Disponible en: https://www.diba.cat/c/document_library/get_file?uuid=ccd1d7c9-e025-4369-9741-d61061435edf&groupId=7294824.
11. Ruiz Benítez B, Soriano M, Cabrera León A. Prevención de la accidentalidad infantil en Andalucía: aprender a crecer con seguridad. An Pediatr (Barc). 2010;73(5):249-56.
12. Sengölge M, Vincent J. Child safety product guide: potentially dangerous products. 2º ed. Birmingham: Alianza Europea para la Seguridad Infantil, Eurosafe; 2013. Traducción española: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Guía de seguridad de productos infantiles. Madrid; 2014. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/docs/GuiaSeguridad_ProductosInfantiles.pdf.
13. European Child Safety Alliance. Prioridades para la seguridad infantil en la Unión Europea. Plan de Acción. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica; 2005. Disponible en: <https://www.childsafetyeurope.org/publications/info/priorities-child-safety-es.pdf>.
14. MacKay M, Vincent J, Brussoni M, Towner L. Child safety, good practice guide: good investments in unintentional child injury prevention and safety promotion. Amsterdam: European Child Safety Alliance, Eurosafe; 2006. Traducción al español: Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de buenas prácticas en seguridad infantil: buenas inversiones

en la prevención de las lesiones infantiles involuntarias y promoción de la seguridad infantil. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/docs/guiaBuenasPracticas.pdf>.

15. Rubio B, Yagüe F, Benítez MT, Esparza MJ, González JC, Sánchez F, et al. Recomendaciones sobre la prevención de ahogamientos. An Pediatr (Barc). 2015;82(1):43.e1-43.e5.

16. Dirección General de Tráfico, Ministerio del Interior. Siempre seguros, siempre protegidos, siempre en su sillita. Madrid: Dirección General de Tráfico; 2015 . Disponible en: <http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/educacion-vial/recursos-didacticos/infancia/2015/Sistemas-de-Retencion-Infantil-DGT.pdf> .

17. American Academy of Pediatrics, Committee on Injury and Poison Prevention. Bicycle helmets. Pediatrics. 2001;108:1030-2.

18. González Pacheco E, Marañón Pardillo R, Storch de Gracia Calvo P, Campos Calleja C, Mojica Muñoz E, Rodríguez Saez MJ, et al. Accidentes de bicicleta atendidos en los Servicios de urgencias. Estudio multicéntrico. An Pediatr (Barc). 2014;80(4):242-8.

19. Real Decreto Legislativo 6/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial. Boletín Oficial del Estado núm. 261, de 31 de octubre de 2015.

20. Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica. Boletín Oficial del Estado núm. 157, de 29 de junio de 2010.

9. Cribado neonatal

Autores: Aránzazu Otero Vidal e Ramón Vizoso Villares

Cribado de hipoacusia

9.1. INTRODUCCIÓN

A hipoacusia é a diminución da percepción auditiva. En función da súa idade de comezo e da súa intensidade pode chegar a ter importantes consecuencias no desenvolvemento da linguaxe e do intelecto do/da neno/a. O diagnóstico precoz e o tratamento poden cambiar o prognóstico. O sistema sanitario en xeral, e a atención primaria (AP) en particular, teñen unha gran responsabilidade á hora de detectar a perda auditiva durante a infancia. Dado que a media de idade ao diagnóstico previa á implantación dos programas de cribado neonatal superaba os dous anos, no ano 2002 iniciouse na Comunidade Autónoma de Galicia o “Programa galego para a detección da xordeira en período neonatal”, baseado no cribado universal. O seu obxectivo último é o incremento máximo das aptitudes lingüísticas e de comunicación, e o desenvolvemento da capacidade de lectura e de escritura dos/das nenos/as que padecen unha hipoacusia importante ou son xordos¹.

Sempre é importante lembrar:

- A clasificación das hipoacusias ([Anexo 9.1](#)).
- As principais causas de xordeira infantil ([Anexo 9.2](#)).
- Os criterios de desenvolvemento normal, establecidos no Programa de Actividades Preventivas e de Promoción da Saúde (PAPPS). ([Anexo 9.3](#)³).

9.2. PUNTOS A DESTACAR

9.2.1. MAGNITUDE DO PROBLEMA

Segundo datos da *Comisión para la detección precoz de la hipoacusia infantil* (CODEPEH 2000):

- Cinco de cada mil recentemente nados/as sofren unha xordeira de diferente grao, o que en España supón a cifra de 1.890 nenos/ano.
- Máis do 90 % dos/das nenos/as xordos/as nacen no seo de familias cuxos pais son oíntes.
- O 40 % da poboación infantil cunha xordeira grave e profunda será candidata a implante coclear.
- O 80 % da xordeira infantil permanente está presente no momento do parto.
- O 60 % da xordeira infantil ten orixe xenética.
- Só no 50 % dos/das recentemente nados/as con xordeira identifícanse indicadores de risco⁴.

9.3. ASPECTOS ESPECÍFICOS

9.3.1. CRIBADO UNIVERSAL

9.3.1.1. PROGRAMA GALEGO PARA A DETECCIÓN DA XORDEIRA EN PERÍODO NEONATAL (PGDXPN)

Co fin de abordar a detección precoz da hipoacusia infantil, a Dirección Xeral de Saúde Pública da Consellería de Sanidade iniciou no ano 2002 este programa, que ten como obxectivo mellorar a capacidade de comunicación (linguaxe receptiva e expresiva) dos nenos e nenas nados con hipoacusia moderada, severa ou profunda para equiparala aos normoíntes.

9.3.1.2. PROBA DE CRIBADO⁵

A proba escollida, potenciais evocados auditivos de tronco cerebral automatizados (PEATC-A), busca a existencia de resposta eléctrica cerebral a estímulos sonoros. O equipo de cribado xera sons nos oídos do neonato e recolle a resposta troncoencefálica mediante eléctrodos de superficie adheridos á pel. Inmediatamente, analiza os datos recollidos e responde de forma clara se o bebé pasa a proba ou non a pasa. Neste último caso debe ser derivado/a á unha unidade especializada para ampliar o estudo dunha posible hipoacusia.

Este sistema foi escollido pola súa elevada sensibilidade. A diferenza das otoemisións acústicas, que é outra das probas de cribado que se pode utilizar, recoñece a funcionalidade da cóclea e da vía auditiva preencefálica, polo que pode captar hipoacusias neurosensoriais tanto cocleares como retrococleares.

As principais vantaxes dos potenciais evocados automatizados como proba de cribado son que a proba é sinxela, non invasora e indolora. A duración media da proba é de 3-5 minutos por oído.

A proba debe ser realizada por profesionais de enfermería adestrados/as e antes de que o/a neno/a abandone o centro sanitario. Na actualidade, completouse a implantación do programa en todos os hospitais da rede pública sanitaria de Galicia e nos hospitais con maternidade da rede privada, tendo unha cobertura do 100 % dos nados en Galicia.

Tras a proba, emítese de xeito inmediato o informe co resultado da mesma que é automático e non require interpretación. O equipamento emite un resultado que pode ser “pass”, é dicir, pasa a proba (resultado negativo ou normal) ou “refer”, é dicir, non pasa a proba (resultado positivo).

No caso de que a proba sexa positiva ou non sexa posible completala correctamente, dérvase o neonato a unha unidade de diagnóstico e tratamento, feito que sucede en menos do 4 % dos/das recentemente nados/as.

As unidades de diagnóstico e tratamento están situadas nos sete grandes hospitais de Galicia e son as encargadas da confirmación diagnóstica, do estudo audiolóxico, da

indicación do tratamento e do seguimento dos/das nenos/as diagnosticados de hipoacusia.

O tratamento baséase na amplificación auditiva e a rehabilitación logopédica. A amplificación auditiva conséguese mediante unha correcta indicación e adaptación inicial das próteses auditivas e un correcto seguimento e control da calidade desta adaptación. Incluso aos/ás nenos/as que van ser candidatos a un implante coclear se lles indica un período transitorio de utilización de próteses auditivas para verificar se existe ou non ganancia auditiva con este tratamento.

Para a prestación de apoio técnico no desenvolvemento das actividades relacionadas coa adaptación protésica e seguimento audiolóxico dos/das nenos/as diagnosticados/as polo Programa, a Consellería de Sanidade estableceu un convenio de cooperación coa Universidade de Santiago de Compostela -concretamente a Unidade de audiología da Escola niversitaria de Óptica e Optometría-.

O obxecto do presente convenio e os aspectos nos que se concreta son: a definición dun protocolo óptimo de adaptación protésica nos/nas nenos/as diagnosticados/as polo programa coa selección, adquisición e pre-programación de audiófonos (acceso gratuíto aos audiófonos ata os 4 anos de idade), a realización do seguimento e control periódico desta adaptación, o establecemento de indicadores de evolución do/da neno/a, o asesoramento continuo a pais/nais e logopedas, a elaboración dunha guía de colaboración interprofesional e a xestión dun banco de audiófonos da Comunidade Autónoma.

9.3.1.3. INTERVENCIÓNS EN ATENCIÓN PRIMARIA⁶

- Os/as profesionais da AP galega, persoal médico e de enfermería, constitúen o último garante na comprobación dos pasos do cribado universal e, ao ser os enlaces cos proxenitores, están nunha posición privilexiada para **aconsellar, apoiar e comprobar a realización do cribado e o seguimento posterior a nenos/as con posibles xordeiras adquiridas ou tardías.**

- O/a pediatra e o/a enfermeiro/a de pediatría deben comprobar que o resultado da proba de cribado neonatal conste na cartilla de saúde infantil ou nos informes de alta, que

este rexistrado na historia clínica informatizada (IANUS), colaborar nas necesidades de información que precisen os/as pais/nais e apoialos para que acudan á consulta do especialista correspondente se o resultado da proba así o indicou como necesario. En caso de que o/a neno/a non realizase o cribado será captado para o programa.

- **É necesario levar a cabo unha vixilancia posterior ao cribado neonatal** no ámbito de AP.

Alguns trastornos auditivos na infancia non son detectables no cribado neonatal por non estar presentes aínda, como as hipoacusias de aparición tardía ou as adquiridas (a prevalencia global dunha hipoacusia de aparición tardía é do 10 % sobre todas as hipoacusias da infancia, pero aínda podería ser maior, chegando ao 20 %).

Por outra banda hai outras hipoacusias que, aínda que presentes conxenitamente, non son o suficientemente graves como para que poidan ser detectadas nese momento. En amplas cohortes de nenos e nenas viuse que, aínda nos casos con altas sensibilidades nas probas neonatales, estas só identifican o 56 - 59 % de nenos/as en idade escolar con xordeira. Véndoo doutra forma, ata un de cada 10 nenos/as con hipoacusia conxénita requirirá detección por revisións posnatais a pesar de ter protocolos de cribado ben establecidos.

- **En cada visita periódica do Programa de saúde infantil débense avaliar: as habilidades auditivas, o *status* do oído medio e os fitos do desenvolvemento.** É recomendable que se utilice o algoritmo proposto pola CODEPEH para aplicalo aos 6, 12, 18, 24 e 48 meses de idade ([Anexo 9.4](#)). Se un/unha neno/a non pasa a avaliación debe valorarse a súa derivación a un/unha otorrinolaringólogo/a (ORL) ou a unha Unidade de hipoacusia infantil, co fin de ser estudado.

- **É necesario un coidadoso exame do estado do oído medio a aqueles nenos/as nos que se comprobe unha otite serosa e, se esta persiste durante polo menos 3 meses seguidos,** haberán de ser remitidos para unha avaliación otolóxica.

- **Os nenos e nenas con anomalías do desenvolvemento e do comportamento deben ser avaliados na esfera auditiva polo menos unha vez polo/a ORL,** prestando

especial atención neste caso ás otites serosas recidivantes ou persistentes que poden empeorar o seu prognóstico.

• **Todos os nenos e nenas cun indicador de risco de hipoacusia ([Anexo 9.5](#)), independentemente dos achados no seu seguimento, deben ser remitidos para unha avaliación audiolóxica**, polo menos unha vez entre os 24 e 30 meses de idade. Aqueles nenos/as con indicadores de risco moi asociados coa hipoacusia de desenvolvemento tardío, tales como a osixenación extracorpórea ou unha infección por citomegalovirus, deben ser sometidos a avaliacións audiolóxicas máis frecuentes.

• **A confirmación dunha hipoacusia nun/unha neno/a considérase factor de alto risco respecto dos seus irmáns**, que deben ser sometidos neste caso a unha avaliación audiolóxica.

• **Todos os/as nenos/as en cuxa familia exista unha preocupación significativa acerca da súa audición ou a súa comunicación, con independencia da súa idade, deben ser remitidos sen demora ao/á ORL ou a unha Unidade de hipoacusia infantil** para as pertinentes valoracións audiolóxicas e da linguaxe. Haberá que proceder de igual maneira se hai sospeita por parte do/da educador/a⁶.

9.4. RECOMENDACIÓNS

- Que todos os/as nenos/as nados/as en Galicia participen no Programa galego para a detección da xordeira en período neonatal, realizando unha proba de cribado con potenciais evocados automatizados antes da alta hospitalaria⁵.
- Comprobar que o resultado da proba de cribado neonatal conste na cartilla de saúde ou nos informes de alta e estea rexistrado na historia clínica informatizada. En caso de que o/a neno/a non realizase o cribado será captado para o programa⁵.
- Seguimento exhaustivo e derivación, se procede, aos/ás nenos/as cun indicador de risco de desenvolver unha hipoacusia neurosensorial e/ou de condución adquirida, progresiva ou de comezo tardío⁶.
- Seguimento evolutivo e de linguaxe a todos os/as nenos/as, explorando as súas reaccións a sons, preocupacións familiares e adquisicións verbais⁶.

Cribado de enfermidades endócrinas e metabólicas

9.5. INTRODUCCIÓN

Denomínanse enfermidades endócrino metabólicas ou erros conxénitos do metabolismo a un grupo amplo, diverso e heteroxéneo de trastornos bioquímicos causados por mutacións no ácido desoxirribonucleico (ADN) que se herdán maioritariamente en forma autosómica recesiva. A falta de diagnóstico e tratamento precoz pode comprometer gravemente a vida e/ou o desenvolvemento intelectual das persoas afectadas, debido á importante presenza, en moitas ocasións, de síntomas neurolóxicos. Aínda que a incidencia de cada un dos trastornos é baixa, o seu impacto global é notable desde a perspectiva de saúde pública.

O Programa de cribado neonatal de enfermidades endócrino metabólicas é un dos programas preventivo-asistenciais esenciais de saúde pública. É unha actividade orientada á detección precoz destas enfermidades, ao seu diagnóstico e tratamento temperán, sempre antes de que se manifesten os síntomas da enfermidade para reducir así a morbimortalidade no neonato⁷.

En Galicia o cribado baséase no uso de métodos analíticos, utilizando unha mostra de urina e outra de sangue. Unha vez detectadas polo cribado, precísase realizar outras probas de confirmación diagnóstica a nivel individual. As mostras remítense ao laboratorio

de metabolopatías do Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, que é, desde hai anos, o laboratorio de referencia.

A Orde SSI/2065/2014, do 31 de outubro, que actualiza a carteira de servizos comúns do SNS, recolle as enfermidades endócrinas e metabólicas incorporadas no programa poboacional de cribado neonatal: hipotiroidismo conxénito, fenilcetonuria, fibrose cística, deficiencia de acil-coenzima A-deshidroxenasa de cadea media (MCAD), deficiencia de 3-hidroxi-acil-coenzima A-deshidroxenasa de cadea longa (LCHAD), acidemia glutárica tipo I (GA-I) e anemia falciforme⁸. Non obstante, hai comunidades autónomas que incorporaron un número maior de enfermidades aos seus programas de cribado. Así, en Galicia, son obxecto do cribado por parte do programa 29 trastornos endócrinos e metabólicos, agrupándose en alteracións dos aminoácidos, dos ácidos orgánicos, ácidos graxos e outras como galactosemias, hipotiroidismo, fibrose cística e deficiencia de biotinidasa ([Anexo 9.6](#)).

9.6. PUNTOS A DESTACAR

O **obxectivo principal** do programa é diminuír, mediante a detección precoz e a instauración precoz de tratamento, a incidencia de discapacidades psíquicas e físicas orixinadas polas enfermidades endócrinas e metabólicas presentes no período neonatal e que son obxecto de cribado por parte do Programa⁹. Os obxectivos específicos son:

- Acadar unha participación do 99 % da poboación obxectivo.
- Dispoñer do resultado das probas antes dos 10 días de vida do neonato nos casos con mostra válida e con elevada probabilidade de padecer unha alteración e antes dos 20 días de vida nos/nas nenos/as con valores dúbidosos que requiran unha segunda mostra para confirmación (antes dos 30 días para fibrose cística¹⁰).
- Garantir o acceso a un adecuado diagnóstico e tratamento aos nenos e nenas participantes no programa.

9.7. ASPECTOS ESPECÍFICOS

A poboación obxectivo son todos os nados na Comunidade Autónoma de Galicia. Ofértase en todos os hospitais da Comunidade, públicos e privados.

9.7.1. DESENVOLVEMENTO ACTUAL DO PROGRAMA

9.7.1.1. INFORMACIÓN AOS/AS PAIS/NAIS sobre as características, beneficios e riscos do cribado neonatal e de como e cando recibirán o resultado das probas realizadas. Axudándose dos folletos informativos do programa, os/as profesionais sanitarios/as que atenden aos neonatos débense asegurar que os/as pais/nais foron correctamente informados ou ampliarlles a información se fora necesario.

9.7.1.2. ORGANIZACIÓN DO PROGRAMA

- **Organización actual**

Na carpeta de saúde infantil que se entrega a todos os neonatos, inclúese a documentación e o material para a realización da proba (obtención dunha mostra de urina e unha mostra de sangue), que se realiza a partir do terceiro día de vida. As mostras poden ser recollidas no hospital de nacemento antes da alta (52 % aproximadamente), no centro de saúde e mesmo no domicilio do neonato. As mostras envíanse por correo postal ao laboratorio usando o sobre preimpreso con franqueo pagado que inclúe a carpeta de saúde infantil. Nalgún hospital utilízase unha valixa para que as mostras cheguen máis rapidamente ao laboratorio.

- **Reestruturación do programa**

Para garantir a consecución dos obxectivos e requisitos de calidade do Programa de cribado neonatal de enfermidades endócrinas e metabólicas do Sistema Nacional de Saúde, establecidos polo Ministerio de Sanidade, a Consellería de Sanidade está a traballar cos hospitais da Comunidade Autónoma de Galicia para establecer os mecanismos que garantan a correcta trazabilidade das mostras, apoiándose en dous soportes fundamentais:

- Que a toma da mostra se realice entre as 24 e as 72 horas de vida, preferiblemente no propio hospital de nacemento antes da alta.
- Establecemento dun sistema de transporte das mesmas que sexa rápido, fiable, eficaz, que permita garantir a correcta recepción das mostras no laboratorio nun prazo de tempo adecuado¹⁰.

9.7.1.3. COMUNICACIÓN DOS RESULTADOS

Os/as pais/nais recibirán os resultados da análise por correo postal no domicilio sinalado, antes dos 12 días desde a data de envío das mostras. Existe un teléfono de referencia (981 950 100).

Poden darse tres posibles resultados:

- **Resultado negativo:** infórmase aos/as pais/nais mediante carta tipo.
- **Resultado dubidoso (positivo con baixa probabilidade):** infórmase por escrito aos/as pais/nais da necesidade de repetir a toma de mostra. Se non se recibe esta segunda mostra, reclámase.
- **Resultado positivo (alta probabilidade):** o laboratorio articula o sistema máis rápido e eficaz para confirmar o diagnóstico e iniciar o tratamento o máis pronto posible. De forma urxente, ponse en contacto telefónico cos/cas pais/nais para informalos/as do resultado e indicarlles cal é o laboratorio e a unidade de seguimento de referencia¹.

9.7.2. INTERVENCIÓNS EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Os/as profesionais da AP galega, persoal médico e de enfermería, constitúen o último garante na comprobación dos pasos do cribado neonatal de enfermidades endócrinas e metabólicas e, ao ser os enlaces cos proxenitores, están nunha posición privilexiada para aconsellar, apoiar e comprobar a realización do cribado neonatal e o seguimento posterior a nenos/as con posibles trastornos endócrinos e metabólicos.

- O/a pediatra e o/a enfermeiro/a de pediatría deben comprobar que o resultado da proba de cribado neonatal conste na cartilla de saúde infantil ou nos informes de alta e que estea rexistrado na historia clínica electrónica (IANUS). Ademais deben colaborar nas necesidades de información que precisen os/as pais/nais e apoialos para que acudan á consulta do especialista correspondente se o resultado da proba así o indicou como necesario.
- En caso de que o/a neno/a non realizase o cribado, será captado para o Programa. De non poder realizarse no tempo recomendado, deberá facelo o antes posible e recoméndase non deixar de facelo.
- Desde o centro de AP estarase atento e colaborase cos/cas pais/nais ante a posible solicitude dunha segunda mostra por parte do laboratorio de metabolopatías, ben porque a primeira mostra non sexa válida (mal recollida, contaminada, etc.), sexa dubidosa e estea indicado repetir a análise ou ben porque existan circunstancias especiais (nenos/as prematuros/as, con peso ao nacer inferior a 2.500 gramos, enfermos críticos e xemelgos monocigóticos) nas que se recomenda tomar unha segunda mostra dúas semanas despois da primeira.

9.8. RECOMENDACIÓNS

- Que todos os nenos e nenas nados en Galicia participen no Programa galego para a detección precoz de enfermidades endócrinas e metabólicas en período neonatal coa obtención dunha mostra de urina e unha mostra de sangue.
- O/a pediatra e o/a enfermeiro/a de pediatría deben:
 - Rexistrar o resultado da proba de cribado na historia clínica e comprobar que consta na cartilla de saúde infantil.
 - Colaborar nas necesidades de información que precisen os/as pais/nais e apoialos se o resultado da proba foi positivo.
 - Colaborar cos/cas pais/nais ante a posible solicitude dunha segunda mostra por parte do laboratorio de metabolopatías e comprobar que se realizou a repetición

da proba, principalmente cando existen circunstancias especiais (nenos/as prematuros/as, con peso ao nacer inferior a 2.500 gramos, enfermos críticos e xemelgos monocigóticos)

- En caso de neonatos que aínda non participaron no Programa:
 - Informar aos/ás pais/nais sobre o Programa.
 - Ofertar a realización da proba de cribado.
 - Supervisar os datos de identificación do neonato para a remisión dos resultados.
 - Asegurar a remisión das mostras ao laboratorio de referencia, o mesmo día da toma das mostras.
- Realizar un seguimento especial, ante posibles crises endocrino-metabólicas, nos nenos e nenas que se confirmaron nas unidades de seguimento como positivos para algunha das patoloxías que forman parte do cribado.

ANEXOS

ANEXO 9.1. CLASIFICACIÓN DAS HIPOACUSIAS

Segundo a **localización da lesión**²:

- **Hipoacusia de transmisión:** existe unha deficiencia da transformación de ondas sonoras a ondas hidráulicas por lesións localizadas no oído externo ou medio. A maior parte das hipoacusias de transmisión na infancia son leves-moderadas e transitorias. As malformacións severas do oído externo e do oído medio, tales como a ausencia de conduto auditivo externo e membrana timpánica e a fusión dos ósíos, se a cóclea é normal, provocan unha perda auditiva de 60 decibéis (dB) como máximo, suficientemente grave para comprometer a adquisición da linguaxe, pero susceptible de corrección cirúrxica ou amplificación.

- **Hipoacusia de percepción ou neurosensorial:** existe unha inadecuada transformación das ondas hidráulicas en actividade nerviosa no oído interno, por lesións nas células ciliadas do órgano de Corti (xordeira coclear) ou nas vías auditivas (xordeira retrococlear).

- **Hipoacusias mixtas**, nas cales participan mecanismos de transmisión e neurosensoriais.

Calquera xordeira superior a 60 decibéis indica unha perda neurosensorial pura ou mixta.

- **A neuropatía auditiva:** as medidas fisiolóxicas da función auditiva mostran otoemisións acústicas normais (suxerindo funcionamento normal das células ciliadas) e potenciais evocados auditivos troncoencefálicos atípicos ou ausentes (suxerindo disfunción da conducción nerviosa). Os/as nenos/as mostran unha hipoacusia de leve a profunda e unha pobre linguaxe perceptiva.

Aumenta o risco de padecela en lactantes con complicacións neonatais que reciben cuidados en Unidade de cuidados intensivos neonatal, nenos/as con historia familiar de hipoacusia infantil, e lactantes con hiperbilirrubinemia. Non se coñece nin a prevalencia nin a historia natural e as opcións de tratamento non están ben establecidas.

- Existe tamén a **xordeira cortical** e os **trastornos de percepción da linguaxe**, pero estes últimos transcenden do obxectivo deste capítulo.

Dependendo da **idade de comezo** en relación coa adquisición da linguaxe²:

- **Prelingual:** é anterior á adquisición da linguaxe (0-2 anos).

- **Perilingual:** cando sucede durante a etapa de adquisición da linguaxe (2-5 anos).

- **Poslingual:** cando é posterior á estruturación da linguaxe.

Dependendo da súa **intensidade**, en función do limiar auditivo medio do mellor oído (5002.000 Hz ANSI)*

Limiar (decibeis)	Descrición	O que se pode oír sen amplificación	Discapacidade (sen tratamento antes de cumprir un ano)	Necesidades especiais probables
0 - 15	Límites normais	Todos	Ningunha	Ningunha
16 - 25	Hipoacusia lixeira	Poden perderse as vogais xordas	Leve ou transitoria	- Ensino especial. - Asento preferente.
26 - 40	Hipoacusia leve	Só os sons máis sonoros da fala	- Dificultades para a aprendizaxe. - Leve atraso da linguaxe. - Falta de atención.	- Valoración de audiófono. - Ensinanzas especiais. - Logoterapia.
41 - 65	Hipoacusia moderada	Perde case todos os sons da fala nunha conversa normal	- Problemas coa fala. - Atraso da linguaxe. - Disfunción da aprendizaxe. - Falta de atención.	- Audiófono. - Ensino especial. - Logoterapia. - Lugar preferente na clase.
66 - 95	Hipoacusia severa	Non oe as conversas normais	- Problemas coa fala. - Atraso da linguaxe. - Disfunción da aprendizaxe. - Falta de atención.	- Audiófono. - Ensino especial. - Logoterapia. - Lugar preferente na clase.
96+	Hipoacusia profunda	Non oe a fala nin outros sons	- Problemas coa fala. - Atraso da linguaxe. - Disfunción da aprendizaxe. - Falta de atención.	- Audiófono. - Ensino especial. - Logoterapia. - Lugar preferente na clase. - Implante coclear.

*Adaptada de Northern JL, Downs MP. Hearing in children. 3º ed. Baltimore MD: William & Wilkins; 1984. ANSI: American National Standards Institute.

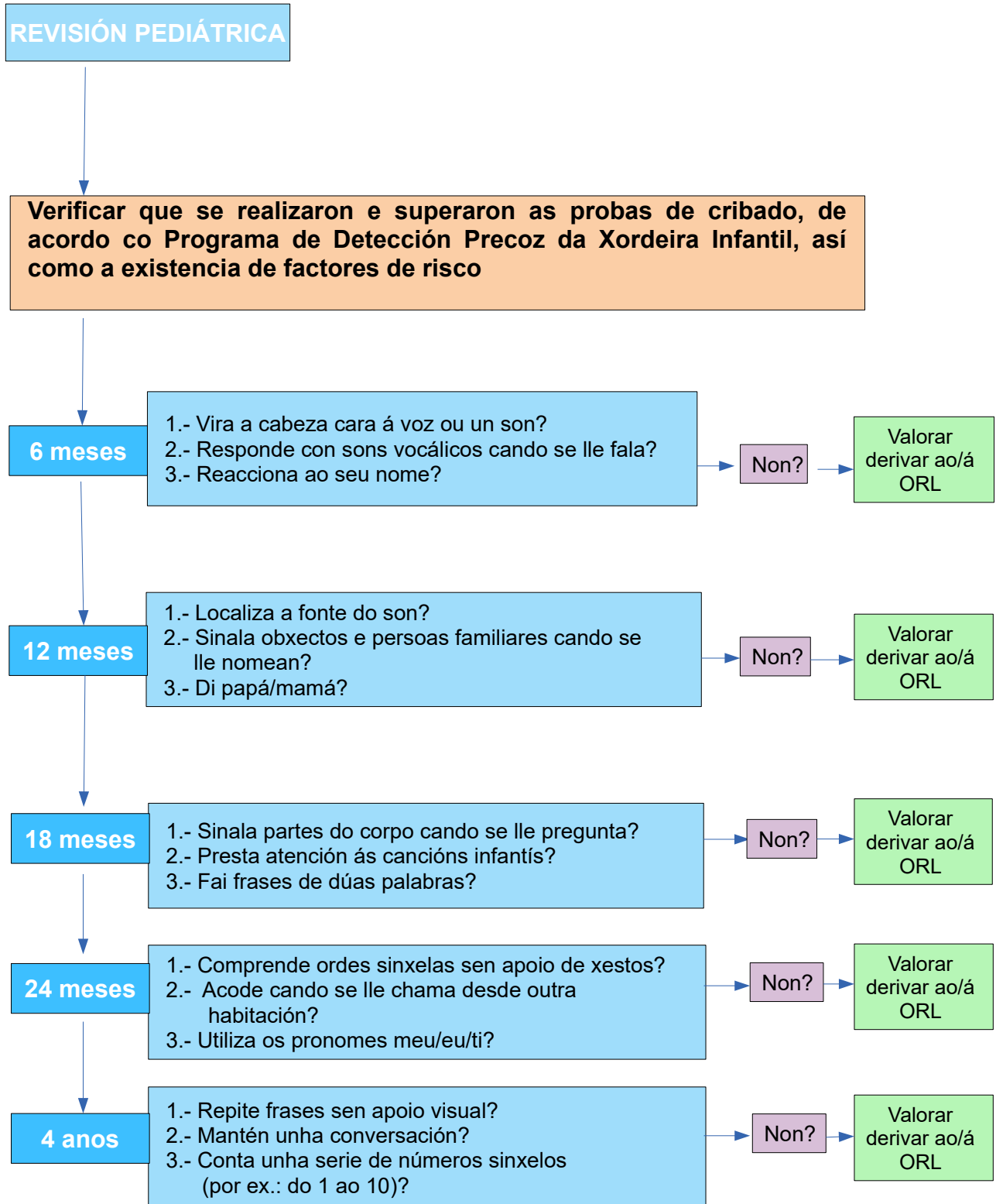
ANEXO 9.2. PRINCIPAIS CAUSAS DE XORDEIRA INFANTIL²

Xenéticas	Autosómicas recesivas		<ul style="list-style-type: none"> - Hipoacusia profunda illada - Perda de tons altos illada - Síndrome de Lange-Jerervell-Nielsen - Síndrome de Pendrede - Síndrome de Usher
	Autosómicas dominantes		<ul style="list-style-type: none"> - Hipoacusia profunda illada - Síndrome de Waardenbrug - Síndrome de Treacher Collins - Síndrome de Alport
	Recesivas ligadas ao cromosoma X		<ul style="list-style-type: none"> - Hipoacusia profunda asociada con daltonismo - Síndrome tipo Alport
	Mitocondriais		<ul style="list-style-type: none"> - Síndrome de Kearns-Sayre
Adquiridas	Infeccións	Conxénitas	<ul style="list-style-type: none"> - Toxoplasmose - Rubéola - Citomegalovirus - Herpes simple - Sífilis.
		Non conxénitas	<ul style="list-style-type: none"> - Meninxite bacteriana - Papeiras - Mastoidite
	Hiperbilirrubinemia		
	Complicacións da prematuridade		
	Ototoxicidade		<ul style="list-style-type: none"> - Antibióticos: kamamicina, neomicina, estreptomina, xentamicina, vancomicina, outros aminuglicósidos - Furosemida - Cisplatino
	Traumatismo de cranio		<ul style="list-style-type: none"> - Ruptura timpánica - Luxación dos osíños - Fractura do temporal
	Trauma acústico		
	Malformativas	Microsomía hemifacial, síndrome de Goldenhar, síndrome de Treacher Collins, microtia, malformación de Mondini.	

ANEXO 9.3. CRITERIOS DE DESENVOLVEMENTO NORMAL, ESTABLECIDOS NO PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS E DE PROMOCIÓN DA SAÚDE (PAPPS)³

Idade (meses)	Desenvolvemento normal
0 - 4	Debe asustarse cos ruídos, tranquilizarse coa voz da/do nai/pai ou cesar momentaneamente a súa actividade cando oe o ruído dunha conversación.
5 - 6	Localiza ben os sons no plano horizontal e empeza a emitir ruídos á súa maneira ou, polo menos, a vocalizar imitando ao adulto.
7 - 12	Localiza os sons en calquera plano. Debe responder ao seu nome, aínda que sexa en voz baixa.
13 - 15	Debe sinalar un son inesperado ou a unha persoa ou obxecto familiar, se se lle pide.
16 - 18	Debe seguir indicacións sinxelas sen axudas xestuais, nin doutro tipo. Pódese ensinar a dirixirse a un xoguete interesante situado na liña media ao oír un sinal.
19 - 24	Debe sinalarse as partes do corpo cando se lle pida.
25 - 36	Enténdenselle as palabras que di e responde a preguntas sinxelas.

ANEXO 9.4. PAUTAS PARA DETECTAR PROBLEMAS DE AUDICIÓN NA INFANCIA⁶



ANEXO 9.5. FACTORES DE RISCO DE HIPOACUSIA INFANTIL⁶

- Sospeita familiar de xordeira*	- Meninxite bacteriana*
- Historia familiar de xordeira	- Síndromes con xordeira*
- Hipotiroidismo	- Enfermidades neurodexenerativas*
- Estancia en Unidade de coidados intensivos neonatal maior de 5 días	- Anomalías craneofaciais*
- Exposición a ototóxicos	- Ventilación con membrana extracorpórea
- Ventilación asistida	- Trauma cranial grave*
- Otite persistente	- Quimioterapia
- Infeccións perinatais* (citomegalovirus, herpes, rubeola, sífilis e toxoplasmose)	- Hiperbilirrubinemia* con exanguinotransfusión

*Factor de moi alto risco de xordeira posnatal.

ANEXO 9.6. PATOLOXÍAS QUE SON OBXECTO DE CRIBADO NA ACTUALIDADE POR PARTE DO PROGRAMA GALEGO PARA A DETECCIÓN PRECOZ DE ENFERMIDADES ENDÓCRINAS E METABÓLICAS EN PERÍODO NEONATAL

ALTERACIÓNS DOS AMINOÁCIDOS
Fenilcetonuria/hiperfenilalaninemia
Enfermidade de xarope de pradairo (MSUD)
Tirosinemia tipo I
Homocistinuria
Déficit de arginasa
Hipermetioninemia por déficit de metionina adeosil-transferasa (MAT I/III)
Cistinuria
Citrulinemia Tipo I
ALTERACIÓNS DO METABOLISMO DE ACEDOS GRAXOS
Deficiencia múltiple de Acil-CoA-deshidroxenasa (acidemia glutárica tipo II) (MADD)
Deficiencia de acil-coA deshidroxenasa de cadea media (MCAD)
Deficiencia de acil-CoA deshidroxenasa de cadea longa (LCHAD)
Deficiencia de acil-CoA deshidroxenasa de cadea moi longa (VLCAD)
Deficiencia de carnitina palmitoil transferasa
Deficiencia primaria de carnitina (CUD)
ALTERACIÓNS DO METABOLISMO DE ACEDOS ORGÁNICOS
Acidemia metilmalónica (mut) (AMM)
Acidemia metilmalónica (cobalamina)
Acidemia glutárica tipo I (AGA I)
Acidemia propiónica (AP)
Acidemia isovalérica (IVA)
Aciduria arginosuccínica
Deficiencia de 3-hidroxi-3metilglutaril-CoA liasa (HMG)

Deficiencia de 3-metilcrotonil-CoA carboxilasa (MCC)
Deficiencia de β -cetotilasa
OUTRAS ALTERACIÓNS
Hipotiroidismo conxénito
Deficiencia de biotinidasa
Galactosemia clásica
Galactosemia por déficit de galacto-kinasa
Fibrose cística
Anemia de células falciformes

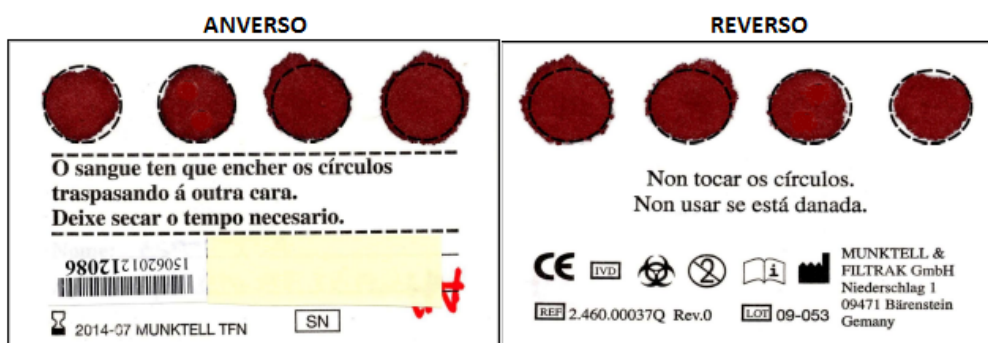
Fonte: elaboración propia.

ANEXO 9.7. RECOMENDACIÓNS ÚTILES PARA A ADECUADA TOMA DA MOSTRA DE SANGUE E DE URINA

Unha mostra non válida implica:

- Atraso na obtención do resultado e polo tanto, no inicio do tratamento dos casos positivos.
- O tratamento precoz é vital para reducir as secuelas das enfermidades.
- Un maior período de angustia ou incerteza para os/as pais/nais.
- Unha maior carga de traballo para o persoal do centro de saúde e do laboratorio.

EXEMPLO ILUSTRATIVO DUNHA MOSTRA ADECUADA PARA A SÚA ANÁLISE



É NECESARIO ENCHER COMPLETAMENTE OS CATRO CÍRCULOS TAL COMO SE MOSTRA NO EXEMPLO

Manexar con luvas as tiras absorbentes para non contaminalas, evitando tocar as zonas que vaian ser impregnadas.

- Mostra de sangue: talón quente, pódese realizar unha masaxe previa. Pinchar nas zonas externas do talón, nunca na liña media. Encher os círculos ata que o sangue traspase ao outro lado. Non encher outro círculo ata que o anterior estea cheo. Deben impregnarse todos os círculos do papel.
- Mostra de urina: debe estar a zona limpa, sen cremas ou talco. Non servirá aquela mostra contaminada con restos fecais.
- Deixar secar en horizontal, sen quentar nin poñer ao sol, polo menos durante 4 horas.

- Cubrir os datos do papel absorbente unha vez estea seco e envialos xunto cos datos do cartón a cumprimentar mediante correo postal no sobre preimpreso, a poder ser ese mesmo día.
- Outras recomendacións:
 - Comprobar sempre que as tiras de sangue e de ouriños non estean caducadas.
 - Enviar sempre as mostras nas bolsas pergamiño graxa, evitando que a mostra de sangue e a de ouriños se mesturen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde, División de Asistencia Sanitaria. Actividades preventivas en pediatría: Guía de apoio para o programa do neno san. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2004. Dispoñible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/publicaciones/detallepublicacion.aspx?idpaxina=40113&idcatalogo=1160>.
2. Delgado Domínguez JJ; Grupo PrevInfad. Infancia y Adolescencia. Detección precoz de la hipoacusia infantil. Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;13:279-97.
3. Benito Orejas JI, Silva Rico JC. Hipoacusia identificación e intervención precoces. Pediatr Integral. 2013;XVII(5):330-42.
4. Marco J, Matéu S, Moro M, Almenar A, Trinidad G, Parente P. Libro blanco sobre Hipoacusia. Detección precoz de la hipoacusia en recién nacidos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; CODEPEH; 2003. Dispoñible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/maternoInfantil/docs/hipoacusia.pdf>.
5. Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública. Programa galego para a detección da sordeira en período neonatal (PGDXPN). Resultados 2002-2018. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2019. Dispoñible en: [https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/3562/0145670_CONS_SANIDADE_Sordeira_2002-2018_v1_\(1\).pdf](https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/3562/0145670_CONS_SANIDADE_Sordeira_2002-2018_v1_(1).pdf).
6. Núñez Batalla F, Jáudenes Casaubón C, Sequí Canet JM, Vivanco Allende A, Zubicaray-Ugarteche J. Recomendaciones CODEPEH 2014: detección precoz de la hipoacusia diferida, diagnóstico audiológico y adaptación audiotésica temprana. Acta Otorrinolaringol Esp. 2016;67:45-53.
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, SG de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública. Programa de cribado neonatal del Sistema Nacional de Saúde. Informe de evaluación año 2016. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociais e Igualdad; 2017. Dispoñible en:

https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Evaluacion_SICN_2016.pdf/1321dfc8-d088-02d9-3cc4-535f4513b703.

8. Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado núm. 269, 6 de noviembre de 2014.

9. Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública. Programa galego para a detección precoz de enfermidades endócrinas e metabólicas en período neonatal. Evolución e resultados 2015. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2016. Disponible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/517/DEFINITIVOMETAS15.pdf>.

10. Grupo de trabajo de la Comisión de Salud Pública para el desarrollo del Sistema de Información sobre Cribado Neonatal. Objetivos y requisitos de calidad del Programa de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/ObjetivosCribadoNeonatal.pdf>.

Otra bibliografía recomendada:

- Comisión para la detección precoz de la hipoacusia infantil (CODEPEH). Propuesta para la detección e intervención precoz de la hipoacusia infantil. An Esp Pediatr. 1999;51:336-44.

- Trinidad G, Alzina V, Jaudenes C, Núñez F, Sequi JM. Recomendaciones de la Comisión para la detección precoz de la hipoacusia (CODEPEH) para 2010. Acta Otorrinolaringol Esp. 2010;61:69-77.

- Parente P. Programa galego para a detección da xordeira en período neonatal. Documentos técnicos de saúde pública. Serie A. N°15. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2002. Disponible en:

<https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/SaludPublica/PDF10-156.pdf>.

- Parente P, Vizoso R. Guía para o cribado, diagnóstico e tratamento da hipoacusia neonatal 2002. Documentos técnicos de saúde pública. Serie C. Nº9. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2002. Disponible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/475/Guia.pdf>.
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (AVALIA-t). Informe de evaluación: efectividad del screening auditivo neonatal universal frente al screening auditivo neonatal de alto riesgo. Santiago de Compostela: Servizo Galego de Saúde; 1999. Disponible en: https://www.sergas.es/cas/Servicios/docs/AvaliacionTecnoloxias/INF1999_03.screening_auditivo_neonatal.pdf.
- Yoshinaga-Itano C, Coulter DK, Thomson V. The Colorado newborn hearing screening project: effects on speech and language development for children with hearing loss. Journal of Perinatology. 2000;20:S132-S137.
- US Preventive Services Task Force. Universal screening for hearing loss in newborns: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Pediatrics. 2008;122(1):143-8.
- Joint Committee on Infant Hearing. Year 2007 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. American Academy of Pediatrics. Pediatrics. 2007;120:898-921.
- Espada M, Dulín E. Procedimiento para la obtención y recogida de muestras de sangre sobre papel de filtro en los programas de detección precoz neonatal de errores congénitos del metabolismo. Quim Clín. 2001;20(2):81-8.
- Eguileor Gurtubai I, Espada Sáenz-Torre M, Dulín Iñiguez E, Chamorro Ureña F. Comisión de errores metabólicos congénitos. Garantía de la calidad en el laboratorio de cribado neonatal: recomendaciones. Quím Clín. 2006;25(1):36-44.

- Queiro Verdes T, Cerdá Mota T, España Fernández S, coordinadoras. Información a padres sobre cribado neonatal de metabolopatías: evaluación de la situación actual y establecimiento de estándares de información basada en la evidencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2007. Informes de Evaluación de Tecnoloxías Sanitarias: avalia-t Nº. 2007/04. Disponible en: <https://avalia-t.sergas.gal/Dxerais/291/avalia-t200704CribadoMetabolopatias.pdf>.

10. Actividade física, comportamento sedentario e prevención de patoloxía físico-deportiva na idade infantoxuvenil

Autores: M^a José Méndez Bustelo, Jorge Pons García e Orlando Blanco Iglesias

10.1. INTRODUCCIÓN

As evidencias científicas acumuladas revelan que o desenvolvemento integral, no que a saúde é un determinante chave, está determinado, tanto na infancia como na adolescencia, pola práctica regular de actividade física e o comportamento sedentario.

Na actualidade, o desenvolvemento tecnolóxico, a organización social e os modos de vida, están a provocar que os nenos e nenas, non alcancen os niveis “saudables” de actividade física e presenten altos niveis de comportamento sedentario¹.

As razóns ou determinantes das condutas relacionados coa falta de actividade física e o exceso de comportamento sedentario, son de carácter social, económico ou ambiental. Por isto, a abordaxe desta problemática débese facer desde un enfoque familiar e comunitario².

Ademais, desde fai varias décadas o modelo deportivo converteuse no paradigma á hora de practicar actividade física e a especialización deportiva temperá estase a converter na norma en moitos deportes, aumentando o risco de producirse efectos prexudiciais, tanto físicos como psicolóxicos³.

10.2. ACTIVIDADE FÍSICA

A actividade física defínese como calquera movemento corporal producido polos músculos esqueléticos, que resulta nun incremento do gasto de enerxía con respecto ao gasto en repouso (para manter as funcións vitais: respiración, circulación do sangue, etc.)⁴. A actividade física abarca, en termos xerais, o exercicio físico, os deportes, as actividades físicas que se realizan como parte da vida cotiá, a ocupación, o entretemento e o transporte activo⁵.

10.2.1. BENEFICIOS DA PRÁCTICA REGULAR DE ACTIVIDADE FÍSICA NA IDADE INFANTO-XUVENIL ([Anexo 10.1](#))

As investigacións científicas revelan que os efectos beneficiosos da práctica regular de actividade física na idade infanto-xuvenil non se limitan á redución dos factores de risco e á prevención das enfermidades, senón que se estenden ao ámbito físico, psicolóxico e social⁶⁻⁸. Os beneficios da actividade física para nenos e nenas, pódense clasificar, en liñas xerais, en tres categorías:

1. Os beneficios físicos, mentais e sociais para a saúde durante a infancia e a adolescencia.
2. Os beneficios para a saúde derivados da actividade física na infancia que se transfiren á idade adulta.

3. O remanente do hábito de práctica da actividade física saudable que se mantén ata a idade adulta¹.

10.2.2. RECOMENDACIÓNS DE ACTIVIDADE FÍSICA NA INFANCIA E ADOLESCENCIA

As recomendacións para este grupo de idade, establecéronse en función da idade e de se xa camiñan ou non⁹ ([Táboa 10.1](#)).

A práctica de actividade física por enriba dos niveis mínimos recomendados xera beneficios adicionais⁶.

Na idade infanto-xuvenil, é primordial que se practique actividade física regularmente e de moi diversos tipos¹.

Táboa 10.1. Resumo de recomendacións de actividade física			
GRUPOS DE IDADE		RECOMENDACIÓNS DE ACTIVIDADE FÍSICA	OBSERVACIÓNS
Menores de 5 anos	Que non andan	Promover que realicen actividade física varias veces ao día en contornos seguros, particularmente mediante xogos no chan ou actividades supervisadas na auga (xa sexa en piscinas ou á hora do baño, na casa).	Fomentar o movemento, o xogo activo e gozar.
	Que xa andan	<p>Promover que sexan fisicamente activos durante polo menos 180 minutos ao día (3 horas), distribuídos ao longo do día, incluíndo todo tipo de actividade física:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades estruturadas e xogo libre. • Actividades dentro e fóra de casa. • De calquera grao de intensidade. <p>A medida que os nenos e nenas medren é necesario ir aumentando gradualmente a intensidade da actividade.</p>	Realizar actividades e xogos que desenvolvan as habilidades motoras básicas (correr, saltar, rubir, lanzar, nadar...) en distintos contornos (na casa, no parque, na piscina, etc.).

Táboa 10.1. Resumo de recomendacións de actividade física		
GRUPOS DE IDADE	RECOMENDACIÓNS DE ACTIVIDADE FÍSICA	OBSERVACIÓNS
De 5 a 17 anos	<p>Realizar polo menos 60 minutos/día (1h/día) de actividade física moderada* a vigorosa**. Estes 60 minutos poden alcanzarse tamén sumando períodos máis curtos ao longo do día.</p> <p>Incluír, polo menos 3 días á semana, actividades de intensidade vigorosa e actividades de fortalecemento muscular que inclúan grandes grupos musculares.</p>	<p>HAI QUE TER EN CONTA QUE:</p> <p>Se non cumpre coas recomendacións, aumentar aos poucos a súa actividade de maneira que aprenda a gozar coa actividade física. Unha forma sinxela de comezar é incorporar a actividade física na vida diaria.</p> <p>Se cumpre as recomendacións, reforzar que continúe realizando actividade física, mesmo tratar de aumentar a actividade diaria. A evidencia científica suxire que realizar actividade física por enriba dos mínimos recomendados, proporciona beneficios adicionais para a saúde.</p> <p>Se supera as recomendacións, manter o seu nivel de actividade e tratar de combinar varios tipos de actividade física.</p>
<p>*Actividade física aeróbica de intensidade moderada: aumenta a sensación de calor e iníciase unha lixeira sudación; Aumenta tamén o ritmo cardíaco e o respiratorio, pero aínda se pode falar sen sentir que falta o aire, por exemplo camiñando a paso lixeiro (máis de 6 km/h ou paseando en bicicleta (16 - 19 km/h).</p> <p>**Actividade física aeróbica de intensidade vigorosa: a sensación de calor e sudación é máis forte. O ritmo cardíaco é máis elevado e costa máis respirar, polo que resulta difícil falar mentres se practica, por exemplo correr ou ir en bicicleta pedaleando rapidamente (19 - 22 km/h).</p>		
<p>Fonte⁹: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Actividad física para la salud y reducción del sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Ministerio de Educación Cultura y Deporte; 2015. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Recomendaciones_ActivFisica_para_la_Salud.pdf.</p>		

10.2.3. CRIBADO

Para coñecer o nivel de actividade física na consulta de pediatría de AP, propónse realizar unha pregunta sinxela, dirixida á familia e/ou aos/ás rapaces e rapazas, e que permita identificar a aqueles/as escolares que alcanzan ou non, as recomendacións mínimas de actividade física.

Exemplo para a poboación de 5 - 17 anos: realiza 60 min/día de actividade física aeróbica (camiñar, montar en bicicleta, subir escaleiras, saltar á corda, practicar artes marciais (judo, karate), deportes como fútbol, baloncesto, natación, tenis...) de

intensidade entre moderada e vigorosa; e realiza, polo menos 3 días/semana actividades de fortalecemento muscular (xogos que requiran carrexar o seu propio peso corporal ou o dun/dunha compañeiro/a, facer flexións de brazos no chan, escalar, subir a unha árbore...)?

O cribado debería realizarse en cada un dos controis de saúde do/da escolar e/ou cando se identifique unha oportunidade para abordalo.

10.2.4. INTERVENCIÓN EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE ACTIVIDADE FÍSICA

Propónse realizar unha intervención básica de consello e asesoramento sobre actividade física, desde un enfoque familiar, comunitario e multidisciplinar.

A intervención debe facerse en función da idade e da súa maduración; e debe dirixirse á familia e ao contorno familiar.

Recoméndase aplicar a estratexia das 5 Aes do *US Preventive Service Task Force* para as intervencións de consello e asesoramento ([Anexo 10.2](#)).

O obxectivo é que todos/as os/as escolares alcancen as recomendacións mínimas de actividade física segundo a súa idade, agás contraindicación por razóns de saúde.

10.2.5. OBSERVACIÓNS

Esta actuación debe integrarse nunha intervención global na que se inclúan, ademais desta, as intervencións sobre o comportamento sedentario e a protección fronte as lesións (por exceso de uso, especialización deportiva temperá ou inadecuada, etc.).

A finalidade é contribuír ao desenvolvemento integral dos/das escolares e á adquisición dun estilo de vida saudable duradeiro para todo o ciclo de vida.

10.3. COMPORTAMENTO SEDENTARIO

O comportamento sedentario é calquera comportamento de vixilia caracterizado por un gasto de enerxía ≤ 1.5 equivalentes metabólicos, mentres se está sentado, recostado ou deitado. Polo tanto, un suxeito é sedentario cando a media do tempo diario que pasa realizando comportamentos sedentarios, é excesiva¹⁰.

Os estudos seguen a demostrar que, un maior tempo dedicado ao comportamento sedentario, está relacionado con resultados de saúde máis pobres en nenos/as e adolescentes. Especificamente, tense demostrado que un maior tempo dedicado ao comportamento sedentario asóciase cunha peor saúde cardio-metabólica e un estado de peso ou adiposidade menos favorable⁷.

Por outra banda, os estudos están revelando que a poboación escolar española pasa unha cantidade considerable de tempo involucrada en comportamentos sedentarios, nos que se inclúe ver televisión e outras formas de "tempo de pantalla", como o uso de teléfonos móbiles, tabletas e outros dispositivos para mensaxes de texto, xogos de vídeo e outras actividades recreativas. A estes comportamentos sedentarios discrecionais, hai que lle sumar, os tempos sedentarios que pasan lendo e estudando na escola e despois da escola.

Entre o 60 e o 79 % da poboación infantil e xuvenil española non cumpre coa recomendación de estar menos de 2 horas ao día realizando actividades sedentarias¹¹. A literatura científica suxire que a visualización diaria de televisión por máis de 2 horas, asóciase cunha redución da saúde física e psicosocial dos/das escolares¹²⁻¹⁷; e que a diminución de calquera tipo de tempo sedentario está asociado cun menor risco para a saúde da poboación infanto-xuvenil⁷.

Na actualidade, en España, os/as escolares aínda non están expostos a grandes cantidades de comportamento sedentario. Non obstante, os rápidos e profundos cambios socio-económicos que se están a producir, suxiren que os niveis de exposición van aumentar rapidamente, provocando consecuencias negativas no desenvolvemento integral deste grupo de poboación. Ademais, débese sinalar que os comportamentos sedentarios afastan aos/ás escolares da práctica de actividades físicas e deportivas.

10.3.1. RECOMENDACIÓNS DE SEDENTARISMO E TEMPO DE PANTALLA PARA POBOACIÓN INFANTO-XUVENIL

As recomendacións para esta poboación establecéronse en función da idade e de se camiñan ou non ([Táboa 10.2](#)).

Táboa 10.2. Resumo das recomendacións de sedentarismo e tempo de pantalla para poboación infanto-xuvenil.			
GRUPOS DE IDADE		LIMITAR/REDUCIR OS COMPORTAMIENTOS SEDENTARIOS	LIMITAR/REDUCIR O TEMPO DE PANTALLA
Menores de 5 anos	Que aínda non andan	Reducir, a <u>menos de 1 hora seguida</u> , os períodos sedentarios prolongados: minimizar o tempo que pasan sentados ou suxeitos en cadeiras, carriños ou balancíns, cando están despertos.	Para menores de dous anos recoméndase evitar que pasen tempo diante de pantallas de televisión, ordenador, teléfonos móbiles, etc.
	Que xa andan	Reducir os períodos sedentarios prolongados. Recoméndase non dedicar, <u>máis de 1 hora seguida</u> , cando están espertos, a actividades sedentarias como estar sentados o suxeitos en cadeiras, carros ou balancíns, ou ver a televisión, xogar co teléfono móbil, ordenador, videoxogos, etc.	
De 5 a 17 anos		<p>Reducir os períodos sedentarios prolongados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitar o tempo fronte á televisión ou outras pantallas (móbiles, videoxogos, ordenadores, etc.) con fins recreativos a un máximo de 2 horas ao día. • Minimizar o tempo de transporte motorizado (en coche, en autobús), e fomentar o transporte activo, recorrendo a pe ou en bicicleta, parte de camiño. 	
<p>Fonte⁹: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Actividad física para la salud y reducción del sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Ministerio de Educación Cultura y Deporte; 2015. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Recomendaciones_ActivFisica_para_la_Salud.pdf.</p>			

10.3.2. CRIBADO

Para coñecer o nivel de comportamento sedentario, propónse realizar unha pregunta sinxela, dirixida á familia e/ou aos/ás rapaces e rapazas, e que permita identificar a aqueles/as escolares que presentan niveis excesivos de comportamentos sedentarios.

Exemplo para a poboación de menos de 5 anos que xa anda: dedica máis de 1h seguida, mentres está esperto/a, a actividades sedentarias como estar sentado/a ou suxeito/a en cadeiras/carros/balancíns, ver a televisión, ordenador, móbil, etc.?

Debería realizarse en cada un dos controis de saúde do/da escolar e/ou cando se identifique unha oportunidade para abordalo.

10.3.3. INTERVENCIÓNS EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE OS COMPORTAMENTOS SEDENTARIOS

Propónse realizar unha intervención básica de consello e asesoramento para minimizar os comportamentos sedentarios.

A intervención debe facerse en función da idade e da súa maduración; e debe dirixirse á familia e ao contorno familiar.

Recoméndase aplicar a estratexia das 5 Aes do *US Preventive Service Task Force* para as intervencións de consello e asesoramento ([Anexo 10.2](#)).

O obxectivo é que todos/as os/as escolares non presenten comportamentos sedentarios excesivos segundo a súa idade.

10.3.4. OBSERVACIÓNS

Esta actuación debe integrarse nunha intervención global que inclúa, tamén, as intervencións sobre a actividade física e a prevención de lesións (por exceso de uso, especialización deportiva temperá ou inadecuada, etc.).

10.4. PREVENCIÓN DE PATOLOXÍA FÍSICO-DEPORTIVA NA IDADE INFANTO-XUVENIL

A actividade físico-deportiva como tal, pode ser causante directa de problemas de saúde, sexa incrementando as posibilidades de padecer patoloxía traumática ou mesmo, creando situacións de tensión, tanto física como mental³.

A continuación, expóñense algunhas recomendacións para reducir o risco de lesións físicas e psicolóxicas que pode provocar a práctica físico-deportiva na idade infanto-xuvenil.

Recomendacións para nenos/as deportistas menores de 18 anos

1. O obxectivo primordial da actividade físico-deportiva na idade escolar debe ser divertirse e adquirir habilidades e destrezas deportivas.
2. Para diminuír as lesións e as tensións, recoméndase participar en múltiples actividades físico-deportivas, polo menos ata a puberdade.
3. Na maioría dos deportes, o feito de evitar a especialización temperá, pode mellorar as posibilidades de que o/a deportista consiga as súas metas futuras.
4. A especialización adecuada, xunto coa diversificación inicial das actividades, poden aumentar as posibilidades de ter melloras durante unha vida deportiva mais longa, e a posibilidade de chegar á elite deportiva.
5. Se un/unha deportista decide especializarse de forma temperá debe coñecer os riscos.
6. O/a neno/a debe recoñecer as diferenzas entre as súas propias metas e as metas dos seus pais/nais e adestradores/as.
7. É importante que os/as pais/nais coñezan o deporte dos seus fillos/as e busquen a maneira de que esa actividade se realice da forma máis correcta posible.
8. É importante que os/as deportistas en idade escolar disfruten de, polo menos, tres meses de descanso da actividade deportiva principal ao ano, en prazos de 1 mes. Poderán seguir realizando outras actividades deportivas para manter o estado físico. Isto permitirá a recuperación do corpo e a mente do/da deportista.
9. Para diminuír o risco de lesións, deben disfrutar de 1 ou 2 días libres á semana, exentos do seu deporte específico.
10. O seguimento rigoroso do crecemento do/da deportista, tanto físico como mental, e do seu estado nutricional, é importante para avaliar a súa saúde³.

ANEXOS

ANEXO 10.1. SUMARIO DOS PRINCIPAIS BENEFICIOS DA ACTIVIDADE FÍSICA NA INFANCIA E ADOLESCENCIA

<p>Beneficios para a saúde durante a infancia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mellora e mantemento da forma física. 2. Mantemento do equilibrio de enerxía e prevención do sobrepeso e a obesidade. 3. Promoción do crecemento e o desenvolvemento saudables dos sistemas cardiovascular e músculo-esquelético. 4. Redución dos factores de risco relativos a: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermidades cardiovasculares. • Diabetes mellitus tipo 2. • Hipertensión arterial. • Hipercolesterolemia. 5. Mellora da saúde mental e do benestar psicolóxico a través de: <ul style="list-style-type: none"> • A redución da ansiedade e a tensión. • A redución da depresión. • A mellora da autoestima. • A mellora da función cognitiva. 6. Mellora das interaccións sociais: ofrece oportunidades de socialización e aprendizaxe de habilidades. 7. Aumenta a concentración, o que contribúe a ter mellores resultados académicos. 8. Mellora as habilidades motoras, a postura e o equilibrio.
<p>Mellora da saúde durante a idade adulta</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diminúe o desenvolvemento de factores de risco asociados a enfermidades crónicas na vida adulta como enfermidades do corazón, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, obesidade ou osteoporose, xa que moitos destes factores poden desenvolverse nas primeiras etapas da vida. 2. Redución da probabilidade de converterse nunha persoa obesa durante a idade adulta. 3. Redución da morbilidad e a mortalidade derivadas de enfermidades crónicas na idade adulta. 4. Mellora da masa ósea, o cal reduce a probabilidade de padecer osteoporose en etapas posteriores da vida
<p>Establecemento de modelos de actividade física durante toda a vida</p>	<p>Incremento das probabilidades de converterse nunha persoa adulta activa, con todos os beneficios que iso leva para a saúde, a calidade de vida e o benestar xeral.</p>
<p>Fontes^{1,8}:</p> <p>- Modificado de Aznar Lalín S, Webster T. Actividad física y salud en la infancia y la adolescencia. Guía para todas las personas que participan en su educación. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia; Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/actiFisica/docs/ActividadFisicaSaludEspanol.pdf.</p> <p>- Veiga Núñez OL, Martínez Gómez D. Actividad física saludable. Guía para el profesorado de educación física. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/educanaos/profesores_actividad_fisica.pdf</p>	

ANEXO 10.2. MODELO DAS 5 AES PARA AS INTERVENCIÓNS DE CONSELLO E ASESORAMENTO


Pescudar (en castelán "averiguar")	Preguntar sobre os factores e as condutas de risco, así como sobre os aspectos que afectan á elección ou cambio da conduta.
Aconsellar	Dar consellos claros, específicos e personalizados, e incluír información sobre os riscos/beneficios persoais.
Acordar	Pactar os obxectivos e os métodos máis apropiados, baseados nos intereses e na capacidade para o cambio do/da escolar.
Axudar	Usar técnicas que axuden aos/ás escolares a conseguir os obxectivos pactados, adquirindo as habilidades, a confianza e o apoio social/ambiental que favorece o cambio.
Asegurar	Fixar (asegurar) visitas de seguimento (no centro ou telefónicas) para axudar/apoiar, e para axustar o plan terapéutico como se necesite, incluída a derivación a unidades especializadas cando sexa necesario.

Fonte²: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo integral en estilo de vida en atención primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad; 2015. Dispoñible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf.


ANEXO 10.3. ESPECIALIZACIÓN DEPORTIVA E ADESTRAMENTO INTENSIVO NA IDADE INFANTO-XUVENIL

ESPECIALIZACIÓN DEPORTIVA E ADESTRAMENTO INTENSIVO EN DEPORTISTAS MOZOS/AS


BENEFICIOS DOS DEPORTES XUVENÍS




CONTRIBUCIÓN AO CUMPRIMENTO DAS RECOMENDACIÓNS DE ACTIVIDADE FÍSICA




ALTERNATIVA AO COMPORTAMENTO SEDENTARIO




SOCIALIZACIÓN ENTRE IGUAIS




ADQUISICIÓN DE HABILIDADES MOTORAS




TRABALLO EN EQUIPO



DIVERSIÓN



LIDERADO



AUTOESTIMA

DATOS RELACIONADOS

60-79 %

poboación escolar non cumpre as recomendacións mínimas de actividade física.

61-80 %


realiza deporte ou actividade física fóra do horario escolar.

60-79 %

poboación escolar ten un comportamento sedentario (> 2h/día).


RECOMENDACIÓNS

RECUPERACIÓN



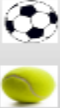
Desfrutar dun mes de descanso do deporte polo menos 3 veces/ano permite a recuperación física e psicolóxica.

OBJECTIVO PRINCIPAL




Divertirse e adquirir habilidades físicas mantidas no tempo.

ALTERNAR DEPORTES




Practicar deportes diferentes diminúe a posibilidade de lesións, estrés e esgotamento.

PREVENCIÓN DE LESIÓNS




Ter polo menos 1-2 días/semana de descanso do deporte pode diminuír a probabilidade de lesións.

ATRASAR ESPECIALIZACIÓN




Atrasar a especialización nun único deporte ata a adolescencia pode aumentar a probabilidade de lograr metas deportivas.

DIVERSIFICACIÓN TEMPERÁ E ESPECIALIZACIÓN TARDÍA



Aumenta a probabilidade de que adquiera o hábito deportivo de por vida, que manteña a súa condición física e a probabilidade de que sexa deportista de élite.



Fontes^{3,11}:

- Modificado de Brenner JS; Council on sports medicine and fitness. Sports specialization and intensive training in young athletes. Pediatrics. 2016;138(3).pii:e20162148.

- Fundación para la Investigación Nutricional (FIN). Informe 2016: actividad física en niños y adolescentes en España. Barcelona: FIN; 2016. Disponible en: <https://www.activehealthykids.org/wp-content/uploads/2016/11/spain-report-card-long-form-2016.pdf>.

198

BIBLIOGRAFÍA

1. Aznar Lalín S, Webster T. Actividad física y salud en la infancia y la adolescencia. Guía para todas las personas que participan en su educación. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia; Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/adultos/actiFisica/docs/ActividadFisicaSaludEspanol.pdf>.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo integral en estilo de vida en atención primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad; 2015. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf.
3. Brenner JS; Council on Sports Medicine and Fitness. Sports specialization and intensive training in young athletes. Pediatrics. 2016;138(3).pii:e20162148.
4. American College of Sports Medicine. Manual ACSM para la valoración y prescripción del ejercicio. Barcelona: Parramón; 2014.
5. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee I-M, et al. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. Med Sci Sports Exerc. 2011;43(7):1334-59.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf.
7. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. 2018 Physical activity guidelines advisory committee scientific report. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2018. Disponible en: https://health.gov/sites/default/files/2019-09/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf.
8. Veiga Núñez OL, Martínez Gómez D. Actividad física saludable. Guía para el profesorado de educación física. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/educanaos/profesores_actividad_fisica.pdf.

9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Actividad física para la salud y reducción del sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Ministerio de Educación Cultura y Deporte; 2015. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Recomendaciones_ActivFisica_para_la_Salud.pdf.

10. Tremblay MS, Aubert S, Barnes JD, Saunders TJ, Carson V, Latimer-Cheung AE, et al. Sedentary behavior research network (SBRN) – Terminology consensus project process and outcome. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2017;14:75.

11. Fundación para la Investigación Nutricional (FIN). Informe 2016: actividad física en niños y adolescentes en España. Barcelona: FIN; 2016. Disponible en: <https://www.activehealthykids.org/wp-content/uploads/2016/11/spain-report-card-long-form-2016.pdf>.

12. Pearson N, Braithwaite RE, Biddle SJH, Sluijs EMF van, Atkin AJ. Associations between sedentary behaviour and physical activity in children and adolescents: a meta-analysis. *Obes Rev.* 2014;15(8):666-75.

13. Tremblay MS, Chaput JP, Adamo KB, Aubert S, Barnes JD, Choquette L, et al. Canadian 24-hour movement guidelines for the early years (0–4 years): an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *BMC Public Health.* 2017;17(5):874.

14. Suchert V, Hanewinkel R, Isensee B. Sedentary behavior and indicators of mental health in school-aged children and adolescents: A systematic review. *Prev Med.* 2015;76:48–57.

15. Chinapaw M, Altenburg T, Brug J. Sedentary behaviour and health in children - Evaluating the evidence. *Prev Med.* 2015;70:1-2.

16. Tremblay MS, LeBlanc AG, Kho ME, Saunders TJ, Larouche R, Colley RC, et al.

Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2011;8:98.

17. Poitras VJ, Gray CE, Janssen X, Aubert S, Carson V, Faulkner G, et al. Systematic review of the relationships between sedentary behaviour and health indicators in the early years (0–4 years). *BMC Public Health.* 2017;17(5):868.

11. Prevención cardiovascular

Autoras: María Blanco Docanto e Carmen Amparo Rodríguez Lombardía

11.1. INTRODUCCIÓN

A enfermidade cardiovascular é a primeira causa de morte por enfermidades non transmisibles, segundo a Organización Mundial da Saúde (OMS). A enfermidade manifesta na infancia e na adolescencia é rara; con todo, os factores de risco que aceleran o desenvolvemento da aterosclerose comezan na infancia e existe unha crecente evidencia de que a redución do risco atrasa a progresión cara á enfermidade clínica¹.

11.2. PUNTOS A DESTACAR

A patoloxía cardiovascular é de orixe multifactorial e a súa prevención debe enfocarse dunha maneira integral, tendo en conta os distintos factores de risco: hipertensión arterial (HTA), dislipemia, obesidade, dieta, actividade física e tabaquismo.

O obxectivo é a promoción da saúde cardiovascular en nenos/as e adolescentes. Débese identificar e realizar unha adecuada abordaxe dos factores de risco específicos²:

- Promovendo unha dieta cardiosaudable.

- Diminuíndo o sedentarismo e aumentando a actividade física.
- Reducindo o tabaquismo activo e pasivo.
- Identificando os/as nenos/as obesos/as, detectando aumentos de peso repentinos.
- Controlando a presión arterial¹.

11.3. ASPECTOS ESPECÍFICOS

11.3.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

A hipertensión arterial é considerada un elemento de risco cardiovascular global. A prevalencia de HTA primaria en nenos/as e adolescentes está aumentando, en gran parte debido ao aumento do Índice de Masa Corporal (IMC) da nosa poboación, polos hábitos alimentarios e o sedentarismo infantil. A prevalencia de HTA moderada na idade pediátrica é moito maior do que se pensaba^{2,3}.

Para unha correcta medición da presión arterial (PA) recoméndase:

- Utilizar o método auscultatorio.
- Usar un manguito apropiado, de maneira que ocupe os 2/3 da lonxitude do brazo e cun tamaño adecuado á idade do/da neno/a ([Anexo 11.1](#)).
- Que o/a neno/a estea en decúbito supino ou sentado/a e con repouso de polo menos 5 minutos.

Definicións:

- Presión arterial (PA) normal: presión arterial sistólica (PAS) e presión arterial diastólica (PAD) < P90.
- PA normal-alta: PAS e/ou PAD entre $P \geq 90$ e $P < 95$ (en adolescentes $PA > 120/80$ mmHg, aínda que estean por baixo do P90).
- HTA: Valores de PAS ou PAD \geq ao P95.

Defínese segundo os percentís correspondentes á idade, o sexo e o talle. A *Task Force for Blood Pressure in Children* continúa sendo o estudo de elección para os valores de referencia¹.

Se as cifras de PA son as do [Anexo 11.2](#) debe consultarse a *Task Force for Blood Pressure in Children*.

Se a determinación de PA é maior ou igual do P90, unha soa medición non é suficiente, débense realizar outras dúas medicións con intervalo semanal e obter a media.

11.3.1.1. PREVENCIÓN

- Promover unha dieta cardiosaudable.
- Fomentar a práctica de actividade física.
- Evitar tabaco e alcohol⁴.

11.3.1.2. CRIBADO

Non hai evidencia directa de que o cribado de hipertensión arterial en nenos/as e adolescentes reduza os resultados cardiovasculares adversos en adultos. Necesítanse estudos adicionais para mellorar o diagnóstico e a estratificación de risco dos/das nenos/as con presión arterial elevada e para cuantificar os riscos e os beneficios das intervencións⁵.

A evidencia é insuficiente para recomendar un cribado rutineiro de HTA en nenos/as e adolescentes, con todo, a toma de PA antes dos 14 anos permite o diagnóstico da HTA secundaria e o despistaxe da HTA primaria de inicio na adolescencia. Ademais, o cribado de HTA en nenos/as e adolescentes non demostrou efectos adversos na saúde².

11.3.1.3. INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Recoméndanse dúas tomas de PA durante os primeiros 14 anos:

- A primeira entre os 3 e 6 anos.
- A segunda a partir dos 11 anos².

O [Anexo 11.3](#) recolle o manexo diagnóstico e terapéutico da HTA.

11.3.2. HIPERCOLESTEROLEMIA

A importancia clínica radica na demostrada relación entre as dislipemias (hipercolesterolemia) e o desenvolvemento da enfermidade cardiovascular futura⁶.

A aterosclerose comeza na infancia e os niveis máis altos de LDL-colesterol (LDL-C) asóciase coa presenza e gravidade das lesións arterioescleróticas.

A diminución de LDL-C na infancia atrasa a aterosclerose, polo menos en pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigota⁷.

No [Anexo 11.4](#) preséntanse os niveis de risco de colesterol¹.

11.3.2.1. PREVENCIÓN

- Promover unha dieta cardiosaudable.
- Fomentar a práctica de actividade física.
- Evitar tabaco, alcohol⁴.

11.3.2.2. CRIBADO

Débase realizar cribado en nenos/as maiores de 2 anos se existen factores de risco:

- Familiares de primeiro grao que padecesen algunha forma de cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular ou morte súbita antes dos 55 anos en homes ou 65 anos en mulleres.
- Familiares adultos directos con colesterol total (CT) maior de 240 mg/dl.
- Nenos/as obesos/as ou con outros factores de risco como dieta desequilibrada, tabaquismo, HTA, diabetes e/ou sedentarismo.
- Se se descoñece a historia familiar (adoptados)⁶.

Basear a recomendación de cribado na historia familiar fará que se perdan moitos nenos/as con LDL-C elevado. Por iso, aínda que non existe suficiente evidencia científica para

facer ou non un cribado universal⁷, a última recomendación do *Expert Panel on Integrated Guidelines for Cardiovascular Health and Risk Reduction in Children and Adolescents* é realizar cribado de hipercolesterolemia en todos os/as nenos/as polo menos unha vez entre os 9 e os 11 anos e de novo entre os 17 e os 21 anos¹.

11.3.2.3. INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Recomendacións dietéticas en todos os controis de saúde de 2 a 14 anos.

Control analítico en pacientes con factores de risco e polo menos unha vez a todos os nenos e nenas entre os 9 e 11 anos.

O algoritmo de diagnóstico e manexo de dislipemia preséntase no [Anexo 11.5](#).

Os/as pacientes que deberían recibir tratamento farmacolóxico son os seguintes:

- Os/as nenos/as maiores de 8 - 10 anos con LDL-C > 190 mg/dl que persiste máis de 6 meses a pesar de dieta ben feita e descartándose formas secundarias.
- Os/as nenos/as maiores de 8 - 10 anos con LDL-C > 160 mg/dl e ata 2 factores de risco cardiovascular (HTA, tabaquismo, HDL-C < 35 mg/dl, diabetes...).
- Os/as nenos/as maiores de 10 anos con LDL-C > 130 mg/dl e máis de 2 factores de risco cardiovascular agregados ou algún estado de saúde que signifique un risco agregado.
- Os/as nenos/as maiores de 10 anos con valores de triglicéridos > 500 mg/dl logo de 6 meses de dieta hipolipemiente e plan de actividade física⁸.

11.4. RECOMENDACIÓNS

- Promoción dunha dieta saudable en todos os controis de saúde. Promover unha dieta cardiosaudable nos menús escolares^{9,10}.
- Promoción da actividade física en centros educativos, establecendo programas extraescolares de exercicio físico non competitivo (xogos, etc.), e tentar que o

adolescente viva a práctica de exercicio físico como un valor apreciado, implicando ás familias, aos educadores e ao resto dos axentes sociais.

- Evitar o sedentarismo: A Academia Americana de Pediatría (AAP) recomenda diminuír as actividades sedentarias (televisión, xogos de computador, etc.) a menos de 2 horas ao día nos/nas nenos/as > 2 anos^{10,11}.
- Realizar cribado de sobrepeso/obesidade e detección precoz da poboación de risco (IMC dos proxenitores, estilos de vida, rebote adiposo e distribución troncular da graxa), sobre a que se deberá incidir de maneira especial¹².
- Consello antitabáquico á muller embarazada, pais/nais, escolares e adolescentes, en todas as visitas do Programa de saúde infantil:
 - Preguntar polo hábito tabáquico a pais/nais e adolescentes.
 - Ofertar plan de axuda aos/ás pais/nais e os/as adolescentes fumadores.
 - Colocar carteis/folletos con contido antitabaco nas consultas e salas de espera¹³.
- Cribado de HTA con dúas tomas de PA durante os primeiros 14 anos.
- Cribado de dislipemia, cunha determinación entre os 9 - 11 anos, e en todos os/as nenos/as con factores de risco.
- Cribado de diabetes mellitus tipo 2 ou prediabetes, segundo recomenda a Asociación Americana de Diabetes¹⁴, en rapaces/rapazas (despois do inicio da puberdade ou despois dos 10 anos de idade, o que ocorra antes) con sobrepeso ou obesidade e que teñen un ou máis dos seguintes factores de risco adicionais para diabetes:
 - Historia materna de diabetes ou diabetes xestacional durante a xestación do/da neno/a.
 - Historia familiar de diabetes mellitus tipo 2 en parentes de 1º ou 2º grao.

- Raza/etnia (americano/a nativo/a, americano/a, africano/a, latino/a, americano/a asiático/a, insular do Pacífico).
- Signos de resistencia á insulina ou condicións asociadas coa resistencia á insulina (acantose *nigricans*, hipertensión arterial, dislipemia, síndrome de ovario poliquístico, ou peso ao nacer baixo para a idade xestacional)¹⁴.

ANEXOS

ANEXO 11.1. RECOMENDACIÓNS TAMAÑO DO MANGUITO

Idade	Tamaño de manguito	
	Ancho	Largo
Recentemente nado/a	4 cm	8 cm
Lactante	6 cm	12 cm
Neno/a	9 cm	18 cm
Adolescente	10 - 12 cm	24 cm
Adulto/a	13 - 16 cm	30 cm

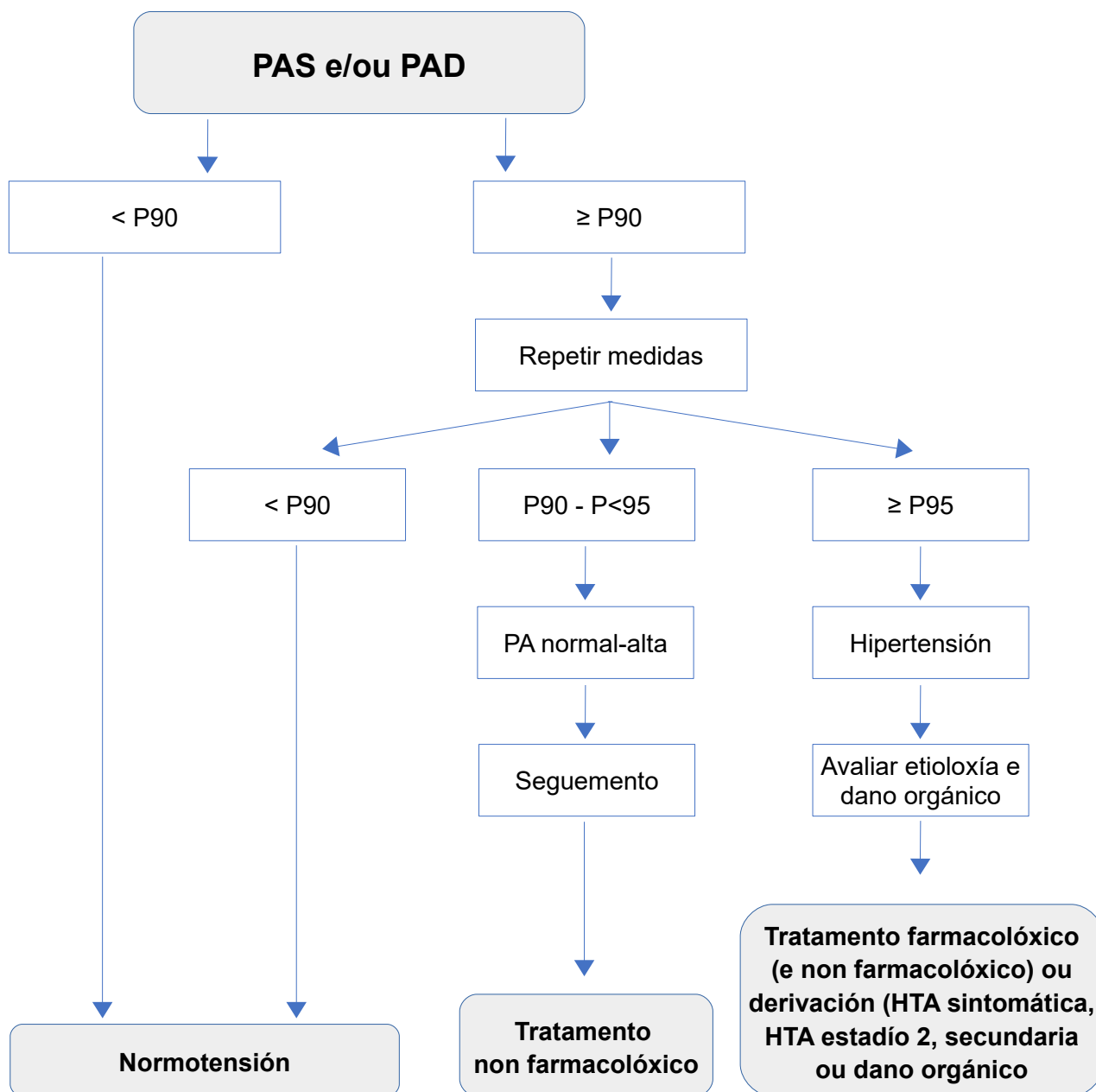
Fonte: elaboración propia.

ANEXO 11.2. VALORES DE PRESIÓN ARTERIAL QUE REQUIREN UNHA AVALIACIÓN ADICIONAL

Idade (anos)	PA, mm Hg			
	Nenos		Nenas	
	PA sistólica	PA diastólica	PA sistólica	PA diastólica
1	98	52	98	54
2	100	55	101	58
3	101	58	102	60
4	102	60	103	62
5	103	63	104	64
6	105	66	105	67
7	106	68	106	68
8	107	69	107	69
9	107	70	108	71
10	108	72	109	72
11	110	74	111	74
12	113	75	114	75
13	120	80	120	80

Fonte¹⁶: Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, Blowey D, Carroll AE, Daniels SR, et al. Clinical practice guideline for screening and management of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics*. 2017;140(3):e20171904.

ANEXO 11.3. MANEXO DIAGNÓSTICO E TERAPÉUTICO DA HTA



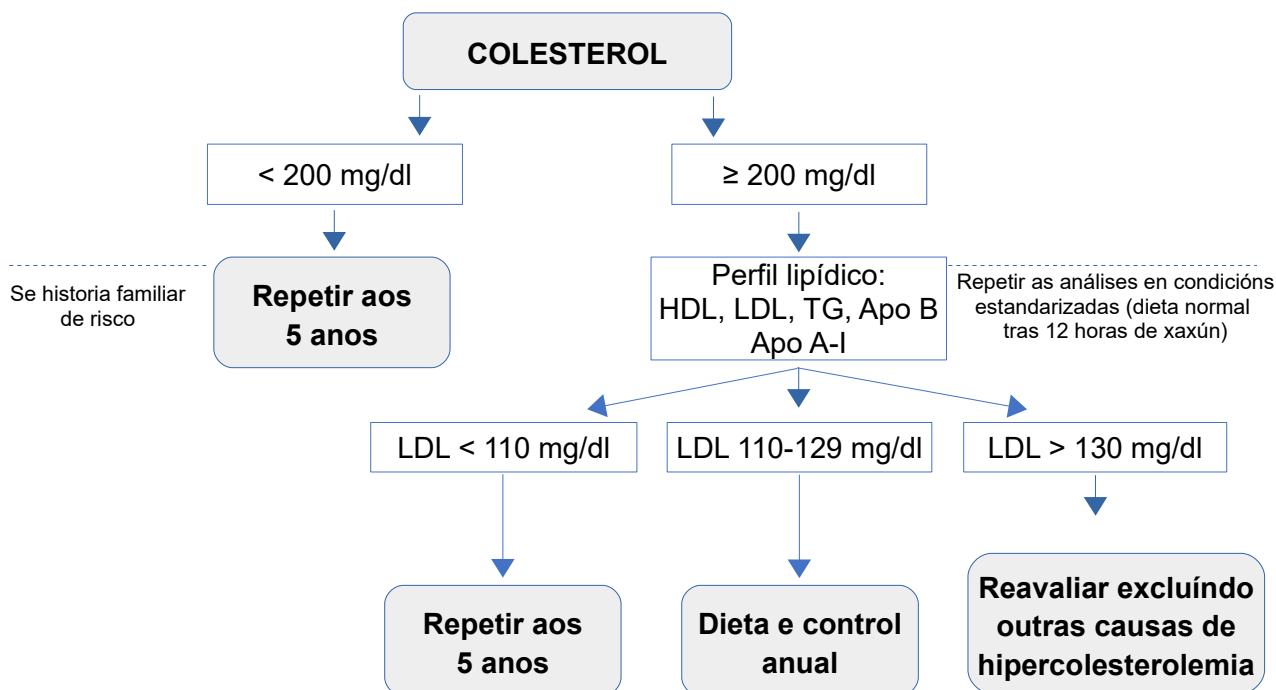
Fonte: elaboración propia.

ANEXO 11.4. NIVEIS DE LÍPIDOS PLASMÁTICOS EN NENOS/AS E ADOLESCENTES

Táboa 11.3. Niveis de lípidos plasmáticos en nenos/as e adolescentes			
Categoría	Acceptable (mg/dl)	Límite (mg/dl)	Alto (mg/dl)
CT	< 170	170 - 199	≥ 200
LDL-C	< 110	110 - 129	≥ 130
Apo B	< 90	90 - 109	≥ 110
TG			
0 - 9 anos	< 75	75 - 99	≥ 100
10 - 19 anos	< 90	10 - 129	≥ 130
HDL-C	> 45	40 - 45	< 40
Apo A-1	> 120	115 - 120	< 115

Fonte¹: Daniels SR; Benuck I, Christakis DA; Dennison BA, Gidding SS; Gillman MW, et al. Expert panel on integrated guidelines for cardiovascular health and risk reduction in children and adolescents. Summary report. USA: National Institutes of Health; 2012. Dispoñible en: https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/peds_guidelines_sum.pdf.

ANEXO 11.5. ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO E MANEXO DE DISLIPEMIA



Fonte: elaboración propia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Daniels SR, Benuck I, Christakis DA, Dennison BA, Gidding SS, Gillman MW, et al. Expert panel on integrated guidelines for cardiovascular health and risk reduction in children and adolescents. Summary report. USA: National Institutes of Health; 2012. Disponible en: https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/peds_guidelines_sum.pdf.
2. Cortes O, revisor. Perlinfad. Las perlas de PrevInfad [Internet]. Cribado de hipertensión en niños y adolescentes para prevenir la enfermedad cardiovascular; 2013 [acceso 13 febreiro 2020]. Disponible en: <https://perlinfad.wordpress.com/2013/10/06/cribado-de-hipertension-en-ninos-y-adolescentes-para-prevenir-la-enfermedad-cardiovascular/>.
3. Lurbe E, Cifkova R, Cruickshank JK, Dillon MJ, Ferreira I, Invitti C. Manejo de la HTA en niños y adolescentes: Recomendaciones de la Sociedad Europea de Hipertensión. An Pediatr. 2010;73(1):51.e1-51.e28.
4. De la Cerda F, Herrero C. Hipertensión arterial en niños y adolescentes. Protoc diagn ter pediatr. 2014;1:171-89.
5. Thompson M, Dana T, Bougatsos C, Blazina I, Norris S. Screening for hypertension in children and adolescents to prevent cardiovascular disease. Pediatrics. 2013;131(3):490-525.
6. Dalmau J, Vitoria I, Ferrer B. Dislipemias. En: SEGHNPAEP, coordinador. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica SEGHNPAEP. Madrid: ERGON; 2010. p. 359-64.
7. Cortés O, revisor. Perlinfad. Las perlas de PrevInfad [Internet]. Nueva guía de cribado cardiovascular para niños y adolescentes. ¿Debemos realizar cribado de colesterol a toda la población infantil?; 2012 [acceso 13 febreiro 2020]. Disponible en: <https://perlinfad.wordpress.com/2012/04/24/nueva-guia-de-cribado-cardiovascular-para-ninos-y-adolescentes-debemos-realizar-cribado-de-colesterol-a-toda-la-poblacion-infantil/>.
8. Araujo MB, Casavalle P, Tonietti M. Consenso sobre manejo de las dislipidemias en pediatría. Arch Argent Pediatr. 2015;113(2):177-86.

9. Palomo E, Bahillo P, Bueno G, Feliu A, Gil-Campos M, Lechuga-Sancho AM, et al. Recommendations of the Spanish paediatric endocrinology society working group on obesity on eating habits for the prevention of obesity and cardiovascular risk factors in childhood. *An Pediatr*. 2016;84(3):178 e1-178e7.
10. Noreña-Peña A, García P, Sospedra I, Martínez-Sanz JM, Martínez-Martínez G. Dislipidemias en niños y adolescentes: factores determinantes y recomendaciones para su diagnóstico y manejo. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2018;22(1):72-91.
11. Martínez-Vizcaíno V, Sánchez-López M. Relación entre actividad física y condición física en niños y adolescentes. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61(2):108-11.
12. Lama RA, Alonso A, Gil-Campos M, Leis R, Martínez V, Morais A, et al. Obesidad infantil. Recomendaciones del Comité de nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Parte I. Prevención. Detección precoz. Papel del pediatra. *An Pediatr*. 2006;65(6):607-15.
13. Suárez RG. Tabaquismo en el niño. *An Pediatr Contin*. 2012;10(2):115-9.
14. American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes: standards of medical care in diabetes-2020. *Diabetes Care*. 2020;43(1):S14-S31.
15. Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, Blowey D, Carroll AE, Daniels SR, et al. Clinical practice guideline for screening and management of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics*. 2017;140(3):e20171904.

12. Prevención e manexo da obesidade infantil

Autores: M^a José Méndez Bustelo, Jorge Pons García e Ana M^a Martínez Lorente

12.1. INTRODUCCIÓN

A obesidade defínese como unha enfermidade crónica, complexa e multifactorial, caracterizada por un cúmulo de masa graxa¹.

12.1.1. SITUACIÓN ACTUAL

A pesar de que a prevalencia da obesidade infantil parece que se atopa estancada, e mesmo que baixou nos últimos anos, as cifras no noso país continúan a ser inaceptables, cunha prevalencia dun 18,1 % de obesidade e dun 23,2 % de sobrepeso en nenos/as de 6 a 9 anos, utilizando os estándares de crecemento da Organización Mundial da Saúde (OMS)².

A obesidade na idade pediátrica é pois, un dos problemas de saúde pública máis importantes da nosa sociedade, non só pola súa prevalencia, senón porque existe unha clara relación entre obesidade e enfermidade. A obesidade provoca alteracións a nivel psíquico, con dificultades para a integración ou aceptación da imaxe corporal, e tamén a nivel físico, cun incremento na morbilidade e mortalidade, tanto a curto prazo (infancia e adolescencia) ([Anexo 12.1](#)) como a longo prazo (vida adulta)³. Por outro lado, a

probabilidade de que a obesidade na infancia persista na idade adulta vai desde un 20 % na idade preescolar ata un 80 % cando comeza na adolescencia⁴.

12.2. PUNTOS A DESTACAR

O diagnóstico de obesidade está subordinado á cuantificación do exceso de contido graxo no organismo, pero a medición directa da masa graxa é imposible na práctica clínica. É por iso que se acepta internacionalmente o uso do Índice de Masa Corporal (IMC) como indicador indirecto da adiposidade, tanto en estudos epidemiolóxicos como no cribado clínico⁵ despois dos dous anos de idade. Antes dos dous anos é necesario valorar o peso en relación coa lonxitude.

12.2.1. CONTROVERSIAS DA DEFINICIÓN: GRÁFICAS, PERCENTÍS E PUNTOS DE CORTE

Durante o desenvolvemento do/da neno/a e do/da adolescente prodúcese cambios fisiolóxicos nos parámetros antropométricos (peso, talle, IMC, circunferencias...) en función do sexo e idade, polo que para expresar os límites da normalidade ou o grao de obesidade, é necesario comparalos coa poboación de referencia para a súa mesma idade e sexo. A existencia na actualidade de distintas gráficas de distribución do IMC para diferentes poboacións de referencia, fai difícil a comparación da prevalencia da obesidade entre os distintos estudos epidemiolóxicos.

Dado que nos últimos anos produciuse un importante incremento da adiposidade, co conseguinte aumento do risco metabólico, se se utilizan gráficas obtidas recentemente tenderá a normalizarse a obesidade, a prevalencia será baixa e non se reflectirá o risco real. Por isto, a *Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil* do SNS⁶ así como algúns grupos científicos^{7,8} recomendan utilizar as gráficas da Fundación Orbeagozo⁹ de 1988, elaboradas nunha época na que non existía o actual problema de peso. Empregando estas gráficas, considerarase un IMC \geq P90 como exceso de peso e un IMC \geq P97 como obesidade.

Con todo, na procura de unificar criterios, tamén se pode recomendar o emprego das gráficas da OMS¹⁰ (calculadas a partir de datos lonxitudinais de nenos/as sans/sas de varios países, alimentados con lactación materna e en condicións saudables, que xa se utilizan en máis de 150 países, o que lles da validez internacional), así como os puntos de Cole¹¹ do *International Obesity Task Force* (IOTF) ([Anexo 12.2](#)). Debe terse en conta que, dependendo das gráficas utilizadas, o punto de corte para definir sobrepeso e obesidade pode variar. En xeral o sobrepeso diagnósticase cun IMC \geq P85, a obesidade cun IMC \geq P95 e a obesidade mórbida cun IMC \geq P99.

Por outra banda, débese destacar que o risco metabólico non só depende da adiposidade, senón tamén da súa distribución, de tal maneira que aumenta co incremento da graxa visceral. Por iso, faise necesario a avaliación de parámetros antropométricos indicadores da mesma. Aínda que non existe un consenso xeneralizado, a maioría dos autores consideran útil a determinación do perímetro de cintura en nenos/as maiores de 2 anos considerando patolóxico valores $>$ P90 da distribución da circunferencia de cintura para a súa idade e sexo do estudio enKid¹².

12.2.2. ETIOLOXÍA

O diagnóstico etiolóxico divídese en dous grandes grupos ([Anexo 12.3](#)):

- Obesidade esóxena de etiloxía multifactorial, que corresponde a máis do 95 % dos casos.
- Obesidade endóxena ou orgánica, asociada a síndromes polimalformativos, alteracións hormonais ou doutra causa.

12.3. ASPECTOS ESPECÍFICOS

Un estilo de vida saudable adquirese máis facilmente na infancia que noutras etapas da vida, por iso é moi importante fomentalo desde o nacemento. Os/as expertos/as coinciden en sinalar que os resultados do tratamento da obesidade, unha vez establecida, son pouco alentadores. Por esa razón, os esforzos deben dirixirse cara a prevención, mediante consellos e educación sanitaria a toda a poboación¹³.

12.3.1. PREVENCIÓN PRIMARIA

Desde atención primaria (AP) débense fomentar **estilos de vida saudables nas familias** para reducir o risco de enfermidades crónicas, mellorar o estado de saúde e a calidade de vida da poboación, sen centrarse unicamente no peso corporal. Conséguese mediante a educación para a saúde en calquera visita do/da neno/a e a súa familia ao centro de saúde, para o cal débese implicar a todos os/as profesionais do equipo de AP. As estratexias de prevención baséanse en consellos dirixidos a toda a poboación ([Anexo 12.4](#)). Os hábitos que se establecen na infancia tenden a persistir na idade adulta¹⁴.

12.3.2. CRIBADO

Realízase mediante unha valoración antropométrica do peso, talle (ou lonxitude) e IMC en todos os controis de saúde, e levando as medicións obtidas ás gráficas de crecemento para coñecer a tendencia e comportamento temporal.

O obxectivo é a **procura activa de nenos/as con risco elevado** de desenvolver obesidade, avaliando a presenza de factores de risco, para poder realizar unha intervención temperá ([Anexo 12.5](#)).

12.3.3. INTERVENCIÓNS EN ATENCIÓN PRIMARIA ([ANEXO 12.6](#))

Ante un/unha neno/a con sobrepeso/obesidade débese comunicarlle o diagnóstico sen xerar rexeitamento, evitando a estigmatización e a diminución da autoestima do/da rapaz/a e sen culpar ás familias.

Débese crear un clima empático mediante a entrevista motivacional, con preguntas abertas e evitando impoñer cambios ata que non sexan plenamente conscientes do problema.

Recoméndase facer unha **historia clínica** na que se recolla:

- **Antecedentes:**
 - Antecedentes familiares: datos somatométricos de proxenitores e irmáns/irmás; factores de risco en familiares de primeiro grao como hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2, tabaquismo ou enfermidade cardiovascular

(sobre todo se acontecen prematuramente, < 55 anos en varóns e < 60 anos en mulleres).

- Antecedentes persoais relacionados coa obesidade: idade de inicio da obesidade (se ocorre antes dos 6 meses, descartar obesidade monoxénica), peso ao nacer, tipo de alimentación durante o período de lactante e duración, idade de introdución de alimentación complementaria (AC), enfermidades relevantes e tratamentos que recibe, historia de lesión no sistema nervioso central (SNC) ou de disfunción neuroendocrina.
- **Exploración física**¹⁵:
 - Antropometría incluíndo circunferencia de cintura e o cálculo da velocidade de crecemento (se a velocidade é baixa, orientará cara un problema hormonal).
 - Medida de presión arterial.
 - Busca de signos e síntomas que poidan orientar á causa da obesidade ou á presenza de comorbilidade asociada:
 - Aspecto xeral (xiba búfalo, xinecomastia...).
 - Pel e mucosas (hiperpigmentación, acantose, estrías, acne, hirsutismo...).
 - Bocio.
 - Hepatomegalia.
 - Alteracións ortopédicas (xenu valgo, pes planos, arqueamento da tibia - enfermidade de Bount-...).
 - Oligo ou amenorrea (ovario poliquístico) / hipogonadismo.
 - Atraso do crecemento, talle baixo (déficit de hormona de crecemento, hipotiroidismo...).
 - Trazos dismórficos (síndromes xenéticos).

- **Exames complementarios**¹⁶:

- Bioquímica: glicemia basal, perfil lipídico, probas hepáticas, función tiroidea, insulinemia, vitamina D.
- Radiografía de carpo para valorar a idade ósea.
- Ecografía abdominal se procede (sospeita de esteatose, ovario poliquístico...)

12.3.3.1. PROPOSTA DE PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN NOS CASOS DE OBESIDADE EN AP ([ANEXO 12.7](#))

Unha vez establecido o diagnóstico, e preciso asegurarse de que tanto o/a paciente como a súa familia están de acordo con iniciar o tratamento, seguindo o modelo de motivación para o cambio de Prochaska e DiClemente¹⁷.

Se a familia e o/a neno/a coinciden en abordar xuntos o problema, as intervencións deben centrarse na familia como “axentes de cambio”, en lugar de traballar só co/coa neno/a, empregando a entrevista motivacional^{18,19}.

Nestes casos, programaranse as consultas necesarias para facer:

- Avaliación nutricional: unha avaliación detallada da achega calórica non é práctica no contorno de AP, polo que farase un enfoque orientado aos problemas:
 - Calidade: grupos de alimentos, preferencias, alimentos rexeitados, bebidas azucradas, alimentos hipercalóricos, comida precociñada...
 - Cantidade: valorar o tamaño das porcións segundo idade e sexo.
 - Comensalidade: con quen come e onde (comedores escolares, restaurantes comida rápida).
 - Distribución da achega ao longo do día: se non almorza, se salta comidas...

Pódese solicitar un autorregistro de alimentos de 24 horas ou de 3 días, o que permite facelo/a consciente dos seus propios erros.

- Valoración da actividade física e do sedentarismo:
 - Tempo adicado á práctica de actividade física, tanto estruturada (xogo, deporte ...) como a actividade física cotiá (como vai ao colexio...).
 - Tipo de exercicio: aeróbico / anaeróbico...
 - Coñecer capacidades e preferencias.
 - Identificar barreiras e recursos: dispoñibilidade de tempo, accesibilidade a parques ou instalacións deportivas...
 - Analizar as causas do abandono do exercicio ou do deporte, no caso de telo realizado anteriormente, sobre todo na adolescencia.
 - Débese facer tamén unha valoración do sedentarismo, xa que constitúe un factor de risco por se mesmo, con independencia da actividade física: tempo adicado ao ocio sedentario (televisión, videoxogos, ordenador, estudos...).

É fundamental promover a corresponsabilidade dos pais, nais ou titores, así como o seu papel como modelos de comportamentos e hábitos saudables.

En lugar de obxectivos de perda de peso, en AP é preferible corrixir os erros ([Anexo 12.8](#)) detectados na avaliación da dieta e da actividade física, tendo en conta que:

- Os obxectivos pactaranse individualmente coa persoa afectada e a súa familia, incluíndo se é preciso a outras persoas do contorno que estean implicadas na alimentación (coidadores/as, colexio...).
- Limitar ou pactar o consumo de alimentos, e preferiblemente ás prohibicións.
- Modificar só os erros detectados, evitando cambios moi drásticos.
- Iniciar os cambios por aqueles que supoñen menos esforzo.
- Fraccionar e introducir paulatinamente novos cambios a medida que se van conseguindo.
- Respectar na medida do posible as súas preferencias.

12.3.4. CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Obesidade con sospeita de posible causa orgánica.
- Obesidade en idades temperás (< 2 anos).
- Presenza de comorbilidades.
- Graos extremos de obesidade.
- Persoas que fracasaron en intentos previos (perda de peso) dirixidos e apoiados por un profesional sanitario en AP.
- Derivarase á Unidade infanto-xuvenil de saúde mental de referencia se existe patoloxía psiquiátrica asociada ou alteracións psicolóxicas, como trastornos da conduta alimentaria, depresión...

12.4. RECOMENDACIÓNS

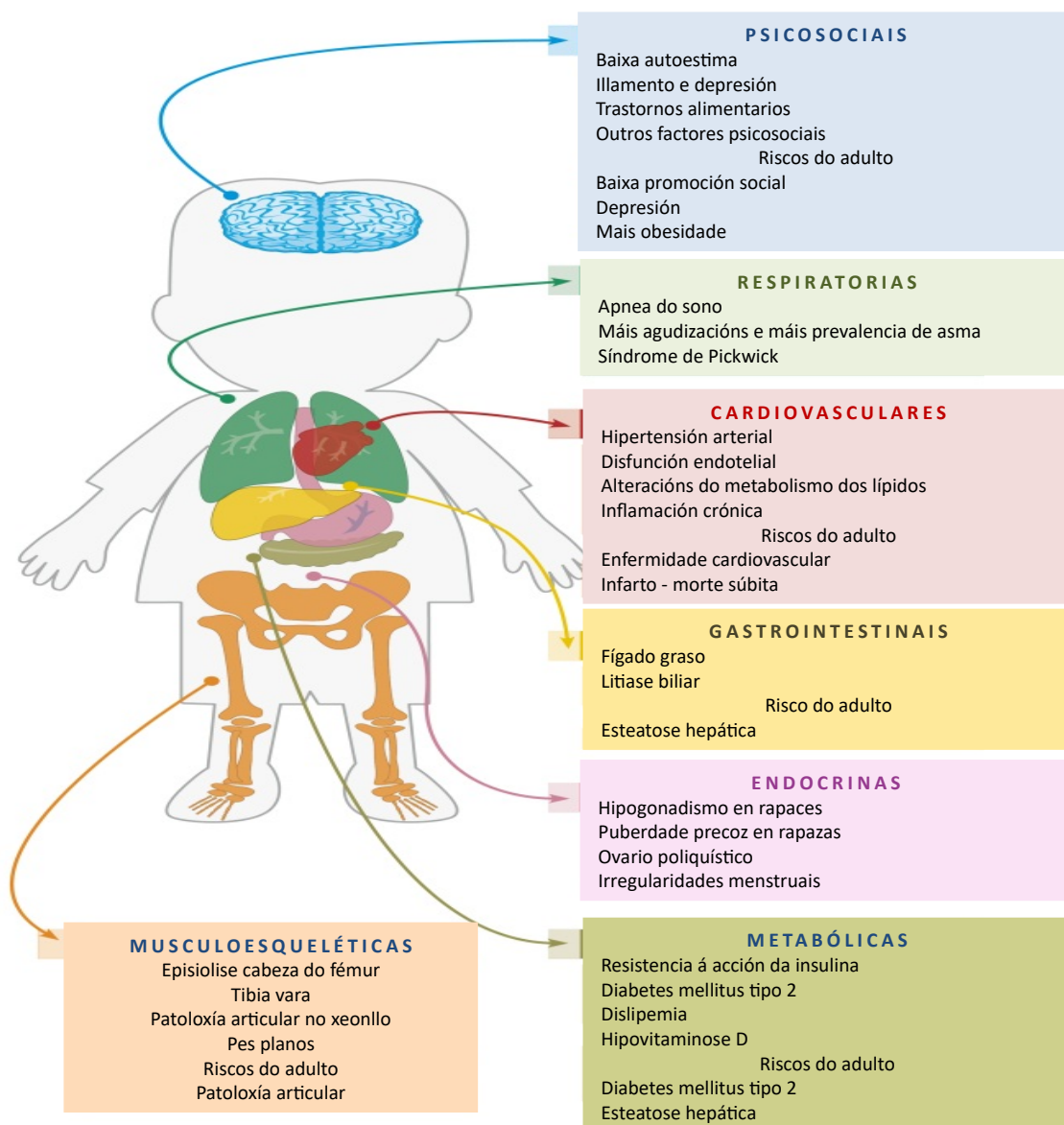
- Mellorar a calidade da alimentación.
- Aumentar a actividade física (> 1 hora/día). O exercicio aumenta o gasto enerxético, mellorando a sensibilidade á insulina e diminuíndo a lipoxénese. Débese promover unha vida activa.
- Diminuír as horas de actividades de ocio sedentarias (< 2 horas/día).
- Outras: hixiene do sono, comer amodo...

Os/as pediatras e os/as enfermeiros/as de pediatría de AP deben tamén intervir no contorno:

- Participando en programas para a saúde nas escolas.
- Implicando ás autoridades políticas e sanitarias locais.

ANEXOS

ANEXO 12.1.COMPLICACIÓNS DA OBESIDADE INFANTIL



Fonte²⁰: modificado de Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. Lancet. 2002;360:473-82.

ANEXO 12.2. DIAGNÓSTICO DE OBESIDADE^{6,7,8,9,10}

	SOBREPESO	OBESIDADE
Poboación adulta	IMC \geq 25 e IMC < 30	IMC \geq 30
Nenos/as con fins clínicos	IMC \geq P90 de Orbegozo 88	IMC \geq P97 de Orbegozo 88
Nenos/as con fins epidemiolóxicos	<ul style="list-style-type: none"> • OMS: <ul style="list-style-type: none"> - De 0 a 5 anos (gráfica de peso para estatura): sobrepeso > 2 DE* - De 5 a 19 anos (gráfica de IMC): sobrepeso > 1 DE • Puntos Cole IOTF 	<ul style="list-style-type: none"> • OMS: <ul style="list-style-type: none"> - De 0 a 5 anos (gráfica de peso para estatura): obesidade > 3 DE - De 5 a 19 anos (gráfica de IMC): obesidade > 2 DE • Puntos de Cole IOTF

*DE: desviacións estándar. IOTF: International Obesity Task Force.

ANEXO 12.3. ETIOLOXÍA DA OBESIDADE

Obesidade de causa exóxena (95 %)	<ul style="list-style-type: none"> - Dieta inadecuada - Diminución da actividade física - Sedentarismo - Outras causas: sono, flora intestinal, graxa parda...
Obesidade de causa endóxena (5 %)	<ul style="list-style-type: none"> - Síndromes xenéticas: <ul style="list-style-type: none"> • Obesidade monoxénica (alteración de xenes do sistema adipocito-hipotálamo). • Asociada a síndromes polimalformativos: Síndrome de Prader-Willi, Síndrome de Laurence-Moon-Biedl, Síndrome de Cohen, Síndrome de Alström... • Lesións do SNC: traumatismos, tumores, infeccións. • Endocrinopatías: hipopituitarismo, hipotiroidismo, Síndrome de Cushing, Síndrome de Mauric, Síndrome de Stein-Leventhal... • Fármacos: corticoides, ácido valproico...

Fonte: elaboración propia.

ANEXO 12.4. RECOMENDACIÓNS PARA PREVIR A OBESIDADE EN FUNCIÓN DA IDADE

Recomendacións antes e durante a xestación
<ul style="list-style-type: none"> • Normalizar o peso antes da xestación. • Deixar de fumar. • Controlar que o aumento de peso non supere os 10 - 12 kg durante o embarazo. • Manter unha alimentación sa e equilibrada. • Practicar actividade física e exercicio adecuado regularmente.
Recomendacións durante os 2 primeiros anos
<ul style="list-style-type: none"> • Promover e apoiar a lactación materna exclusiva nos 6 primeiros meses. • En caso de dar preparados para lactantes, instruír sobre a súa preparación correcta. • Non forzar a inxesta, respectando os sinais de saciedade do/da neno/a. • Introducir a AC despois dos 6 meses. • Potenciar a mastigación a partir dos 9 - 10 meses e evitar o uso de biberón a partir do ano. • Non ofrecer televisión/ordenadores como ocio ou entretemento. • Estimular a actividade física.
Recomendacións para nenos/as de 2 a 5 anos
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar en que consiste a neofobia alimentaria, e recordar que adoita ser preciso ofrecer un alimento novo unhas 10 veces como mínimo para que o acepten. • Nesta etapa de inapetencia fisiolóxica, evitar compensar a alimentación con condutas inadecuadas, como manter o biberón como extra ou dalo mentres durme... • Introducir normas e pautas para unha alimentación sa (horario regular, comer en familia, non ver televisión mentres se come, menús e porcións adecuados...) • Establecer unha relación de alimentación saudable pronta na vida, evitando patróns de alimentación excesivamente restritivos ou excesivamente permisivos. • Recomendar a auga como bebida (non substituír por zumes ou refrescos). • Evitar premiar con alimentos ricos en azucres e graxas (croissants, lambetadas...). • Limitar a menos de 2 horas/día o ocio sedentario (televisión, videoxogos, ordenador...). • Promover os xogos activos e a actividade física en familia.
Recomendacións na idade escolar e adolescencia
<ul style="list-style-type: none"> • Dieta variada e equilibrada que inclúa todos os grupos de alimentos. Estimular a dieta rica en froitas, verduras, hortalizas e alimentos ricos en fibra (legumes e cereais). Limitar o consumo de graxas saturadas e o consumo excesivo de derivados lácteos e azucres. • É bo adquirir o hábito de facer 5 comidas. Non omitir o almorzo e para o recreo é mellor levar froita ou bocadillo que zumes e bolos industriais. • Comer sempre que sexa posible coa familia e sen televisión. • A auga é a única bebida para comer. • Favorecer a autonomía dos/das nenos/as respecto ás variacións individuais do apetito,

<p>non forzar a comer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procurar que a hora da comida sexa un momento para o diálogo. • Promover a actividade física.

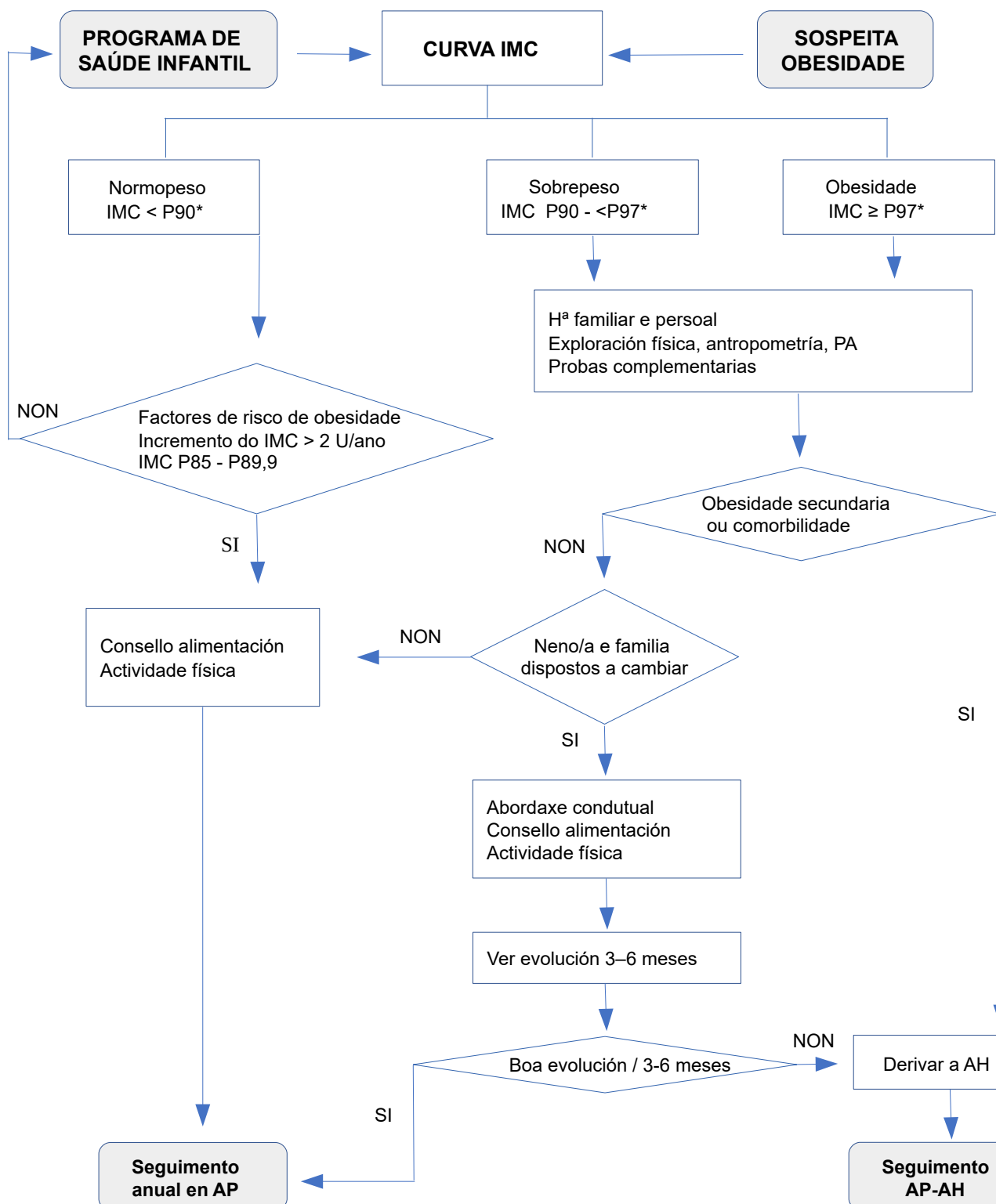
Fonte: elaboración propia.

ANEXO 12.5. FACTORES DE RISCO DE PRESENTAR OBESIDADE

Fetal/perinatal	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidade materna antes ou durante o embarazo. • Excesiva ganancia de peso durante a xestación. • Diabetes xestacional. • Tabaquismo materno.
Primeiro ano de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Nenos/as con baixo peso ou de peso elevado ao nacemento. • Nenos/as que aumentan rapidamente de percentil de peso no primeiro ano de vida. • Ausencia de lactación materna ou curta duración. • Precocidade de introdución da AC.
Infancia	<ul style="list-style-type: none"> • Rebote adiposo antes dos 5 anos. • Aumento rápido de máis de 2 unidades de IMC cada ano, a partir dos 8 anos.
Adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> • Nenos/as con brote puberal precoz. • Obesidade na adolescencia (80 % de probabilidade de obesidade na etapa adulta).
Factores xenéticos e sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar de obesidade, diabetes tipo 2, hiperlipidemia e hipertensión arterial. Se un dos proxenitores é obeso, o risco de ser obeso na idade adulta triplícase. • Nivel socioeconómico e cultural baixo.
Estilo de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación inadecuada. • Inactividade ou escasa actividade física. • Menor número de horas de sono.

Fonte: elaboración propia.

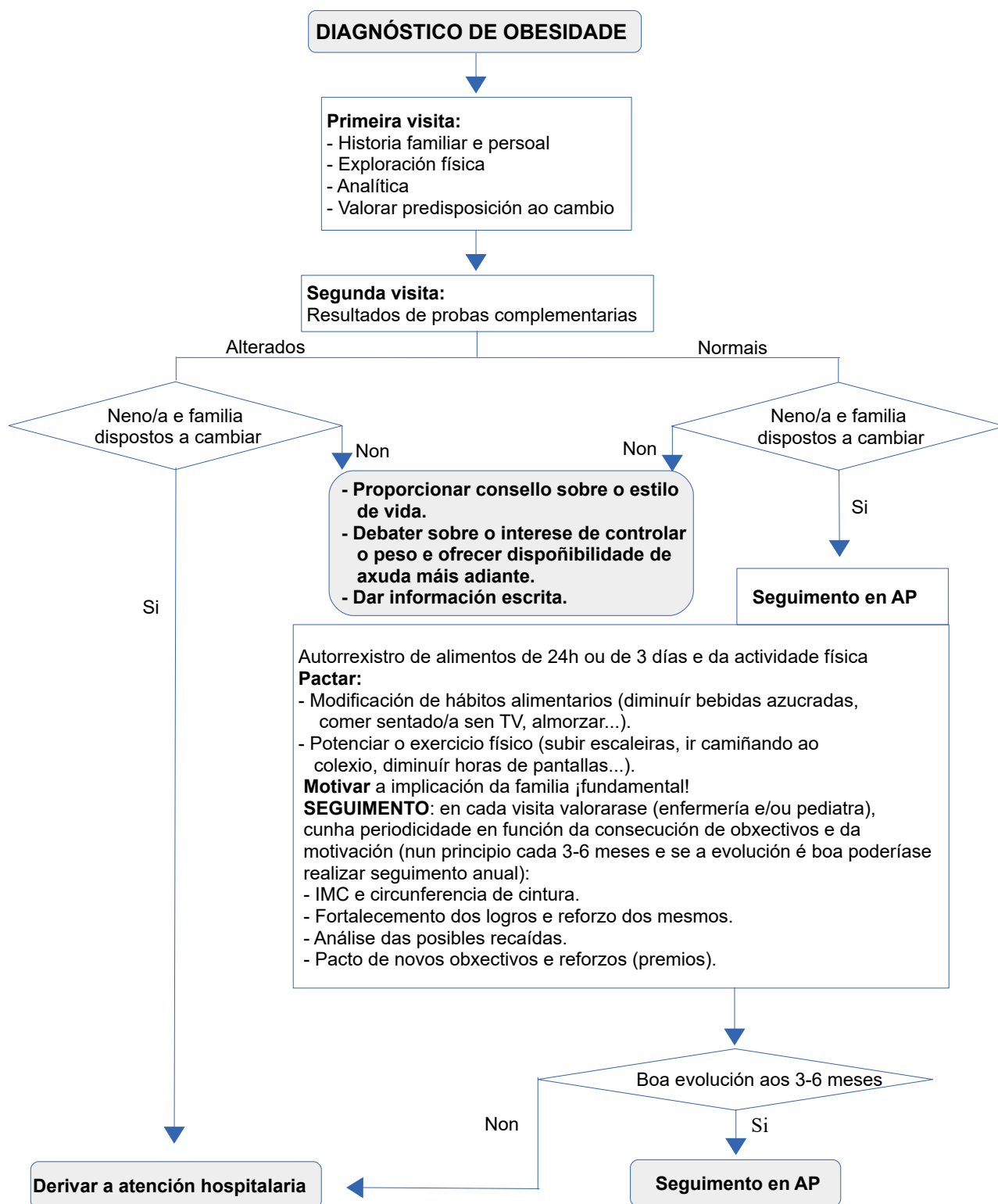
ANEXO 12.6. INTERVENCIÓNS EN AP EN RELACIÓN CO IMC



* Utilizando as gráficas da Fundación Orbeago de 1988.

Fonte: elaboración propia.

ANEXO 12.7: PROCEDEMENTOS DE ACTUACIÓN EN AP NOS CASOS DE OBESIDADE



Fonte: elaboración propia segundo proposta de intervencións no ámbito sanitario. Plan xermola²¹.

ANEXO 12.8. ERROS FRECUENTES EN RELACIÓN COA ALIMENTACIÓN²²

1	Exceso de alimentos de orixe animal, azucres e graxas.
2	Exceso de alimentos manufacturados, bebidas e refrescos azucrados, incluídos zumes industriais.
3	Tomar máis de 3 racións de produtos lácteos ao día.
4	Merendar a base de pan de molde e bolos industriais.
5	Defecto de froitas, verduras, legumes e pescado.
6	Erros na distribución das comidas: non almorzar, saltarse comidas, exceso de picoteos...
7	Tamaño inadecuado das racións.
8	Patróns dietéticos: poucas comidas familiares, comer coa televisión prendida, comer habitualmente fóra do fogar...
9	Comer ás presas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bray GA, Kim KK, Wilding JPH; World Obesity Federation. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev.* 2017;18(7):715-23.
2. Estudio ALADINO 2015. Estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición; 2016. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Estudio_ALADINO_2015.pdf.
3. Biro FM, Wien M. Childhood obesity and adult morbidities. *Am J Clin Nutr.* 2010;91(5):1499-505.
4. Martos-Moreno GA, Gil-Campos M, Bueno G, Bahillo P, Bernal S, Feliu A, et al. Las alteraciones metabólicas asociadas a la obesidad están ya presentes en los primeros años de vida. *Nutr Hosp.* 2014;30(4):787-93.
5. Deurenberg P, Weststrate JA, Seidell JC. Body mass index as a measure of body fatness: age-and sex-specific prediction formulas. *Br J Nutr.* 1991;65(2):105-14.
6. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil; Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. Madrid: Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de práctica clínica en el SNS: AATRM N.º 2007/25. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_452_obes_infantojuv_AATRM_compl.pdf.
7. Cortés O, Fernández M, García J, González P, Rodríguez-Moldes B. ¿Qué gráficas usar para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad en la práctica clínica? Madrid: Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria; 2010. Disponible en:

http://www.ampap.es/wp-content/uploads/2015/01/2010_que_tablas_debemos_utilizar_para_el_diagnostico_de_obesidad_infantil.pdf .

8. Galbe Sánchez-Ventura J, revisor. Perlinfad. Las perlas de PrevInfad [Internet]. ¿Qué gráficas de crecimiento debemos utilizar?; 2008 [acceso 13 febreiro 2020]. Disponible en: <https://perlinfad.wordpress.com/2008/06/14/¿que-graficas-de-crecimiento-debemos-utilizar/>.

9. Hernández M, Castellet J, Narvaiza JL, Rincón JM, Ruiz I, Sánchez E, et al. Curvas y tablas de crecimiento. Instituto sobre crecimiento y desarrollo. Fundación F Orbezo, editor. Madrid: Editorial Garsi; 1988. Disponible en: https://www.fundacionorbezo.com/wp-content/uploads/pdf/estudios_1988.pdf.

10. World Health Organization (WHO), Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards, length/height-for-age, weight-for-age, weight-for length, weight for height, body mass index-for-age: Methods and development. Geneva: WHO; 2006. Disponible en: http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf?ua=1

11. Cole TJ, Flegal KM, Nicholls D, Jackson AA. Body mass index to define thinness in children and adolescent: International survey. *BJM*. 2007;335:166-7.

12. Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Moreno Esteban B, Tojo Sierra R, Delgado Rubio A; Grupo colaborativo AEP-SENC-SEEDO. Curvas de referencia para la tipificación ponderal y criterios para la prevención de la obesidad en la población infantil y juvenil española. En: Serra Majem L et al., editores. Crecimiento y desarrollo. Estudio enKid (Vol 4). Barcelona: Masson; 2003. p. 99-183.

13. Waters E, De Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, et al. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;12:CD001871.

14. Reinehr T, Kleber M, Lass N, Toschke AM. Body mass index patterns over 5 y in obese children motivated to participate in a 1-y lifestyle intervention: age as a predictor of long-term success. *Am J Clin Nutr*. 2010;91(5):1165-71.

15. Rudolf MC. The obese child. *Arch Dis Child Ed Pract*. 2004;89:57-62.

16. Krebs NF. Assessment of child and adolescent overweight and obesity. *Pediatrics*. 2007;120(4):S193-228.
17. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. En: Hersen M et al., editores. *Progress in behavior modification*. Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company; 1992.
18. Quattrin T, Cao Y, Paluch RA, Roemmich JN, Ecker MA, Epstein LH. Cost-effectiveness of family based obesity treatment. *Pediatrics*. 2017;140(3):e20162755.
19. Resnicow K, MacMaster F, Bocian A, Harris D, Zhou Y, Snetselaar L, et al. Motivational interviewing and dietary counseling for obesity in primary care: an RCT. *Pediatrics*. 2015;135(4):649-57.
20. Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *Lancet*. 2002;360:473-82.
21. Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública. Plan xermola: plan para a prevención da obesidade infantil en Galicia. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2014. Disponible en: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/37/Plan_Obesidade_Xermola_gallego_web.pdf.
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe de la comisión para acabar con la obesidad infantil. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206450/9789243510064_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

13. Detección precoz de anomalías da visión

Autoras: María Blanco Docanto e Carmen Amparo Rodríguez Lombardía

13.1. INTRODUCCIÓN

Unha boa visión é clave para o desenvolvemento global do/da neno/a, o éxito na escola e para a súa vida en xeral. O cribado das alteracións visuais é importante para detectar precozmente os trastornos que alteran a imaxe visual e poden causar problemas no seu desenvolvemento e ás veces mesmo supoñer un risco vital¹.

13.2. PUNTOS A DESTACAR

O propósito do cribado das alteracións visuais é detectar anomalías visuais tratables e identificar aqueles pacientes que van requirir derivación ao/a oftalmólogo/a.

- No/na recentemente nado/a e lactante búscase a detección de problemas oculares graves aínda que infrecuentes.
- Na idade preescolar ten como obxectivo a detección de ambliopía e factores de risco para desenvolve-la.
- Na idade escolar o obxectivo será a detección da diminución da agudeza visual (AV) por erros de refracción².

13.3. ASPECTOS ESPECÍFICOS

13.3.1. RECENTEMENTE NADO/A E LACTANTE

Aínda que a catarata conxénita e o retinoblastoma son trastornos moi pouco frecuentes, o seu impacto en canto a perda de visión ou risco vital pode ser moi alto. No/na recentemente nado/a e o lactante, o cribado busca a detección precoz destes problemas oculares³.

13.3.1.1. CRIBADO

Non hai evidencia sobre a efectividade dun programa de cribado de catarata conxénita ou retinoblastoma e non é previsible, por razóns éticas, que se vaia a realizar un ensaio clínico respecto diso.

Con todo recoméndase incluír a inspección ocular e a proba do reflexo vermello nos controis de saúde dos primeiros 6 meses de vida, considerando que, aínda que a calidade da evidencia é baixa, o balance esperado da intervención probablemente sexa positivo².

13.3.1.2. INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

- **Exame externo das estruturas oculares:** avaliación á luz da lanterna das pálpebras, a conxuntiva, a esclerótica, a córnea e o iris.

Derivación ao/á oftalmólogo/a se:

- Se detectan anomalías, como ptose, conxuntivite non resolta ou a presenza de córneas nubradas ou agrandadas e/ou fotofobia.
- Obstrución do conduto nasolacrimonial que non se resolveu antes do ano de idade.

- **Reflexo vermello:** a proba do reflexo vermello débese realizar nunha habitación escura. O oftalmoscopio directo colócase en "0", ambas pupilas avalíanse simultaneamente mentres o/a neno/a mira a luz. É normal se os 2 reflexos vermellos son idénticos en cor, brillo e tamaño ([Anexo 13.1](#)).

Derivación ao/á oftalmólogo/a se:

- Reflexo branco brillante ou amarelo.
- Reflexo vermello apagado ou ausente nun ou en ambos ollos.

- Exame de pupilas:

Ambas pupilas deben ser iguais, redondas e igualmente reactivas. As diferenzas no tamaño das pupilas de menos de 1 mm son normais e xeralmente benignas a menos que se asocien con ptose ou cun déficit de motilidade ocular.

Derivación ao/a oftalmólogo/a se:

- Resposta asimétrica á luz.

- Avaliación da aliñación ocular e a motilidade:

O estrabismo no período neonatal non é inusual, ademais o estrabismo intermitente é a miúdo un achado normal na infancia temperá.

Derivar se:

- Estrabismo horizontal constante que persiste despois dos 4 meses de idade e non se resolve espontaneamente.
- Nistagmo que non se resolve espontaneamente, con frecuencia indica unha disfunción do sistema visual aferente ou unha enfermidade neurolóxica e require unha avaliación adicional por parte dun/dunha oftalmólogo/a ou un/unha neurólogo/a⁴.

13.3.2. NENOS/AS DE 1 - 5 ANOS

A ambliopía é un diagnóstico de exclusión. Asíciase a trastornos que interfíren coa visión binocular como estrabismo, anisometropía ou erros de refracción significativos, de cando en cando pode ser debida a unha privación de estímulo por opacidade de medios transparentes ou outras situacións que bloquean a vía visual como a ptose. Se non se trata pode chegar a ser irreversible².

13.3.2.1. CRIBADO

O cribado da ambliopía e os factores de risco amblioxénico en nenos/as de 3 a 5 anos produce un beneficio neto moderado. A *U.S. Preventive Services Task Force* (USPSTF)⁵ recomenda a avaliación da vista en todos/as os nenos e nenas, polo menos unha vez entre as idades de 3 e 5 anos, para detectar a presenza de ambliopía ou os seus factores de risco. A *U.S. Preventive Services Task Force* conclúe que a evidencia actual é insuficiente para avaliar o balance de beneficios e danos do exame da vista en nenos/as menores de 3 anos de idade⁵.

Existen diversas probas de cribado para detectar alteracións visuais en nenos/as preescolares.

- A AV explórase con optotipos.
- O estrabismo pódese valorar coa proba de Hirschberg ou a proba de tapar–destapar denominada Cover test.
- A visión binocular aválase con probas de estereopse como o Stereo Smile, o Random Dot E ou o TNO.

13.3.2.2. INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Agudeza visual

Existen poucos estudos que comparen a validez diagnóstica dos distintos optotipos, os máis adecuados en nenos/as menores de 5 anos son Lea e HTOV ([Anexo 13.2](#)). O rendemento da proba de AV en nenos/as preescolares mellora coa idade^{2,6}.

O exame farase en condicións de boa iluminación, evitando os reflexos, nun ambiente tranquilo e co/coa neno/a o máis cómodo/a posible. Explórase cada ollo por separado, buscando que a oclusión sexa correcta, pero non comprima o globo ocular.

Os optotipos colócanse no plano horizontal da visión do/da neno/a, á distancia marcada na última liña. Entre os 3 e 5 anos a distancia preferible é de 1,5 a 3 metros. A partir dos seis anos pode utilizarse unha distancia de 3 a 6 metros. Nos optotipos con múltiples figuras de tamaño decrecente, a agudeza visual será a que corresponda á última liña na

que se poidan ler correctamente máis do 50 % das letras ou símbolos, o/a neno/a debe identificar correctamente a maioría dos optotipos da liña que coincide coa que debe ser capaz de pasar de acordo á súa idade.

Derivar se:

Diminución da agudeza visual, explorada en cada ollo por separado

- De 3 - 5 anos: AV menor de 1/2 (0.5) ou 0.3 logMAR.
- De 6 - 7 anos: AV menor de 2/3 (0.66) ou 0.2 logMAR.
- De 8 anos en diante: AV menor de 1 ou 0 logMAR.
- Diferenza de agudeza visual entre ambos ollos superior ao 10 % (mais dunha liña do optotipo), aínda dentro do rango aceptable.

- Proba de Hirschberg

Consiste na observación do reflexo luminoso corneal procedente dunha luz situada a uns 40 cm do ollo, co/coa paciente mirando á luz.

Derivar se:

- O reflexo é asimétrico e está descentrado en relación coa pupila.

- Cover test

Permite detectar un estrabismo, require a colaboración do/da paciente. Coa vista do/da neno/a fixada nun obxecto, ocluímos un ollo e observamos o comportamento do ollo destapado. A proba é positiva se o ollo fai un movemento corrector para enfocar o obxecto, que será cara a fóra nas esotropías e cara a dentro nas exotropías. A manobra faise logo ocluíndo o outro ollo. É necesario estar seguros de que o/a neno/a mira atentamente o obxecto, de non ser así o resultado non é válido².

As forias (estrabismo latente) pódense detectar observando o comportamento do ollo tapado ao retirar a oclusión. No momento de tapar un ollo suprímese a fusión binocular e, se hai unha foria, o ollo tapado desviarase ao perder a fixación. Cando se retira a oclusión

restablécese a fusión e o ollo tapado realiza un movemento rápido de refixación, cara a dentro nas exoforias e cara a fóra na esoforias ([Anexo 13.3](#)).

Derivar se:

- O Covert test é positivo.

- Estereopse

As probas que permiten comprobar a estereopse (visión en profundidade) poden ser complementarias para detectar o estrabismo ou a ambliopía. Consisten en mostrarlle ao/á neno/a unhas láminas con diversas imaxes (estereogramas), das que algunhas poden verse a primeira ollada pero outras precisan unhas lentes para visión en 3D (polarizadas ou con cristais de cores vermello e verde ou vermello e azul). Son probas útiles e coas que se obteñen bos resultados a partir dos tres anos e en case todos os/as nenos/as a partir dos catro anos. Se o/a neno/a pode ver todas as imaxes ten visión estereoscópica. Os/as nenos/as que non pasan a proba deben ser remitidos ao/á oftalmólogo/a. Esta proba pode utilizarse como unha axuda complementaria, pero non substitúe a valoración da agudeza visual, que é esencial para detectar a ambliopía segundo recomenda a Academia Americana de Pediatría (AAP)^{2,7}.

13.3.3. IDADE ESCOLAR

A causa principal de diminución da agudeza visual na idade escolar son os erros de refracción non corrixidos, principalmente a miopía e o astigmatismo.

En xeral, a prevalencia da hipermetropía diminúe coa idade, mentres que o astigmatismo permanece estable e a miopía aumenta².

13.3.3.1. CRIBADO

A evidencia sobre o cribado visual na idade escolar é insuficiente para establecer un balance entre o beneficio e o risco. Non se coñece a súa efectividade. A determinación da agudeza visual ofrece boa sensibilidade e especificidade para a detección da miopía, pero é pouco precisa para a detección da hipermetropía e o astigmatismo. Non hai probas de que o tratamento dos erros de refracción en nenos/as asintomáticos/as mellore o resultado respecto ao tratamento iniciado tras a aparición de síntomas⁸.

13.3.3.2. INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

A valoración da agudeza visual mediante optotipos a distancia permite detectar a miopía. Con todo, é menos fiable para a detección da hipermetropía, pola gran capacidade de acomodación que existe na infancia, e tamén é pouco válida para a detección do astigmatismo².

Non hai evidencia para recomendar a avaliación periódica da agudeza visual en nenos/as maiores de 6 anos⁹.

13.4. RECOMENDACIÓNS

É importante facerlles aos proxenitores preguntas específicas sobre a visión do/da neno/a, xa que os pais e nais poden ser conscientes antes que o persoal de pediatria de que o/a neno/a ten un problema de visión¹⁰.

É preciso ter en conta que un neno ou unha nena que inclina a cabeza con frecuencia, pode estar a compensar unha ambliopía ou outra alteración visual¹¹.

Criterios de derivación en nenos/as con factores de risco²

- Prematuros de menos de 32 semanas de idade xestacional.
- Familiares de primeiro grao con estrabismo ou ambliopía.
- Antecedentes familiares de cataratas infantís, retinoblastoma, displasia retiniana ou glaucoma conxénito.
- Enfermidade metabólica ou xenética con implicacións oftalmolóxicas.

- Enfermidades sistémicas asociadas a alteracións visuais.
- Medicamentos que poden causar patoloxía ocular.
- Trastornos do desenvolvemento neurolóxico: Trastorno do espectro autista, Síndrome de Down, hipoacusia...

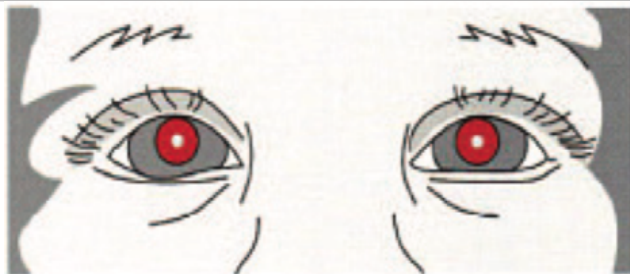
Criterios de derivación en nenos/as sen factores de risco²

0 - 5 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalías como ptose, conxuntivite non resolta ou a presenza de córneas nubradas ou agrandadas e/ou fotofobia. • Obstrución do conduto nasolacrimal que non se resolve antes do ano de idade. • Reflexo vermello: branco brillante ou amarelo, apagado ou ausente nun ou en ambos ollos. • Resposta asimétrica á luz no exame pupilar. • Estrabismo fixo ou nistagmo que non se resolve espontaneamente.
6 - 35 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para a fixación e seguimento monocular de obxecto. • Reflexo vermello ausente ou asimétrico. • Estrabismo.
3 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Agudeza visual menor de 0,4 logMAR (2/5 Snellen, 0,4 decimal) monocular. <p>Debe identificar correctamente a maioría dos optotipos da liña 0,4 decimal.</p>
4 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Agudeza visual menor de 0,3 logMAR (1/2 Snellen, 0,5 decimal) monocular. <p>Debe identificar correctamente a maioría dos optotipos da liña 0,5 decimal.</p>
≥ 5 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Agudeza menor de 0,2 logMAR (2/3,2 Snellen, 0,63 decimal) monocular* <p>Debe identificar correctamente a maioría dos optotipos da liña 0,63 decimal.</p> <p>*Ou a liña de 0,66 (2/3) se o optotipo non ten liña de 0,63.</p>

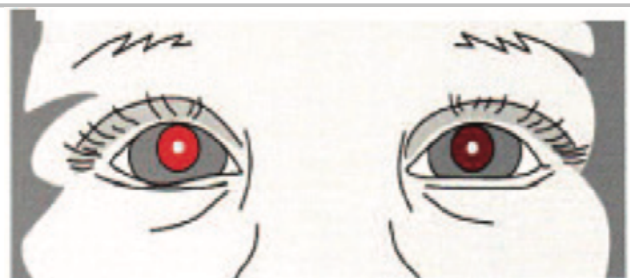
Outras recomendacións ([Anexo 13.4](#)).

ANEXOS

ANEXO 13.1. PROBA DO REFLEXO VERMELLO¹²



Reflexo vermello normal, simétrico.



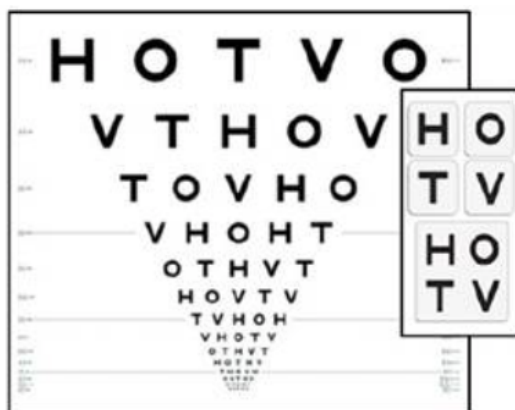
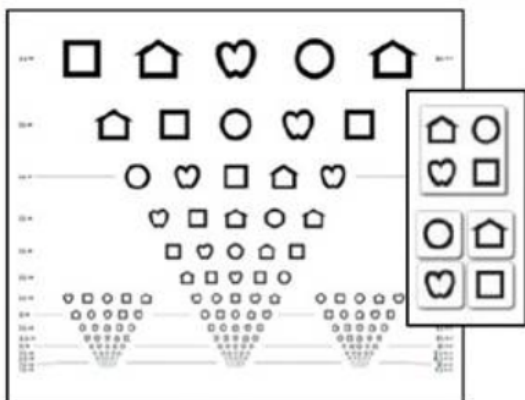
Reflexo vermello menos brillante, pode estar causado por un erro de refracción pero tamén por patoloxía grave como un retinoblastoma.



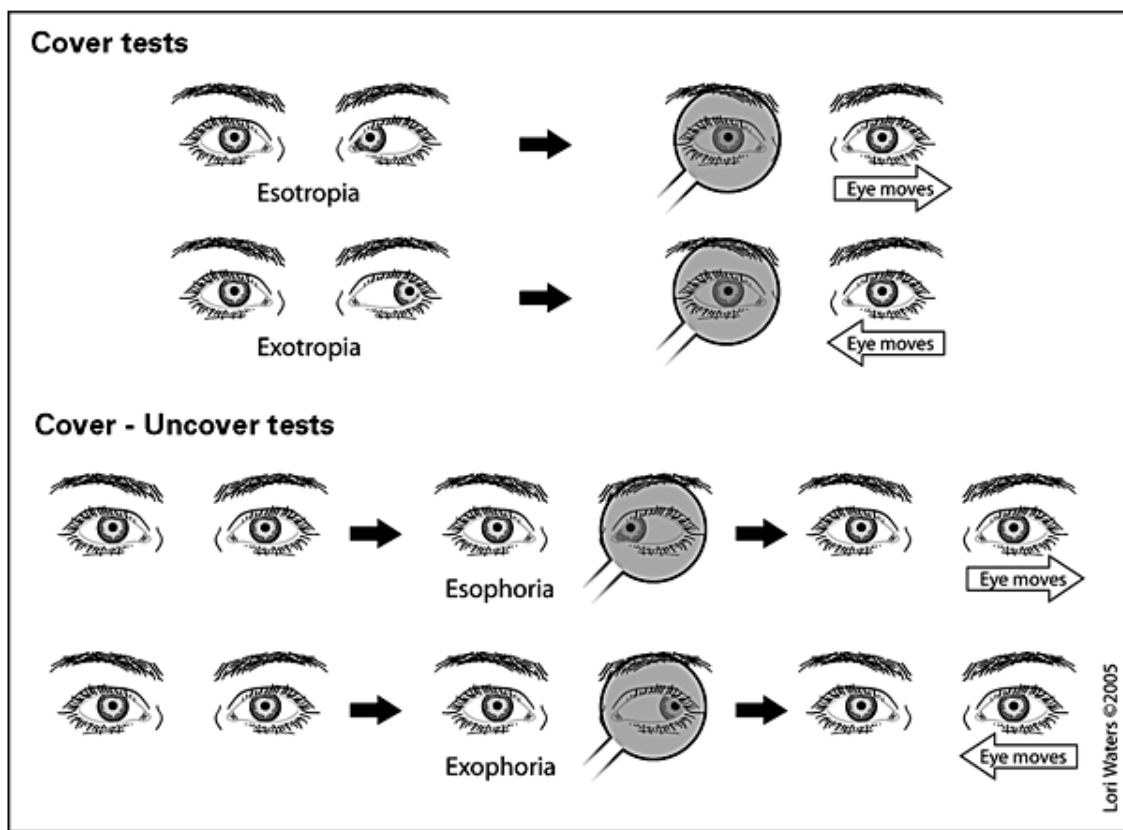
Reflexo vermello normal no olho dereito do/da paciente, sen reflexo no olho esquerdo, pode estar causado por unha opacidade, como unha catarata.

Fonte¹²: modificado de Sánchez-Verdiguél I, Bosch V, Ordaz-Favila JC. Cómo identificar problemas de visión en la edad pediátrica. Acta Pediátrica de México. 2011;32(4):247-50.

ANEXO 13.2: OPTOTIPOS LEA E HTOV²



ANEXO 13.3. COVER TEST



Fonte: <https://pediguide.files.wordpress.com/2016/09/screen-shot-2016-09-05-at-3-16-27-pm.png>.

ANEXO 13.4. RECOMENDACIÓNS DOUTRAS ORGANIZACIÓNS²

Organización	Recomendacións
USPSTF* (2011)	<ul style="list-style-type: none"> Cribado de todos os/as nenos/as polo menos unha vez entre os 3 e 5 anos para detectar a presenza de ambliopía ou os seus factores de risco.
AAP/AAO* (2016)	<ul style="list-style-type: none"> 0 - 12 meses: inspección, reflexo vermello, mobilidade ocular. 1 - 3 anos: cribado con métodos automatizados se están dispoñibles e todo o anterior. En nenos/as que colaboran, agudeza visual aos 3 anos. ≥ 4 anos: agudeza visual e todo o incluído nos primeiros 12 meses en cada control de saúde.
CPS* (2009)	<ul style="list-style-type: none"> 0 - 3 meses: inspección, reflexo vermello. 6 - 12 meses: aliñación ocular, fixación e seguimento dun obxecto e todo o anterior. 3 - 5 anos: agudeza visual e todo o anterior. 6 - 18 anos: igual que na etapa previa en cada control de saúde.
G-BA* (2008)	<ul style="list-style-type: none"> Cribado visual entre os 34 e 36 meses.
Suecia (2001)	<ul style="list-style-type: none"> Inspección ocular e reflexo vermello no/a recentemente nado/a, ás 6 - 12 semanas e aos 6, 18 e 36 meses. Agudeza visual aos 4, 7 e 10 anos.
NSC-UK* (2006, 2013)	<ul style="list-style-type: none"> Inspección ocular e reflexo vermello nos/nas recentemente nados/as. Cribado de alteracións visuais aos 4 - 5 anos.
CCCH-AU* (2009)	<ul style="list-style-type: none"> Reflexo vermello nos/nas recentemente nados/as. Agudeza visual aos 3,5 - 5 anos.
MSSSI*-IACS* (2013)	<ul style="list-style-type: none"> Inspección ocular e proba do reflexo vermello no/a recentemente nado/a. Cribado de ambliopía entre os 4 e 5 anos.
PrevInfad 2016	<ul style="list-style-type: none"> Incluír a inspección ocular e a proba do reflexo vermello nas visitas de saúde dos primeiros 6 meses de vida. Realizar o cribado de alteracións visuais (ambliopía, estrabismo e erros de refracción) á idade de 3 - 5 anos. A evidencia para avaliar o balance entre os beneficios e os riscos do cribado da diminución da agudeza visual por erros de refracción en nenos/as de 6 a 14 anos é insuficiente.

*USPSTF: U.S Preventive Services Task Force. AAP: American Academy of Pediatrics. AAO: American Academy of Ophthalmology. CPS: Canadian Paediatric Society. G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss (Comité Federal Conxunto do Sistema de Saúde alemán). NSC-UK: National Screening Committee United Kingdom. CCCH-AU: Centre for Community Child Health-Australia. MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. IACS: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Fonte²: modificado de García Aguado J; Grupo PrevInfad/PAPPS. Cribado de alteraciones visuales en la infancia. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [Internet]; 2016 [acceso 14 febreiro 2020]. Disponible en: <http://previnfad.aepap.org/monografia/vision>.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gudgel D. Eye screening for children. San Francisco, CA: American Academy of ophthalmology; 2014. Disponible en: <https://www.aao.org/eye-health/tips-prevention/children-eye-screening>.
2. García Aguado J; Grupo PrevInfad/PAPPS. Cribado de alteraciones visuales en la infancia. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [Internet]; 2016 [acceso 14 febreiro 2020]. Disponible en: <http://previnfad.aepap.org/monografia/vision>.
3. García J, Esparza MJ, Galbe J, Martínez A, Mengual JM, Merino M, et al.; Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Cribado de alteraciones visuales (parte 1). Rev Pediatr Aten Primaria. 2014;16:e173-e194.
4. Donahue SP, Baker CN; American Academy of Pediatrics, Committee on Practice and Ambulatory Medicine; American Academy of Pediatrics, Section on Ophthalmology; American Association of Certified Orthoptists; American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus; American Academy of Ophthalmology. Procedures for the evaluation of the visual system by pediatricians. Pediatrics. 2016;137(1):e20153597.
5. US Preventive Services Task Force. Vision screening for children 1 to 5 years of age: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Pediatrics. 2011;127:340-6.
6. Pan Y, Tarczy-Hornoch K, Cotter SA, Wen G, Borchert MS, Azen SP, et al. Visual acuity norms in pre-school children: the Multi-ethnic pediatric eye disease study. Optom Vis Sci. 2009;86(6):607-12.
7. Donahue SP, Arthur B, Neely DE, Arnold RW, Sivert D, Ruben JB, et al. Guidelines for automated preschool vision screening: a 10-year evidence based uptodate. J AAPOS. 2013;17(1):4-8.
8. Martínez A, Cortes O, Pallás CR, Randon A, Sánchez FJ, Colomer J, et al. Resumen infancia y adolescente. Actualización PAPPS 2018. Aten Primaria. 2018;50(1):147-52.
9. García J. Actividades preventivas en oftalmología. En: Asociación Española de

Pediatría de Atención Primaria (AEPap), editor. Guía de algoritmos en pediatría de atención primaria: Lúa ediciones 3.0; 2016 Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/especialidad/21/ofthalmologa>.

10. Coats D. Vision screening and assessment in infants and children [Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc; 2018 [acceso 14 febreiro 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/vision-screening-and-assessment-in-infants-and-children>.

11. Bell A, Rodes ME, Kellar L. Childhood eye examination. Am Fam Physician. 2013;88(4):241-8.

12. Sánchez-Verdiguél I, Bosch V, Ordaz-Favila JC. Cómo identificar problemas de visión en la edad pediátrica. Acta Pediatr Mex. 2011;32(4):247-50.

14. Detección precoz da displasia do desenvolvemento da cadeira

Autoras: *Beatriz Cortés Osorio e Paula López Pérez*

14.1. INTRODUCCIÓN

A displasia do desenvolvemento da cadeira (DDC) constitúe a patoloxía da cadeira máis común en pediatría, comprendendo un amplo espectro de anormalidades de dita articulación, que resultan dun aliñamento e crecemento incorrectos da cabeza femoral e o acetábulo¹. Estas alteracións poden comezar intraútero, na etapa perinatal, durante a lactación ou a infancia, sendo por isto máis preciso o emprego do termo DDC, fronte ao de displasia conxénita².

A cadeira inestable é habitual na displasia ([Anexo 14.1](#)), pero a definición de DDC tamén inclúe cadeiras con anormalidades radiolóxicas da cabeza do fémur e do acetábulo ([Anexo 14.2](#)) asociadas ou non a inestabilidade articular³.

Na epidemioloxía da DDC inflúen factores xenéticos e raciais, os criterios diagnósticos empregados e a experiencia do/a examinador/a, así como a idade do/da neno/a no

momento do exame². A maioría dos textos estiman unha incidencia de 1 - 3/1.000 neonatos vivos, probablemente infraestimada ao non ter en conta o espectro completo da DDC. A inestabilidade clínica da cadeira refírese no 1 % a 2 % dos neonatos a termo⁴.

14.2. PUNTOS A DESTACAR

O diagnóstico precoz da DDC facilita que o tratamento sexa máis sinxelo e eficaz e, polo tanto, con mellor prognóstico⁵. Sen tratamento, os/as nenos/as que presentan as formas máis severas (subluxación e luxación), poden desenvolver complicacións como coxeira, dismetría de membros inferiores, limitación na abducción de cadeiras ou artrite de cadeira de presentación precoz na idade adulta, podendo provocar algún grao de discapacidade e a necesidade de tratamentos agresivos como próteses de cadeira a idades temperás^{4,6}.

Non obstante e malia a repercusión dun diagnóstico tardío, non existe consenso sobre os programas de cribado da DDC, debido á falta de uniformidade no diagnóstico clínico, xa que abrangue un amplo espectro de trastornos da cadeira (desde leve inestabilidade articular ata luxación completa), así como no diagnóstico ecográfico, por tratarse dun trastorno progresivo⁴. De feito, moitas das formas leves resólvense espontaneamente⁷. Ademais disto, cabe recordar que os programas de cribado non conseguiron eliminar o risco de DDC de presentación tardía⁴.

14.3. ASPECTOS ESPECÍFICOS

14.3.1. FACTORES PREDISPOÑENTES

A multifactoriedade da súa etiopatoxenia, obriga a prestar especial atención naqueles/as nenos/as que presenten varios factores de risco. Entre eles, destacan na actualidade⁴:

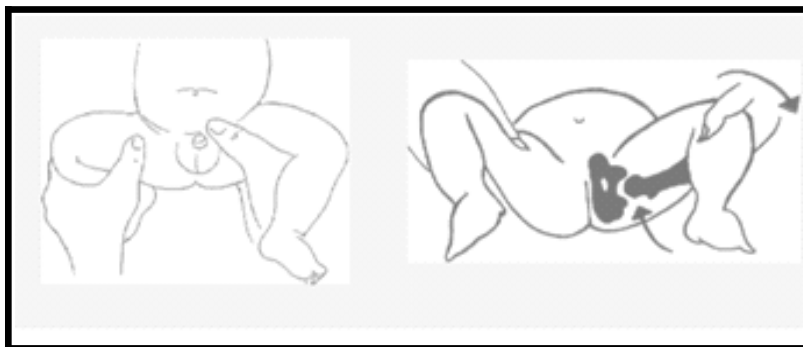
- A posición de nádegas: este é o factor máis relevante, pois condiciona o desenvolvemento de DDC nun 2 - 27 % dos casos.
- O sexo feminino: as nenas teñen 8 veces máis probabilidade de presentar unha DDC en comparación co sexo masculino⁸.

- Os antecedentes familiares de DDC: a xenética contribúe de forma importante. Así, se un xemelgo monocigoto ten DDC o risco para o outro xemelgo é dun 40 %, mentres que no caso dos xemelgos dicigotos só é dun 3 %. De forma xeral os familiares en primeiro grao teñen 12 veces máis risco de presentar DDC que os controis.
- Os factores mecánicos posnatais: un exemplo é o concepto de “*hip-healthy swaddling*”, que fai referencia á maneira de envolver aos bebés durante os primeiros días de vida⁹. As cadeiras do bebé deben de posicionarse en lixeira flexión e abducción, os xeonllos en lixeira flexión e con espazo suficiente para mobilizar as extremidades inferiores. É esencial evitar a extensión e a adución da cadeira de forma pasiva e sostida durante os primeiros meses de vida para o bo desenvolvemento da cadeira¹⁰.
- Outros considerados tradicionalmente como a presenza de contractura cervical, anormalidades do pé, oligohidramnios ou ser a primeira xestación, non demostraron aumentar o risco de DDC de forma significativa.

14.3.2. CRIBADO

O cribado realizarase en cada control desde o nacemento ata o primeiro ano de vida, mediante unha exploración sistemática da cadeira (cada lado por separado), que variará segundo a idade, e que se deberá complementar nalgúns casos con probas de imaxe (ecografía/radiografía)⁸:

- No período neonatal inmediato (desde o nacemento ata os primeiros 7 días de vida) empregaranse as manobras de Ortolani e Barlow¹¹:
 - Manobra de Ortolani: pretende comprobar a redución dunha cadeira luxada. Se existe luxación e se reduce, percibirase un “cloc”, apreciando o resalte da coxa ao alongarse. A positividade desta manobra traduce luxación. Os “click” non son patolóxicos.



Fonte⁵: Valenzuela Molina O, Sánchez Ruiz-Cabello FJ; Grupo PrevInfad/PAPPS. Recomendaciones para el diagnóstico precoz de la displasia evolutiva de cadera. Form Act Pediatr Aten Prim. 2016;9(4):186-92.

- Manobra de Barlow: traduce unha cadeira luxable ou displásica. Esta manobra deberá realizarse de xeito coidadoso para evitar que provoque unha inestabilidade articular por se mesma⁴.



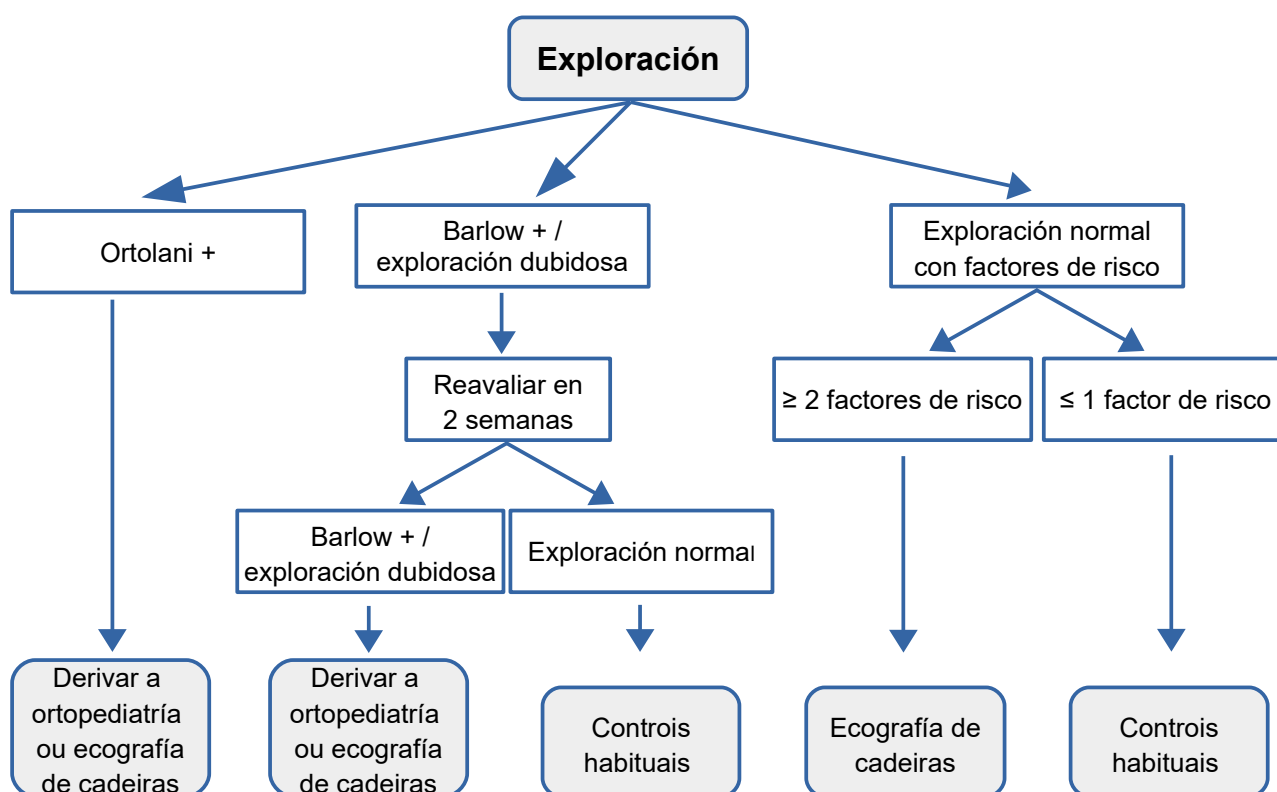
Fonte⁵: Valenzuela Molina O, Sánchez Ruiz-Cabello FJ; Grupo PrevInfad/PAPPS. Recomendaciones para el diagnóstico precoz de la displasia evolutiva de cadera. Form Act Pediatr Aten Prim. 2016;9(4):186-92.

- A partir dos 3 meses de idade as manobras de Barlow e Ortolani perden sensibilidade, polo que deberanse buscar outros signos indirectos de luxación, recordando que no caso de presentar unha afectación bilateral as asimetrías non son valorables⁵:
 - Abducción forzada das coxas (imposible > 60° se existe luxación).
 - Asimetría de extremidades inferiores en decúbito supino.
 - Signo de Galeazzi (acurtamento da coxa coa cadeira en flexión).
 - Asimetría de pregos glúteos e na coxa, pouco significativos se non se asocian a outras alteracións, xa que están presentes ata no 25 % dos lactantes sen patoloxía de cadeira¹¹.

- Naqueles casos nos que a exploración física sexa patolóxica ou dubidosa poderase completar o estudo con probas de imaxe⁸.
 - Ecografía de cadeira: entre as 4 semanas de vida ata os 4 - 6 meses (patolóxico en cadeiras tipo IIb en diante, segundo a clasificación de Graf).
 - Radiografía de cadeira: a partir dos 4 - 6 meses de vida.
- Naqueles casos nos que existen factores de risco valorarase a realización dunha proba de imaxe antes dos 6 meses.

14.3.3. INTERVENCIÓNS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Como complemento ao apartado de cribado, preséntase o seguinte algoritmo de actuación:



Fonte: elaboración propia.

Factores de risco:

- Presentación de nádegas.
- Sexo feminino.
- Antecedentes familiares de displasia de cadeira.

14.4. RECOMENDACIÓNS

- Destacar a importancia da exploración da cadeira durante os primeiros días de vida e en controis de saúde posteriores, polo curso evolutivo desta patoloxía^{2,4,7,8}.
- Realizar un estudo de imaxe antes dos 6 meses de idade nos/nas nenos/as que presenten dous ou máis dos seguintes factores de risco para a DDC: presentación de nádegas, antecedentes familiares ou sexo feminino^{4,5,7}.
- É aceptable derivar a un paciente a ortopedia infantil naqueles casos con exploración dubidosa, factores de risco, preocupación familiar ou por parte do/da profesional sanitario/a, sen confirmación ecográfica^{4,7,10}.
- Non existe evidencia suficiente para recomendar o cribado rutineiro mediante ecografía para a detección da DDC, xa que non se observou unha redución no diagnóstico tardío da mesma, e asociouse a un sobreatamento^{4,6,7,10}.

ANEXOS

ANEXO 14.1. CLASIFICACIÓN CLÍNICA DA CADEIRA DISPLÁSICA⁵

Cadeira inestable	Non existe un correcto contacto entre a cabeza femoral e o acetábulo.
Cadeira luxable	A cabeza femoral atópase no acetábulo, pero pode ser desprazada cunha manobra e reducirse posteriormente. É a situación máis habitual.
Cadeira luxada	A cabeza do fémur atópase desprazada do acetábulo por completo.
Cadeira subluxable	A cabeza femoral atópase dentro do acetábulo, pero é posible desprazala sen sacala da cavidade por completo.
Displasia acetabular	Existe unha formación intraútero incorrecta da fosa acetabular.

ANEXO 14.2. CLASIFICACIÓN DE GRAF NA ECOGRAFÍA DE CADEIRAS⁵

Cadeiras normais	<ul style="list-style-type: none"> - Cadeira tipo I: bo teito óseo, teito cartilaxinoso envolvente, ángulo alfa $\geq 60^\circ$, cella ósea angular. - Cadeira tipo IIa: teito óseo suficiente, teito cartilaxinoso envolvente, ángulo alfa $50 - 59^\circ$, cella ósea redondeada (en < 12 semanas).
Cadeiras anormais con indicación de tratamento	<ul style="list-style-type: none"> - Cadeiras tipo IIb: igual as tipo IIa pero en > 12 semanas. - Cadeiras tipo IIc: cadeira ecograficamente inestable aínda que centrada, con teito óseo insuficiente, ángulo α $43 - 49^\circ$, cella ósea redondeada ou plana e ángulo β $65 - 77^\circ$. - Cadeiras tipo IIId: descentrada, con teito óseo insuficiente, ángulo α $43 - 49^\circ$, cella ósea redondeada ou plana e ángulo β maior de 77°. É a primeira etapa da luxación. - Cadeiras tipo IIIa: cadeira descentrada, cabeza femoral luxada, teito óseo malo, cella ósea plana, teito cartilaxinoso desprazado cara a cranial, cartilaxe hialino do teito eonegativo. - Cadeiras tipo IIIb: cadeira descentrada, cabeza femoral luxada, teito óseo malo, cella ósea plana, teito cartilaxinoso desprazado cara a cranial, cartilaxe hialino do teito ecóxénico. - Cadeiras tipo IV: descentradas, con teito óseo malo e teito cartilaxinoso desprazado cara a caudal en dirección ao cótilo primitivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shipman S, Helfand M, Nygren P, Bougatsos C. Screening for developmental dysplasia of the hip. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality; 2006. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/downloads/pub/prevent/pdfser/hipdyssyn.pdf>.
2. American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip. Clinical practice guideline: early detection of developmental dysplasia of the hip. *Pediatrics*. 2000;105(4):896-905.
3. Dezateux C, Rosendahl K. Developmental dysplasia of the hip. *Lancet*. 2007;369(9572):1541-52.
4. Shaw BA, Segal LS; Section on orthopaedics. Evaluation and referral for developmental dysplasia of the hip in infants. *Pediatrics*. 2016;138(6):e20163107.
5. Valenzuela Molina O, Sánchez Ruiz-Cabello FJ; Grupo PrevInfad/PAPPS. Recomendaciones para el diagnóstico precoz de la displasia evolutiva de cadera. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2016;9(4):186-92.
6. Schaeffer EK; Study Group I; Mulpuri K. Developmental dysplasia of the hip: addressing evidence gaps with a multicentre prospective international study. *Med J Aust*. 2018;208(8):359-64.
7. Mulpuri K, Song KM, Gross RH, Tebor GB, Otsuka NY, Lubicky JP, et al. The American Academy of Orthopaedic Surgeons evidence-based guideline on detection and nonoperative management of pediatric developmental dysplasia of the hip in infants up to six months of age. *J Bone Joint Surg Am*. 2015;97(20):1717-8.
8. Alsaleem M, Set KK, Saadeh L. Developmental dysplasia of hip: a review. *Clin Pediatr (Phila)*. 2015;54(10):921-8.
9. Schwend RM, Shaw BA, Segal LS. Evaluation and treatment of developmental hip dysplasia in the newborn and infant. *Pediatr Clin North Am*. 2014;61(6):1095-107.
10. American Academy of Orthopaedic Surgeons; American Association of Orthopaedic

Surgeons (AAOS). Position statement. Swaddling and developmental hip dysplasia. USA: Pediatric Orthopaedic Society of North America, American Academy of Pediatrics; 2012.

Dispoñible en:

<https://aaos.org/contentassets/1cd7f41417ec4dd4b5c4c48532183b96/1186-swaddling-and-developmental-hip-dysplasia1.pdf>.

11. Anderton MJ, Hastie GR, Paton RW. The positive predictive value of asymmetrical skin creases in the diagnosis of pathological developmental dysplasia of the hip. Bone Joint J. 2018;100-B(5):675-9.

15. Raque: avaliación periódica

Autoras: Beatriz Cortés Osorio e Paula López Pérez

Escoliose

15.1. INTRODUCCIÓN

A escoliose é unha deformidade tridimensional da columna vertebral, caracterizada por unha curvatura lateral (ángulo de Cobb $> 10^\circ$) e rotacional¹. Desenvólvese en aproximadamente un 3 % dos nenos e nenas menores de 16 anos, dos cales tan só o 0,3 - 0,5 % progresa ata precisar tratamento².

Segundo a súa etioloxía clasifícase en conxénita, neuromuscular ou idiopática; sendo o 85 % dos casos idiopáticos.

A escoliose idiopática pode clasificarse tamén segundo a idade de inicio: infantil (en menores de 3 anos), xuvenil (desde os 3 ata os nove anos) e adolescente (a partir de 10 anos). A escoliose idiopática do adolescente (EIA) é a forma máis común³.

A etioloxía da EIA é multifactorial. A xenética xoga un papel importante, pero descoñécese o modo de herdanza⁴.

A prevalencia da EIA varía entre o 0,35 % e o 13 %, dependendo do ángulo de Cobb considerado, a idade e o xénero. A prevalencia é similar en nenas e nenos se se fai referencia a curvas de 10° , pero en curvas $> 30^\circ$, a relación muller:varón cambia a 10:1⁵.

15.2. PUNTOS A DESTACAR

A repercusión clínica da EIA pode ocasionar unha deformidade visible, sufrimento emocional e deterioro respiratorio secundario a unha deformidade das costelas, aínda que na maioría dos casos os/as adolescentes atópanse asintomáticos/as ou presentan unha leve molestia referida nas costas⁶. De feito, a presenza dunha dor severa obriga a descartar outras patoloxías subxacentes⁴.

A identificación precoz e o tratamento efectivo dunha escoliose intermedia pode reducir a progresión ou freala antes de acadar a madurez esquelética, coa conseguinte melloría das secuelas a longo prazo⁶.

Os puntos máis importantes para determinar a posible progresión da escoliose son o grao de curvatura ao diagnóstico (o máis importante), o sexo (nas nenas a frecuencia de escoliose > 30° é 10 veces maior que nos nenos), e o potencial de crecemento. Para valorar este último, ter en conta o estadio de Tanner e o Signo de Risser (indica a madurez esquelética na cartilaxe de crecemento da crista ílaca)³. Estadios de Risser menores ou iguais a 2, teñen 3 veces máis probabilidades de que a curva progrese⁴, e aquelas curvas de menos de 30° xa acadada a madurez esquelética, empeoran con menor probabilidade⁵.

15.3. ASPECTOS ESPECÍFICOS

15.3.1. INSPECCIÓN

Para a valoración da escoliose realizarase unha exploración física xeral, unha exploración neurolóxica, unha valoración da lonxitude das extremidades inferiores e da marcha, así como unha inspección da pel para descartar anomalías da liña media. Ademais explorárase o lombo, observando a simetría do tronco, diferenzas na altura dos ombreiros, a prominencia escapular, os sucos dos flancos e a simetría pélvica⁷.

15.3.2. PROBAS COMPLEMENTARIAS

Para completar a valoración dispoñemos das seguintes probas complementarias:

- Test de Adams: é o test de cribado máis empregado en atención primaria. Valora a asimetría do tronco, observando ao neno e nena desde atrás co tronco flexionado cara a diante. O resultado é positivo se observamos xiba a nivel dorsal ou lumbar⁵.
- Escoliómetro: é un dispositivo manual non invasivo que se emprega para medir o ángulo de inclinación do tronco (AIT). A persoa examinadora coloca o instrumento na columna vertebral do/da neno/a durante o test de Adams e lee o ángulo representado no escoliómetro⁸. Como regra xeral, un AIT de 7° corresponde a un ángulo de Cobb de 20°, pero en nenos/as con sobrepeso esta correspondencia pode non ser precisa. As lecturas no escoliómetro nos/nas nenos/as con sobrepeso tenden a ser menores que nos nenos e nenas con normopeso⁹, polo que sería razoable empregar un límite de 5° en lugar de 7° para pacientes cun índice de masa corporal \geq P85 para a idade e o sexo.

A precisión do cribado mellora ao aumentar o número de probas empregadas⁶. A combinación do test de Adams e o escoliómetro ten unha taxa de falsos positivos do 2,9 % e unha taxa de falsos negativos do 28,9 %¹⁰. O valor predictivo positivo para o test de Adams combinado coa medición do escoliómetro varía do 29,3 % ao 54,1 % e no caso de empregar unha soa proba de cribado do 5,0 % ao 17,3 %⁶.

Para confirmar a sospeita clínica, é preciso realizar unha telerradiografía anteroposterior en bipedestación (cunha visualización correcta de toda a crista ilíaca bilateralmente), que permita medir a curva ou as curvas escolióticas¹¹.

15.3.3. INTERVENCIÓNS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Os programas de cribado diagnostican gran cantidade de curvas leves ($< 10^\circ$), producindo un elevado número de derivacións, radiografías innecesarias e preocupación familiar. Non obstante, cando o diagnóstico non se fai na consulta e os síntomas son detectados pola propia familia ou o/a propio/a adolescente, con frecuencia a curva é maior que cando a detecta o profesional sanitario, e nalgún caso, pode ser tarde para o tratamento conservador⁵.

As diferentes sociedades científicas nacionais e internacionais, aportan argumentos en contra e a favor do cribado da EIA. Tanto a *US Preventive Service Task Force* como o

Grupo de Prevención na Infancia e adolescencia (PrevInfad) non recomendan a realización do cribado para a detección de EIA, aludindo á falta de evidencia sobre o efecto a longo prazo do tratamento da escoliose durante a adolescencia⁶; remarcan que os riscos do cribado universal da EIA son maiores que os beneficios, pois as probas de cribado das que dispoñemos teñen un valor predictivo positivo moi baixo e a súa aplicación universal supoñería un alto número de derivacións innecesarias⁵.

Pola contra, a *American Academy of Orthopaedic Surgeons*, a *Scoliosis Research Society*, a *Pediatric Orthopaedic Society of North America* e a *American Academy of Pediatrics (AAP)* si recomendan un cribado en 2 ocasións no caso das rapazas, aos 10 e 12 anos, e nunha ocasión no caso dos nenos, entre os 13 - 14 anos¹.

A Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) propón o seguinte algoritmo para EIA en nenos a partir dos 10 anos¹²:

- Exploración física a partir dos 10 anos, test de Adams \pm escoliómetro
 - AIT $< 7^\circ$ ou mínima asimetría no test de Adams
 - Control clínico (6 - 9 meses).
 - AIT $\geq 7^\circ$ ou clara asimetría no test de Adams
 - Radiografía anteroposterior da columna en bipedestación.
 - Ángulo de Cobb $< 20^\circ$: control clínico (6-9 meses), se empeoramento, repetir a radiografía e derivar ao Servizo de traumatoloxía se aumenta a curva $> 5^\circ$.
 - Ángulo de Cobb 20 - 29° :
 - Mulleres posmenárquicas e varóns > 14 anos: control clínico (6-9 meses), se empeoramento, repetir a radiografía e derivar ao Servizo de traumatoloxía se aumenta a curva $> 5^\circ$.
 - Mulleres premenárquicas e varóns 12 - 14 anos: derivar ao Servizo de traumatoloxía.

- Ángulo de Cobb $\geq 30^\circ$: derivación ao Servizo de traumatoloxía.
- Non é posible realizar radiografía: derivar a traumatoloxía.

15.4. RECOMENDACIÓN SOBRE ESCOLIOSE

Aínda que non está claro que o cribado da EIA mellore o resultado final na idade adulta⁵, pero tendo en conta que naqueles pacientes subsidiarios o xustillo é eficaz para evitar a progresión da escoliose², a recomendación desta guía é a de non realizar cribado sistemático, pero no caso de atopar datos suxestivos de EIA na exploración xeral, seguir o algoritmo proposto pola AEPap, remarcando o beneficio de empregar o test de Adams e o escoliómetro de forma conxunta^{6,8,13}.

Hipercifose e hiperlordose

Hipercifose

15.5. INTRODUCCIÓN

A hipercifose é unha alteración do plano saxital da columna cun aumento da cifose fisiolóxica dorsal, que oscila nun rango entre os 20 e 40°, entre a cara superior de T5 e a cara inferior de T12¹⁴. Un valor superior ou a presenza de 5° de cifose en rexións lordóticas, debe ser considerado patolóxico¹⁵.

Segundo a súa etioloxía, a hipercifose clasifícase en:

- Hipercifose non estruturada ou postural: con curvas redutibles mediante decúbito, suspensión ou autoestiramento, e
- Hipercifose estruturada (conxénita, adquirida ou idiopática), que presenta curvas irredutibles ou só parcialmente redutibles¹⁶.

A patoloxía máis frecuente relacionada coa hipercifose é a cifose postural, máis habitual durante o brote de crecemento puberal. Pode acompañarse de dor, pero corríxese coa hiperextensión activa da columna. Os nenos e as nenas que a presentan benefíciense de exercicios de fortalecemento da musculatura dorsal e abdominal, e do autocontrol postural. Cando unha cifose é dolorosa compre descartar que se trate dunha cifose de Scheuermann (forma máis frecuente de hipercifose estruturada), que presenta alteracións radiolóxicas, como acuñaamentos vertebrais dorsais e irregularidade das caras adxacentes^{11,14}.

15.6. ASPECTOS ESPECÍFICOS

15.6.1. INSPECCIÓN E PROBAS COMPLEMENTARIAS

Co paciente en bipedestación e de lado da persoa que realiza a exploración (con postura relaxada, na súa postura habitual), apreciarase no caso de presentar hipercifose, unha proxección da cabeza cara a diante, a antepulsión dos ombreiros (pasan por diante do eixo do trago) e un incremento da convexidade dorsal¹⁶.

Se ao flexionar o tronco existe un incremento da curvatura dorsal, é recomendable solicitar unha radiografía anteroposterior e lateral en bipedestación, que inclúa o raque completo, para cuantificar o valor angular da cifose mediante o método de Cobb¹⁷.

Hiperlordose

15.7. INTRODUCCIÓN

Preséntase como unha curva compensadora dunha deformidade primaria en cifose. Tamén é a resposta lóxica ás deformidades fixas na flexión a nivel da cadeira ou nas luxacións inveteradas da cadeira de forma bilateral¹¹. O valor normal de lordose oscila entre os 35 - 50°¹⁶.

A lordose xuvenil benigna, fisiolóxica, é moi frecuente durante a primeira infancia e pode asociar *genu recurvatum*.

A lordose secundaria, atópase en espondilolistese ou displasias óseas como a acondroplasia¹¹.

15.8. ASPECTOS ESPECÍFICOS

15.8.1. INSPECCIÓN E PROBAS COMPLEMENTARIAS

Do mesmo xeito que na valoración da cifose, co/coa paciente en bipedestación con postura relaxada e de lado da persoa que realiza a exploración, atoparase neste caso un incremento da concavidade lumbar, unha protusión abdominal e maior prominencia das nádegas¹⁶.

Solicitarase o estudo radiográfico no caso de que ao flexionar o tronco persista a lordose lumbar¹⁶.

15.9. RECOMENDACIÓNS SOBRE HIPERCIFOSE E HIPERLORDOSE

Con frecuencia, cando nos referimos a patoloxía do raque centrámonos na escoliose, deixando a un lado a valoración da cifose e lordose, incluso durante os controis de saúde do Programa de saúde infantil. Non obstante, é aconsellable realizar unha valoración (inspección co paciente en bipedestación e posición lateral) na infancia (6 anos), ao inicio de período puberal (10 - 11 anos) e no estirón puberal (13 - 14 anos)¹⁶.

Ante a sospeita de desaliñamento, principalmente non redutible, ou que se asocie a dor, solicitarase o estudo radiolóxico correspondente^{11,14,16}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hresko MT, Talwalkar V, Schwend R. Early detection of idiopathic scoliosis in adolescents. *J Bone Joint Surg Am.* 2016;98(16):e67.
2. Weinstein SL, Dolan LA, Wright JG, Dobbs MB. Effects of bracing in adolescents with idiopathic scoliosis. *N Engl J Med.* 2013;369(16):1512-21.
3. Horne JP, Flannery R, Usman S. Adolescent idiopathic scoliosis: diagnosis and management. *Am Fam Physician.* 2014;89(3):193-8.
4. Burton MS. Diagnosis and treatment of adolescent idiopathic scoliosis. *Pediatr Ann.* 2013;42(11):224-8.
5. Esparza Olcina MJ; Grupo PrevInfad. ¿Hay que hacer cribado de la escoliosis idiopática del adolescente? *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2015;8(3):157-60.
6. US Preventive Services Task Force; Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Barry MJ, Davidson KW, et al. Screening for adolescent idiopathic scoliosis: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA.* 2018;319(2):165-72.
7. Staheli LT. Fundamentos de ortopedia pediátrica. 5ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2016.
8. Dunn J, Henrikson NB, Morrison CC, Blasi PR, Nguyen M, Lin JS. Screening for adolescent idiopathic scoliosis: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2018;319(2):173-87.
9. Goodbody CM, Sankar WN, Flynn JM. Presentation of adolescent idiopathic scoliosis: the bigger the kid, the bigger the curve. *J Pediatr Orthop.* 2017;37(1):41-6.
10. Yawn BP, Yawn RA, Hodge D, Kurland M, Shaughnessy WJ, Ilstrup D, et al. A population-based study of school scoliosis screening. *JAMA.* 1999;282(15):1427-32.
11. Bueno Sánchez AM. Desviaciones de la columna vertebral. *Form Act Pediatr Aten Prim.* 2016;9(3):107-14.
12. Esparza Olcina MJ. Escoliosis idiopática del adolescente. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), editor. Guía de algoritmos en pediatría de atención primaria. Madrid: Lúa ediciones 3,0; 2015. Disponible en: <http://algoritmos.aepap.org/adjuntos/escoliosis.pdf>.

13. Negrini S, Donzelli S, Aulisa AG, Czaprowski D, Schreiber S, de Mauroy JC, et al. 2016 SOSORT guidelines: orthopaedic and rehabilitation treatment of idiopathic scoliosis during growth. *Scoliosis Spinal Disord.* 2018;13:3.
14. De las Heras J. Patología de la columna vertebral. *An Pediatr Contin.* 2006;4(3):196-9.
15. Ardura Aragón F, Noriega González DC, Hernández Ramajo R. Deformidades de la columna vertebral. *Pediatr Integral.* 2014;XVIII(7):468-77.
16. García S, Santonja F. Desalineaciones raquídeas en pediatría. En: Del Pozo J, editor. *Tratado de pediatría extrahospitalaria.* Murcia: Ediciones BJ; 2001. p 597-606.
17. Miladi L. Round and angular kyphosis in paediatric patients. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2013;99(1):S140-9.

16. Saúde bucodental

Autoras: Eva Santos Miranda e Aránzazu Otero Vidal

16.1. INTRODUCCIÓN

A saúde bucodental é un aspecto importante da saúde e do benestar xeral dos/das cidadáns/ás. A carie e a enfermidade periodontal teñen unha elevada prevalencia, pero son susceptibles de prevención coas medidas dispoñibles na actualidade. Así mesmo, estas enfermidades son máis facilmente tratables nos seus estadios iniciais^{1,2}.

A importancia das enfermidades bucodentais como problema de saúde vén determinada polas súas características clínicas e epidemiolóxicas¹:

- Alta prevalencia na poboación.
- Alta morbilidade: afectan á saúde e á calidade de vida, son causa frecuente de absentismo laboral e de problemas de rendemento escolar.
- Poden desencadear outros problemas de saúde máis graves cando non son tratadas.
- Custo económico elevado.
- Cronicidade; precisan seguimento ao longo da vida.

A carie dental é considerada desde un punto de vista sanitario como unha das enfermidades máis prevalentes, e acadou nos anos setenta do século pasado a categoría de pandemia nos países industrializados. Desde ese momento, debido aos importantes cambios na planificación sanitaria e nos hábitos hixiénicos da poboación, a prevalencia da enfermidade comezou a diminuír¹.

Os datos máis recentes sobre a saúde bucodental da poboación infantil galega proveñen do estudo *A Saúde Bucodental nos Escolares en Galicia no Ano 2010*, da Dirección Xeral de Saúde Pública. Neles pódese constatar que a prevalencia de carie en ambas denticións (temporal e definitiva) aumenta coa idade, con valores arredor do 30 %, 40 % e 50 % aos 6, 12 e 15 anos, respectivamente. A pesar dos datos amosados, este estudo mostra unha evolución favorable na saúde bucodental nos últimos anos. O índice de restauración (número de pezas obturadas dividido do total de pezas afectadas), que é un indicador de atención odontolóxica, pasou do 4 % en 1990 ao 36 % en 2010, nos escolares de 6 anos, e do 20 % en 1990 ao 74 % en 2010, nos escolares de 12 anos¹.

As enfermidades bucodentais son un problema de saúde mundial. A Organización Mundial da Saúde (OMS) mostra datos impactantes, xa que afirma que entre o 60 - 90 % de escolares de todo o mundo padecen carie dental (datos de 2012), sendo máis frecuente en grupos poboacionais desfavorecidos. É por iso que a consecución dun estado de saúde bucodental adecuado da poboación depende, en gran medida, das estratexias adoptadas polas administracións sanitarias e, secundariamente, da implicación dos/das pediatras e enfermeiros/as de pediatría de atención primaria (AP), xa que son os últimos responsables de que as medidas estratéxicas teñan éxito^{1,3}.

16.2. PUNTOS A DESTACAR

En Galicia está instaurado o **Programa de saúde bucodental en atención primaria**, que naceu como finalidade de revisar, actualizar e unificar a atención que se presta nas unidades de odontoloxía e saúde bucodental de AP, co obxectivo de homoxeneizar a oferta de servizos e garantir a súa prestación, de acordo con criterios de calidade e de máximo rendemento⁴.

A última revisión fíxose no ano 2006 e, actualmente, as prestacións do Programa de saúde bucodental na atención primaria pediátrica son as seguintes:

- Actividades preventivas:

- Poboación de 6 a 14 anos:

- Información e educación en materia de hixiene e saúde bucodental.
- Revisións preventivas periódicas da cavidade oral.
- Diagnóstico de malas oclusións dentais.
- Aplicación profesional de flúor tópico.
- Selado de sucros e fisuras en dentición permanente, no que se lles dá prioridade ao 1º e ao 2º molar.

- Tratamento de procesos agudos odontolóxicos, incluída a exodoncia de dentes.

- Cirurxía oral. Aquela que non pode ser realizada nas unidades de odontoloxía e saúde bucodental de atención primaria, pola súa complexidade ou polos especiais requisitos que comporta, lévase a cabo nos servizos de cirurxía maxilofacial.

- Atención a persoas con diversidade funcional física ou psíquica, mediante convenios específicos con outras entidades.

- Tratamento de lesión de carie sen afectación polpar nas superficies oclusais e fosas vestibulares do primeiro e segundo molares permanentes na poboación infantil de 6 e 14 anos de idade.

16.3. ASPECTOS ESPECÍFICOS

16.3.1. INTERVENCIÓNS EN ATENCIÓN PRIMARIA

A implicación dos/das pediatras e da enfermaría de pediatría é fundamental para o éxito deste programa, entendido como o impacto real na mellora da saúde bucodental da poboación infantil, debido tanto á accesibilidade e á continuidade dos contactos que facilita o desenvolvemento do Programa de saúde infantil, como á prestación asistencial integrada e integral da saúde que realizan. As súas funcións dentro do Programa de saúde bucodental concréntanse en:

- A captación a través do equipo pediátrico de AP: na consulta diaria dos/das pediatras e enfermeiros/as de pediatria, no marco da actividade asistencial diaria a demanda ou programada e, en especial, das visitas do Programa de saúde infantil^{4,5}.
- O reforzo das actividades preventivas e de promoción da saúde nos aspectos básicos: hixiene, dieta, hábitos e administración de flúor.
- A exploración preventiva da cavidade oral para valorar a erupción da dentición, a detección precoz de patoloxía bucodental e a súa derivación para o tratamento correspondente.
- Información sobre as prestacións e actividades do programa.

16.3.2. VALORACIÓN SEGUNDO GRUPOS DE IDADE⁴

- **De 0 a 3 anos:** nesta etapa erupciona a dentición temporal. Recoméndase unha visita a Unidade de saúde bucodental neste periodo^{6,7}.
 - Diagnóstico de posibles anomalías conxénitas e a súa derivación, segundo proceda, ao servizo correspondente.
 - Valoración da erupción da dentición primaria.
 - Valoración da indicación da administración de flúor.
- **De 3 a 6 anos:** o/a neno/a xa ten toda a dentición temporal. Recoméndase unha visita anual á Unidade de saúde bucodental.
 - Valoración da dentición primaria.
 - Valoración da presenza de carie.
 - Valoración da oclusión para detectar posibles alteracións.
 - Valoración da indicación da administración de flúor.
- **De 6 a 14 anos:** ocorre o recambio dos dentes temporais polos definitivos. Recoméndase unha visita semestral á unidade.

- Control da dentición permanente. Incidir na importancia do primeiro e segundo molar definitivos.
- Valoración da oclusión para detectar posibles alteracións.
- Valoración da presenza de carie.
- Valoración da indicación de administración de flúor tópico.
- Valoración da indicación de selado de fosas e fisuras nos dentes definitivos.

Cribado específico de maloclusións dentais:

A maloclusión dental é a distribución desigual da presión da mandíbula e o maxilar superior, como consecuencia da mala aliñación dos dentes.

Detéctase facendo que o/a neno/a degluta coa boca pechada, para que así os dentes estean en oclusión. Normalmente os dentes da arcada inferior quedan situados por dentro dos superiores⁸.

Hai causas que son previsibles e nas que a educación sanitaria pode ser importante: evitar o uso prolongado do chupete e evitar a succión do polgar ou succión labial⁹.

Son de derivación inmediata ao/á odontopediatra:

- Mordida cruzada, onde os dentes da arcada superior, ao pechar a boca, quedan por detrás dos da arcada inferior.
- Mordida aberta: cando non hai solapamento dos dentes da arcada superior e inferior, senón que ao morden queda un espazo entre eles ou quedan enfrontados.
- Sobremordida, onde os dentes da arcada superior sobrepasan na mordida aos da arcada inferior.

16.3.3. PREVENCIÓN

Os factores principais implicados na carie son as bacterias, os azucres e a susceptibilidade do/da neno/a, mentres que os procedementos máis útiles como profilácticos da mesma son o uso de flúor, as medidas dietéticas, a hixiene dental e o tratamento das lesións activas.

a) Evitar a contaminación da boca do/da neno/a

Os nenos e nenas adquiren as bacterias carioxénicas de forma vertical da saliva dos proxenitores ou cuidadores, coincidindo sobre todo coa erupción dos primeiros dentes⁷.

b) Medidas dietéticas

Os novos protocolos da OMS recomendan que os/as nenos/as reduzan a inxestión diaria de azucres libre a menos dun 10 % do total diario, xa que o consumo frecuente de hidratos de carbono fermentables asóciase coa aparición de carie^{3,8,9}.

c) Hixiene dental

O efecto positivo da hixiene dental é superior incluso ao dunha dieta correcta, segundo estudos recentes levados a cabo en centros de saúde galegos¹⁰. É máis importante a minuciosidade do cepillado dental que o tipo de técnica empregada¹¹.

Os proxenitores deben ter claro que é a súa responsabilidade, polo menos ata que o/a neno/a teña a habilidade motora suficiente para facelo só, que por norma se consegue entre os 7 e os 10 anos^{6,8,11}.

d) Uso de flúor

O flúor é o método máis eficaz e seguro para deter a desmineralización do esmalte e reducir a prevalencia de carie no mundo.

Con cantidades ideais e en período poseruptivo, conséguese aumentar a mineralización dental e a densidade ósea, así como reducir o risco e prevalencia de carie dental. Hai que ter en conta a idade da persoa, o grao de motivación, o consumo de flúor por outras fontes e a presenza de factores de risco⁹.

- Dentífrico: estudos recentes indican que só os dentífricos con concentracións de 1.000 ppm ou máis de ión flúor, son eficaces na redución da carie⁷.
- Colutorios diarios de 0,05 % de FNa durante un minuto. Como non poden tragarse, están indicados a partir dos 6 anos de idade⁹.
- Flúor sistémico individual (dispoñible en tabletas ou gotas): se a auga de bebida ten un contido en flúor menor de 0,3 mg/l e a maiores hai risco de carie. Debe tomarse diariamente antes de deitarse e non se debe tomar nada por vía oral nos 30 minutos seguintes⁹.

6 meses – 3 anos	0,25 mg/día
3 anos – 6 anos	0,50 mg/día
6 anos – 14 anos	1 mg/día

- Aplicación tópica de xeles e vernices con elevada concentración de flúor nas unidades de saúde bucodental, se é necesario.

e) Tratamento de lesións activas

Debe efectuarse na dentición caduca e na permanente, pois redúcese a colonización bacteriana e o risco de destrución dos dentes sans.

16.4. RECOMENDACIÓNS

De 0 a 3 anos:

Hixiene dental	<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza da enxiva desde o nacemento, unha vez ao día aínda que o bebé non teña dentes, mellor pola noite. Utilizar unha gasa húmida ou un dedal de silicona e limpar enxivas, lingua, interior das meixelas e padal^{6,7,9}. • Erupción do primeiro dente temporal: hixiene dos dentes dúas veces ao día, incidindo sobre todo pola noite. Utilizar unha gasa, dedal de silicona ou un cepillo de lactantes con pasta dental de 1.000 ppm de ión flúor, coa cantidade equivalente a un gran de arroz^{6,7}. • Cando saian os molares temporais, pasar fío dental entre eles antes de durmir, e se é complicado polo pequeno tamaño da boca do bebé, poden utilizarse posicionadores de fío (flossers)⁷.
Medidas dietéticas	<p>Promover a lactación materna e incidir nas seguintes recomendacións sobre os hábitos alimentarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non utilizar doces como reforzo condutual. • Non mollar o chupete en mel ou azucre⁷.

	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar que os/as nenos/as non durman co biberón. • Se non se poden evitar os alimentos con sacarosa entre as comidas, hixiene bucal inmediatamente despois. • Reducir ao máximo a inxesta de azucres ocultos ou alimentos con azucres engadidos³.
Hábitos	<ul style="list-style-type: none"> • Facer fincapé sobre as seguintes cuestións: o reflexo de succión é saudable nesta etapa, polo que pode utilizar un chupete anatómico brando ata os 18 - 24 meses, evitando sempre a succión do dedo. • Proporcionar recomendacións sobre o alivio das posibles molestias. • Proporcionar recomendacións sobre a correcta limpeza das mamadeiras, chupetes e biberóns. • Non limpar o chupete do bebé con saliva cando o chupete se ensuciou. • Non refrescar a comida soprándolle directamente sobre a culler do bebé. • Evitar os bicos na boca dos/das nenos/as, sobre todo durante o primeiro ano de vida⁷.

De 3 a 6 anos:

Hixiene dental	<ul style="list-style-type: none"> • Hixiene dental con pasta entre 1.000 e 1.450 ppm de ión flúor, dependendo do risco de carie do/da neno/a, e do tamaño dun chicharo. Tras o cepillado, cuspir os restos de pasta pero non enxaugar^{6,7,9,12}. • Valorar a posibilidade de hixiene adicional con fío dental fluorado.
Medidas dietéticas	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar dieta non carioxénica e evitar os reforzos condutuais con doces^{3,7}.
Hábitos	<ul style="list-style-type: none"> • Control da succión dixital⁶. • Non refrescar a comida soprándolle directamente sobre a culler do bebé⁷. • Evitar os bicos na boca dos/das nenos/as.

De 6 a 14 anos:

Hixiene dental	<ul style="list-style-type: none"> • Hixiene dental con pasta de 1.450 ppm de ión flúor, de 1 ou 2 cm. Esta proporción podería incrementarse en nenos/as con maior risco de carie^{6,7,9}. • Colutorios a partir dos 6 anos de idade: colutorios diarios de 0,05 % de FNa durante un minuto⁹. • Recomendase hixiene adicional con fío dental fluorado.
Medidas dietéticas	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar a dieta non carioxénica e evitar os reforzos condutuais con doces⁷. • Incidir na implantación de hábitos alimentarios correctos.
Hábitos	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención sobre traumatismos dentais⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública. A saúde bucodental dos escolares de Galicia. 2010. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2010. Dispoñible en: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/682/A_saude_bucodental_dos_escolares_galegos_no_ano_2010.pdf.
2. Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde, División de Asistencia Sanitaria. Actividades preventivas en pediatría: Guía de apoio para o programa do neno san. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2004. Dispoñible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/publicaciones/detallepublicacion.aspx?idpaxina=40113&idcatalogo=1160>.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud bucodental. Nota informativa N° 318. Ginebra: OMS; 2012. Dispoñible en: <https://es.scribd.com/document/396643618/NOTA-INFORMATIVA-N318-de-la-OMS-pdf>.
4. Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde. Guía técnica do Programa de saúde bucodental en atención primaria. Novas prestacións. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2006. Dispoñible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/892/guiatecnica_saudebucodental.pdf.
5. Herrera D, Sanz M, Herrera Pombo JL, Gómez Doblás JJ, Guerrero A. La salud bucodental también importa. *Semergen*. 2016;42(4):213-5.
6. Fundación Dental Española, Sociedad Española de Odontopediatría. Niño sano, boca sana: preguntas y respuestas. Fundación Dental Española, editor. Madrid: Grupo ICM de comunicación; 2016. Dispoñible en: <https://www.consejodentistas.es/pdf/libros/Ninosano-bocasana/Ninosano-bocasana.html>.
7. Sociedad Española de Odontopediatría. Protocolo de diagnóstico, pronóstico y prevención de la caries de la primera infancia. Barcelona: Sociedad Española de Odontopediatría; 2019. Dispoñible en: <https://www.odontologiapediatrica.com/protocolos/protocolo-de-diagnostico-pronostico-y-prevencion-de-la-caries-de-la-primera-infancia/>.

8. Pombo Sanchez A. Relevancia clínica del cepillado bucodental infantil y su relación con hábitos higiénicos y nutricionales del niño y los conocimientos odontológicos de sus padres [tese doctoral]. A Coruña: Universidade da Coruña; 2009. Disponible en: <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/7337?locale-attribute=en>.
9. Vitoria Miñana I. Promoción de la salud bucodental. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [Internet]; 2011 [acceso 14 febreiro 2020]. Disponible en: http://previnfad.aepap.org/sites/default/files/2017-04/previnfad_bucodental.pdf.
10. Blanco M, Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, Smyth E. Oral health and hygiene status in Galician schoolchildren. *An Pediatr (Barc)*. 2016;85(4):204-9.
11. Pita-Fernández S, Pombo-Sánchez A, Suárez-Quintanilla J, Novio-Mallón S, Rivas-Mundiña B, Pértega-Díaz S. Relevancia clínica del cepillado dental y su relación con la caries. *Aten Primaria*. 2010;42:372-9.

17. Supervisión do desenvolvemento psicomotor

Autoras: Paula López Pérez e Beatriz Cortés Osorio

17.1. INTRODUCCIÓN

O desenvolvemento psicomotor normal implica a progresiva e continua adquisición de habilidades motrices, cognitivas, emocionais e sociais. Este proceso comeza co nacemento e finaliza na idade adulta¹, aínda que os fitos máis importantes teñen lugar nos dous primeiros anos de vida debido a que a mielinización, que se inicia nas últimas semanas de xestación, remata aproximadamente a esa idade².

O **atraso psicomotor** (APM) é un atraso do desenvolvemento no que os logros do mesmo aparecen cunha secuencia lenta para a idade do/da neno/a e/ou cualitativamente alterada. Supón un rendemento menor a 2 desviacións estándar en polo menos dúas escalas: motricidade (groseira ou fina), linguaxe, sociabilidade e habilidades da vida diaria. Iníciase na infancia e ten un curso evolutivo estable. Este termo resérvase para os/as menores de 5 anos, empregándose nos maiores desta idade o termo de *discapacidade intelectual*³.

A prevalencia do APM é do 2,5 - 3 % e non sempre predí unha afectación da esfera intelectual. É un pouco superior en varóns (1,5:1), así como en niveis socioeconómicos baixos ou con educación limitada³.

17.2. PUNTOS A DESTACAR

Os e as profesionais involucrados/as no coidado dos/das nenos/as deben ter coñecemento das características normais do desenvolvemento psicomotor ([Anexo 17.1](#), [17.2](#) e [17.3](#)), pois a súa avaliación é imprescindible no Programa de saúde infantil, coa finalidade de detectar de forma temperá os signos de alerta ([Anexo 17.4](#))⁴. A valoración do desenvolvemento psicomotor dun/dunha lactante pequeno/a realizarase fundamentalmente mediante observación directa, mentres que en nenos/as de maior idade aporta gran información o referido polas persoas coidadoras durante a entrevista⁵. Con todo, a impresión subxectiva dun APM é insuficiente, por isto compre complementar a anamnese e a exploración con tests de cribado ou escalas estandarizadas¹.

Ante a presenza de signos de alerta, o/a neno/a debe ser remitido/a á Unidade de atención temperá e/ou ao Servizo de neuropediatría para completar estudo e iniciar o tratamento, se é o caso. O diagnóstico precoz permite previr defectos secundarios e nos casos susceptibles, establecer un tratamento etiolóxico ou realizar consello xenético.

17.3. ASPECTOS ESPECÍFICOS

17.3.1. DETECCIÓN PRECOZ

A valoración do desenvolvemento psicomotor debe ser sistemática. Unha historia clínica completa, incluíndo os antecedentes familiares, a situación social e ambiental ([Anexo 17.5](#)) permitirá identificar a aqueles/as nenos/as con alto risco de alteracións no desenvolvemento³.

Os factores de risco máis importantes na historia do/da paciente son⁴:

- Prenatais: tóxicos durante o embarazo (por exemplo o consumo de alcohol durante a xestación pode causar trastorno do espectro alcohólico fetal, que inclúe entre as súas manifestacións clínicas APM –[Anexo 17.6](#)–), infeccións virais, atraso de crecemento intrauterino, alteracións xenéticas...
- Perinatais: prematuridade, baixo peso para a idade xestacional, complicacións obstétricas...
- Neonatais: encefalopatía neonatal, infección (sepse, meninxite), hiperbilirrubinemia severa...
- Posnatais: maltrato, traumatismo, meninxite, encefalite, exposición a tóxicos, epilepsia severa.
- Perda visual ou auditiva.

Unha porcentaxe do APM pódese atribuír a causas xenéticas (30 - 40 %) e a erros conxénitos do metabolismo (1 - 5 %)³.

Unha vez completada a anamnese e tras realizar unha exploración física na que se inclúan elementos fundamentais da valoración psicomotriz ([Anexo 17.7](#)), compre empregar, como apoio na avaliación, tests ou escalas de desenvolvemento estandarizadas cuxo propósito é detectar, aínda que non definir, o grao dun atraso¹.

A Academia Americana de Pediatría (AAP) recomenda o emprego de tests de cribado validados de forma periódica, que permitan recoñecer a aqueles/as nenos/as susceptibles de derivación. As idades propostas serían os 9, 18 e 24 - 30 meses. Ademais en presenza de signos de alerta aconsellan aplicar un cribado de trastorno do espectro autista aos 18 meses de idade¹.

Existen varios test de cribado, destacando os dous seguintes:

- *Denver Developmental Screening Test-II* (DDST-II)⁶: o máis empregado a nivel internacional. Aplícase a nenos/as de 3 meses a 4 anos. Valora as áreas motora fina e grossa, persoal-social e a linguaxe⁴.

- *Test de Haizae-Llevant*⁷: confeccionado e validado para a poboación española de 1 mes a 4 anos. Recolle 97 ítems referidos a 4 áreas: socialización, linguaxe e lóxica matemática, manipulación e control da postura. Indícase a idade á que cada un dos puntos é levado a cabo polo 50 %, 75 % e 95 % da poboación infantil⁴.

Outras ferramentas son os tests validados que recollen as preocupacións dos proxenitores sobre o desenvolvemento dos seus fillos/as, como o *Parent's Evaluation of Developmental Status* (PEDS), un cuestionario que recolle 10 ítems dirixidos aos pais e nais de nenos/as de entre 0 a 8 anos^{1,4}.

Independentemente do resultado do cribado previo, os/as nenos/as que presenten risco neurolóxico precisarán seguimento, pois poden acadar os primeiros fitos do desenvolvemento psicomotor con normalidade e facerse evidente un atraso na linguaxe e nos esquemas de xogo a partir do segundo ano de vida.

17.3.2. INTERVENCIÓNS EN ATENCIÓN PRIMARIA

A actuación desde atención primaria variará segundo os datos de alerta que poidan xurdir tras a valoración inicial:

- Solicitude de ecografía transfontanelar, nos casos que presente macro ou microcefalia con fontanela anterior aberta.
- Derivación á Unidade de atención temperá para comezar abordaxe funcional de forma precoz.
- Derivación ao Servizo de oftalmoloxía ou ao Servizo de otorrinolaringoloxía no caso de sospeitar cegueira ou hipoacusia.
- Derivación á Unidade de neuropediatría, coa finalidade de acadar un diagnóstico etiolóxico.

17.4. RECOMENDACIÓNS

Coñecer o desenvolvemento psicomotor normal é fundamental para o diagnóstico precoz do APM, que permitirá nos casos susceptibles realizar tratamento etiolóxico, aproximar un pronóstico, e ofrecer consello xenético⁴.

- A anamnese e a exploración física son ferramentas fundamentais para a avaliación do APM³.
- O tratamento precoz permite a melloría ou estabilización do desenvolvemento psicomotor e das manifestacións neurolóxicas e sistémicas, mellorando a calidade de vida do/da neno/a así como da súa familia e contorno⁸.
- É necesaria unha adecuada coordinación entre o ámbito sanitario, educativo e social⁸.

ANEXOS

ANEXO 17.1. EVOLUCIÓN DO DESENVOLVEMENTO MOTOR⁴

Idade	Motor groseiro	Motor fino
Recentemente nado/a	- Hipertonía flexora.	- Tendencia a mans pechadas.
1 mes	- Predominio flexo-abductor. - Eleva a cabeza momentaneamente.	- Mans abertas. - Sigue obxectos 90°.
2 - 3 meses	- Sostén cefálico inconstante.	- Utiliza agarre palmar. - Mírase as mans. - Xunta as mans na liña media. - Sigue obxectos 180°.
4 meses	- Pasa de prono a supino. - Bo control cefálico.	- Estende o brazo para coller un obxecto. - Coordinación visual-motora.
6 meses	- Sedestación con apoio. - Pasa de supino a prono. - Cóllese os pés.	- Transfire obxectos dunha man a outra. - Colle obxectos pequenos.
9 meses	- Sedestación sen apoio. - Gatea ou reptá.	- Pinza inmatura.
12 meses	- Bipedestación sen apoio. - Pode dar pasos.	- Liberación voluntaria de obxectos. - Pinza precisa. - Sinala co dedo.
15 meses	- Marcha liberada. - Agáchase e ponse de pé só.	- Torre de 2 cubos. - Fai garabatos.
18 meses	- Sobe chanzos da man. - Salta cos 2 pés.	- Torre de 3-4 cubos. - Pasa as páxinas dun libro.
2 anos	- Sobe e baixa escaleiras. - Corre.	- Torre de 5-6 cubos. - Desenrosca tapóns.
3 anos	- Mantense segundos sobre un pé.	- Copia un círculo e unha cruz.

ANEXO 17.2. EVOLUCIÓN DO DESENVOLVEMENTO SENSORIAL⁴

Idade	Visión	Audición
4 semanas	- Mira á nai cando lle fala. - Segue 90°	- Detense ante unha voz familiar.
8 semanas	- Converxe a vista. - Segue obxectos.	
12 semanas	- Segue un obxecto 180° e verticalmente.	- Xírase ante un son familiar.
16 semanas	- Recoñece obxectos.	
20 semanas	- Sorrí ante o espello.	- Recoñece voces de xeito individual.
24 semanas	- Ve e recoñece a distancia.	- Xira a cabeza seguindo un son.
36 semanas	- Mira e busca obxectos agachados.	- Localiza sons a maior distancia.
1 ano	- Recoñece fotos e obxectos.	- Recoñece tons.

ANEXO 17.3. EVOLUCIÓN COGNITIVA E DA LINGUAXE⁴

Idade	Comunicación	Comprensión	Linguaxe
6 - 8 semanas	<ul style="list-style-type: none"> - Sorriso social. - Imita movementos bucais. 		
3 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Balbuce. - Mantén contacto social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Localiza ao adulto coa mirada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vocaliza.
6 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Fai ruído para chamar a atención. - Sorrí ante o espello. 	<ul style="list-style-type: none"> - Recoñece voces. - Diferencia tons. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trata de captar atención emitindo sons.
9 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Responde ás ordes dos proxenitores. - Imita xestos. - Toma parte de xogos repetitivos con anticipación. - Chora ante descoñecidos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Detense ante o non. - Recoñece o seu nome. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bisílabos non referenciais.
12 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedade por separación. - Sinala obxectos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entende palabras familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Di non coa cabeza. - Linguaxe expresiva.
15 meses		<ul style="list-style-type: none"> - Entende ordes sinxelas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bisílabos referenciais.
18 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Adquisición de nomes de obxectos e persoas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Xogo simbólico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Di 10-15 palabras. - Frases de 2 palabras.

ANEXO 17.4. DATOS DE ALARMA NO DESENVOLVEMENTO PSICOMOTOR⁴

Idade	Signos de alarma
1 mes	<ul style="list-style-type: none"> - Irritabilidade constante. - Alteración da succión. - Non fixa a mirada. - Non reacciona co ruído.
2 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Persiste irritabilidade. - Sobresalto esaxerado ao ruído. - Aduce o polgar sobre o resto dos dedos.
3 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Non sorriso social. - Non segue coa mirada. - Non responde a sons. - Asimetría no movemento das mans.
4 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Non sostén cefálico. - Non sorriso con son. - Mantén as mans pechadas. - Hipertonía de adutores.
6 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertonía de membros e hipotonía troncular. - Persistencia do reflexo de Moro. - Non prensión voluntaria. - Non sedestación con apoio. - Non balbuce.
9 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Hipotonía troncular. - Non se despraza. - Non sedestación autónoma. - Non di bisílabos.
12 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Non bipedestación con apoio. - Reflexos anormais. - Non recoñece o seu nome.
15 meses	<ul style="list-style-type: none"> - Non da 4-5 pasos só ou con apoio. - Non fai pinza. - Non tira obxectos. - Non di 3-4 palabras.

Idade	Signos de alarma
18 meses	<ul style="list-style-type: none">- Non sube chanzos.- Non coñece as partes do corpo.- Non fai garabatos.- Non bebe dun vaso.- Non fai unha torre de 2 cubos.- Non di 7-10 palabras.
24 meses	<ul style="list-style-type: none">- Non corre.- Non fai unha torre de 4 cubos.- Non utiliza o “non”.- Non xogo simbólico.

ANEXO 17.5. DATOS RELEVANTES DA HISTORIA CLÍNICA NO/NA NENO/A CON APM⁴

- Factores prenatais: idade dos proxenitores, consanguinidade, técnicas de fecundación, consumo de tóxicos, patoloxía materna durante a xestación.
- Datos perinatais: idade xestacional, tipo de parto e necesidade de ingreso hospitalario no período neonatal. Tamén se inquirán os datos somatométricos ao nacemento.
- Cribado auditivo e metabólico.
- Grao de desenvolvemento psicomotor ata o momento da consulta.
- Patoloxía orgánica do/da neno/a.
- Antecedentes familiares.
- Valoración do contorno psicosocial.

ANEXO 17.6. TRASTORNO DO ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL (TEAF). CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS

Anomalías estruturais	Alteracións da morfoloxía facial	<ul style="list-style-type: none"> • Fisuras palpebrais curtas. • Filtrum liso. • Borde bermellón fino.
	Malformacións maiores	<ul style="list-style-type: none"> • Cardíacas: defectos do tabique interauricular, aberración dos grandes vasos, defectos do tabique ventricular, defectos cardíacos conotruncais. • Esqueléticas: sinostose radiocubital, defectos de segmentación vertebral, grandes contracturas articulares, escoliose. • Renais: riles aplásicos/hipoplásicos/ displásicos, riles en "ferradura", duplicacións ureterais. • Oftalmolóxicas: estrabismo severo, ptose severa, anomalías vasculares da retina, hipoplasia do nervio óptico. • Otolóxicas: perda auditiva condutiva, perda auditiva neurosensorial.
	Malformacións menores	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoplasia mediofacial, epicantus, diminución distancia interpupilar/ distancia intercantal $\leq 25\%$, ponte nasal plano, pregadura palmar alterado, clinodactilia do 5º dedo, filtrum largo $\geq 90\%$, orificios nasais antevertidos, campilodactilia, ptose palpebral leve-moderada, pavillóns auriculares en "vías de ferrocarril", sopro cardíaco/enfermidade cardíaca conxénita confirmada, estrabismo leve-moderado, supinación do cóbado limitada, uñas hipoplásicas, prognatismo, hipertricrose.
Atraso do crecemento prenatal e/ou posnatal		<ul style="list-style-type: none"> • Peso. • Talle.
Anomalías do sistema nervioso central	Estruturais	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiente crecemento cerebral: perímetro cefálico pequeno. • Morfoxénese anormal: hipoplasia corpo caloso, verme cerebelar, ganglios basais, hipocampo.
	Neurolóxicas	<ul style="list-style-type: none"> • Signos neurolóxicos "duros": reflexos anormais, ton anormal, déficit de nervios craniais. • Convulsións recorrentes que non se deben a unha lesión ou infección posnatal.
	Funcionais	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencia cognitiva: cociente intelectual, problemas de memoria, velocidade de procesamento lenta. • Función executiva: por exemplo dificultade para planificar e relacionar causa e efecto; falta de consideración das consecuencias das accións; mala organización; xuízo deteriorado; incapacidade para xeneralizar o coñecemento dunha situación a outra. • Función motora: por exemplo mala coordinación motora grossa, mala motricidade fina e mala coordinación visual-espacial.

	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de hiperactividade, atención ou concentración: por exemplo dificultade para codificar información e aspectos cambiantes da atención. • Habilidades sociais e función adaptativa: ex pouca comprensión das sinais sociais, aparente falta de remordemento despois do mal comportamento, falta de iniciativa apropiada, falta de amizades recíprocas, retraemento social, mala hixiene persoal; credulidade.
Grao de afectación: espectro de leve a severo.	
Categorías diagnósticas: síndrome de alcohol fetal, síndrome de alcohol fetal parcial, trastorno do neurodesenvolvemento relacionado co alcohol e malformacións conxénitas relacionadas co alcohol.	
Os TEAF son a primeira causa de discapacidades previbles no mundo.	

Fontes^{9,10}:

- Fisterra.com [Internet]. Elsevier España; 2017. Oliván Gonzalvo G. Trastornos del espectro alcohólico fetal [acceso 14 febreiro 2020]. Dispoñible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/trastornos-espectro-alcoholico-fetal/>.

- Weitzman C, Rojmahamongkol P. Fetal alcohol spectrum disorder: clinical features and diagnosis [Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc; 2019 [acceso 14 febreiro 2020]. Dispoñible en: <https://www.uptodate.com/contents/fetal-alcohol-spectrum-disorder-clinical-features-and-diagnosis>.

ANEXO 17.7. EXPLORACIÓN NO/NA NENO/A CON APM⁴

- Exploración física completa, que inclúa somatometría, valoración de trazos dismórficos, discromías, contacto visual, comportamento.
- Exame neurolóxico:
 - Exploración motora: ton muscular, pares craniais, reflexos, forza, movementos anormais.
 - Función propioceptiva e cerebelosa: equilibrio, coordinación e función motora fina.
 - Sensibilidade: superficial, profunda, discriminatória.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Calderón A, García Pérez A, Martínez Granero MA. Evaluación del desarrollo psicomotor. En: Verdú Pérez A et al., editores. Manual de neurología infantil. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 29-40.
2. Alba Jiménez M, Rubio Gordón L. Promoción y prevención de la salud en la infancia. Desarrollo psicomotor normal. En: Guerrero-Fernández J et al., editores. Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. 6ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018. p. 57-63.
3. García Pérez A, García Cruz JM. Retraso del desarrollo psicomotor. Fundamentos diagnósticos. Form Act Pediatr Aten Prim. 2017;10(14):154-62.
4. Gómez-Andrés D, Pulido Valdeolivas I, Fiz Pérez L. Desarrollo neurológico normal del niño. Pediatr Integral. 2015;XIX(9):640.e1-640.e7.
5. Fernández Álvarez E, Póo Argüelles P. Desarrollo psicomotor. En: Fejerman N, Fernández Álvarez E, editores. Neurología pediátrica. 3ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007. p. 25-31.
6. Verdú Pérez A, García Perez A, Martínez Menéndez B. Manual de neurología infantil. Madrid: Editorial publimed; 2008. Tablas. p. 1111-2.
7. Verdú Pérez A, García Pérez A, García Campos O, Arriola Pereda G, Martínez Menéndez B, de Castro de Castro P. Manual de neurología infantil. 2ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. Tablas. p 1186-7.
8. García Pérez A, García Cruz JM. Retraso del desarrollo psicomotor. Abordaje práctico. Form Act Pediatr Aten Prim. 2018;11(1):4-8.
9. Fisterra.com [Internet]. Elsevier España; 2017. Oliván Gonzalvo G. Trastornos del espectro alcohólico fetal [acceso 14 febreiro 2020]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/trastornos-espectro-alcoholico-fetal/>.
10. Weitzman C, Rojmahamongkol P. Fetal alcohol spectrum disorder: clinical features and diagnosis [Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc; 2019 [acceso 14 febreiro 2020].

Dispoñible en: <https://www.uptodate.com/contents/fetal-alcohol-spectrum-disorder-clinical-features-and-diagnosis>.

18. Diagnóstico precoz e manexo do trastorno por déficit de atención e hiperactividade

Autoras: María Tajés Alonso e Consuelo Lobelle González

18.1. INTRODUCCIÓN

O trastorno por déficit de atención e hiperactividade (TDAH) é un trastorno de orixe neurobiolóxico que se inicia na infancia e se caracteriza por un nivel de impulsividade, actividade e atención non axeitados á idade do desenvolvemento. Os síntomas de TDAH ocasionan dificultades cognitivas, académicas, condutuais, emocionais e sociais, persistindo na adolescencia en case o 80 % das persoas afectadas¹. Algúns estudos indican que entre o 30 % e o 65 % dos pacientes con TDAH na infancia presentarán o trastorno ou manterán síntomas clinicamente significativos na idade adulta, sendo a clínica predominante o déficit de atención¹.

A longo prazo, o TDAH asóciase a un menor rendemento académico e maior risco de abandono escolar. Sofren accidentes con frecuencia e de maior gravidade, e presentan un maior número de ingresos hospitalarios. Os adolescentes con TDAH sofren con frecuencia problemas derivados de ter baixa autoestima e escasas habilidades sociais, e presentan de xeito máis precoz consumos de alcohol e drogas².

É a enfermidade crónica máis frecuente na idade pediátrica. Aínda que as taxas de prevalencia estimadas a partir dos diferentes estudos poden variar segundo os diagnósticos e a metodoloxía empregada, estímase que a prevalencia mundial do TDAH está arredor do 5,3 % na poboación menor de 18 anos, sendo máis frecuente nos varóns, cun ratio home:muller 4:1¹. En España as taxas de prevalencia son similares ás do resto dos países³.

18.1.1. ETIOLOXÍA

Trátase dun trastorno de orixe multifactorial, influíndo determinantes aspectos neurobiolóxicos e ambientais. Entre os factores de índole biolóxico téñense atopado xenes asociados, alteracións neuroanatómicas (caudado, cerebelo, corpo caloso, córtex parieto-temporal e prefrontal), alteracións no metabolismo das catecolaminas e afectación das funcións executivas (razoamento abstracto, planificación, flexibilidade, memoria de traballo) que se correlacionan con achados neuroanatómicos⁴.

Hai outros factores que se relacionan co TDAH, como son as complicacións prenatais e perinatais, o baixo peso ao nacer, a prematuridade e a exposición intrauterina a substancias como tabaco, drogas (alcohol, heroína e cocaína), chumbo ou o déficit de cinc⁴. Os traumatismos cranioencefálicos moderados-graves na primeira infancia e as infeccións no sistema nervioso central tamén se teñen relacionado cun maior risco de padecemento do TDAH². Outros factores, como a adversidade psicosocial, os diferentes estilos educativos ou a presenza de psicopatoloxía nas nais e nos pais, actúan como variables moduladoras na evolución do TDAH⁴.

18.1.2. DETECCIÓN E DIAGNÓSTICO

A Rede Española de Axencias de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias e Prestacións do SNS estudou a eficiencia das estratexias de detección precoz do TDAH². Dito estudo conclúe que non hai consenso entre os expertos para formular recomendacións a favor ou en contra do cribado. Na recentemente publicada actualización da guía do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) referente ao diagnóstico e manexo do TDAH explicitamente desaconsella a realización de cribado de TDAH en poboación xeral⁵.

Os/as pediatras e todos/as os demais profesionais sanitarios implicados na asistencia aos/as menores deben prestar especial atención á presenza deste trastorno entre determinados **grupos de risco**, que teñen unha prevalencia de TDAH superior á da poboación xeral⁵:

- Nados/as pretermo.
- Nenos/as e adolescentes en situación de garda ou custodia.
- Pacientes con diagnóstico de trastorno de conduta e trastornos de ansiedade e do estado de ánimo.
- Persoas con familiares de primeiro grao con TDAH.
- Pacientes epilépticos.
- Pacientes con trastorno do neurodesenvolvemento ou trastornos da aprendizaxe.
- Pacientes con dano cerebral adquirido.

O/a pediatra de atención primaria (AP) debe de considerar a **sospeita de TDAH** en aqueles/as menores que presenten dificultades académicas ou condutuais xunto con síntomas de hiperactividade, impulsividade ou inatención. Para levar a cabo o diagnóstico, que é eminentemente clínico, debe documentarse a presenza dos síntomas nucleares do trastorno en número e intensidade acorde con criterios diagnósticos establecidos, e estes deberán estar presentes en máis dun ámbito da súa vida, xerando discapacidade a nivel psicológico, social, educacional ou familiar⁵.

O diagnóstico debe realizarse por persoal sanitario cualificado e con experiencia en TDAH⁵, e fundamentarse en:

1.- A realización dunha historia clínica exhaustiva e a obtención de información dos diferentes ámbitos do menor (casa, colexio, actividades de ocio). Débense describir os síntomas, a idade de inicio, a duración, os contextos nos que se presentan, a evolución e a repercusión no/na neno/a e na familia.

2.- Avaliación do estado mental.

3.- Desenvolvemento psicomotor, con especial atención á linguaxe.

4.- Historia psicosocial.

5.- Antecedentes persoais ou familiares de relevancia, especialmente no relativo a outros trastornos do desenvolvemento, patoloxía mental e situacións de risco perinatal.

6.- Exploración física, incluíndo peso, talle, tensión arterial, agudeza visual e auditiva, exploración neurolóxica, presenza de anomalías cutáneas e signos dismórficos (con especial atención a aqueles suxestivos de X - Fráxil ou Síndrome Alcohólico Fetal).

Escalas estandarizadas de conduta: algunhas das escalas específicas para avaliar o TDAH máis utilizadas son a Escala de Conners revisada⁶, a *Brown Attention Deficit Disorder Scale*^{7,8} e a escala de valoración do TDAH-IV (*Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Rating Scale (ADHD-RS IV)*)⁹. A ADHD-RS foi validada para poboación española para nenos/as de entre 5 a 17 anos e dispón de formularios para proxenitores e profesores². Outras escalas que avalían síntomas condutuais como a *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*, validada en poboación galega, non diferencian os/as nenos/as con TDAH doutros pola súa baixa sensibilidade e especificidade (inferior ao 86 %), non obstante poden informar de comorbilidades nalgún caso^{5,10}.

Avaliación neuropsicolóxica: non é imprescindible para realizar un diagnóstico de TDAH, pero pode dar información sobre a situación do/da paciente e axudar no deseño do plan de intervención. Existen diferentes ferramentas que deben ser empregadas por persoal adestrado. No noso ámbito, esta avaliación a realiza o equipo de orientación pedagóxico escolar que contará co apoio, de ser preciso, dos equipos de orientación específicos¹¹.

O/a pediatra de AP pode realizar unha avaliación de aspectos cognitivos dos nenos/as a través das seguintes exploracións:

- A valoración da fluidez e coherencia da linguaxe pode realizarse pedíndolle ao neno ou nena que nos relate un evento recente: aniversario, libro, película...
- Para avaliar a memoria, atención e concentración, pódese pedir que siga unha orde en tres pasos, que repita 4 palabras as memorice e preguntarllas pasados 5

minutos, que lea un texto e o resuma, ou a través da realización dun calculo mental.

- A motricidade visuo-perceptiva pode ser estudada mediante a observación de como o neno ou nena usa o lapis para copiar símbolos e palabras.
- Revisión de cadernos escolares e avaliacións dos profesores/as.

O Manual diagnóstico e estatístico dos trastornos mentais (DSM-5) recolle os criterios diagnósticos que se deben cumprir para poder establecer o diagnóstico¹². Non obstante, a sensibilidade do persoal clínico e de educación cara este trastorno resulta determinante a hora de establecelo.

Táboa 18.1. Criterios diagnósticos de TDAH segundo DSM-5

En nenos/as menores de 17 anos, a presenza de polo menos 6 síntomas de inatención ou 6 de hiperactividade - impulsividade (no caso de adolescentes ou adultos o número de síntomas esixidos redúcese a 5).

- Os síntomas preséntanse por un período mínimo de 6 meses e son inadecuados para o seu nivel de desenvolvemento.
- Os síntomas causan problemas antes dos 12 anos de idade.
- Os problemas xorden en 2 ou máis ambientes (casa, colexio...).
- Os síntomas producen unha alteración da función social, académica ou laboral.
- Os síntomas non ocorren só no contexto doutra enfermidade, como o autismo ou a esquizofrenia, nin se explican mellor por outra enfermidade (trastornos de humor, ansiedade, dissociativos, de personalidade).

Síntomas de inatención

- Comete erros por descoido, non atende a detalles.
- Non mantén a atención nos traballos.
- Parece que non escoita.
- Non acaba os traballos/non segue instrucións.
- É desorganizado/a nas actividades.
- Rexeita as tarefas de esforzo mental.

<ul style="list-style-type: none"> • Perde cousas necesarias. • Con frecuencia permanece distraído/a por estímulos externos. • É esquecedizo nas actividades diarias.
<p>Síntomas de hiperactividade-impulsividade</p> <ul style="list-style-type: none"> • Move as mans e pes, ou se move no sitio. • Levántase na clase. • Corre ou trepa demasiado. • Ten dificultades para xogar en silencio. • Está sempre en marcha. • Fala excesivamente. • Responde de xeito impulsivo. • Non espera a súa quenda. • Interrompe/métese en conversacións.

Fonte¹²: Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.

Táboa 18.2. Síntomas non nucleares suxestivos de TDAH segundo rango de idade

0 - 3 anos	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico moi difícil. • Pode orientalo a presenza de: irritabilidade, dificultades do sono, cólicos do lactante. • Posteriormente obsérvase marcada impulsividade, adaptación social limitada, falta de adecuación ás normas. Adoitan ser nenos/as con alteracións do sono, da linguaxe e do desenvolvemento motor.
3 - 6 anos	Menor duración do xogo, preferencia por xogos deportivos ou montar-desmontar xoguetes. Inmadurez emocional. Gran inquietude motora. Problemas de coordinación motora. Problemas de adaptación social e conduta desafiante. Problemas da aprendizaxe (cores, números, letras, figura humana). Déficits no desenvolvemento.
6 - 12 anos	É o grupo para o que se dispón de maior evidencia, e a etapa na que se solicitan máis consultas. Os síntomas nucleares son máis claros. Ás veces

	acompañanse de rexeitamento dos familiares, profesores e pares, con mingua na súa autoestima.
Adolescencia	A hiperactividade é substituída por un estado interno de inquietude ou impaciencia. A inatención faise máis notoria. Hai problemas académicos, de autoestima e incremento das condutas de risco. A fiabilidade da información ofrecida por pais e profesores diminúe por un menor tempo de contacto co/coa paciente, o que dificulta a avaliación.

Fonte: elaboración propia.

É preciso tamén levar a cabo un **diagnóstico diferencial** con outras situacións clínicas que poidan xerar síntomas similares e avaliar a presenza dos trastornos comórbidos máis frecuentemente asociados:

- Trastorno negativista desafiante, sobre todo nos subtipos hiperactivo/impulsivo e subtipo combinado.
- Trastornos de ansiedade.
- Trastornos da aprendizaxe.
- Trastornos afectivos, especialmente co trastorno depresivo maior en adolescentes.
- Trastorno por tics.

Unha dúbida frecuente desde as consultas de AP é a de saber onde derivar aos pacientes. Ante esta realidade, a Xunta de Galicia elaborou un protocolo de consenso para a abordaxe do TDAH no que entre outras cuestións fai referencia aos criterios de derivación a saúde mental ou a neuropsiquiatría en función dunhas variables comórbidas co déficit de atención¹¹.

Criterios de derivación a saúde mental:

- Trastorno de conduta.
- Ansiedade.
- Depresión.

- Consumo de tóxicos.

Criterios de derivación a neuropsiquiatría:

- Trastorno da aprendizaxe.
- Trastorno da linguaxe.
- Trastorno da coordinación motora.
- Atraso psicomotor/discapacidade intelectual.
- Estigmas cutáneos.
- Fenotipo dismórfico.

18.1.3. TRATAMIENTO

Previa a instauración de calquera tratamento, débese tratar coa persoa e a súa familia, e atender as súas preferencias e cuestións, acerca dos potenciais riscos e beneficios dos tratamentos farmacolóxicos e non farmacolóxicos, dos beneficios dos estilos de vida saudables e a importancia de manter unha boa adherencia⁵.

Nos/nas menores de 5 anos o tratamento de primeira liña é o adestramento de nais e pais no manexo condutual. No caso de que esta intervención non resulte suficiente recoméndase derivar a atención hospitalaria. Non se recomenda o inicio de tratamento farmacolóxico desde o ámbito de AP neste rango de idade⁵.

Nos maiores de 5 anos, recoméndase levar a cabo as seguintes intervencións⁵:

- Psicoeducación: consiste en proporcionarlle ao/á paciente e familia información axeitada e suficiente para que entendan en que consiste o trastorno, que medidas ambientais e escolares poden ser útiles para minimizar o seu impacto, e como pode interferir nalgúns ámbitos da súa vida. Ademais deberase:
 - Ofrecer pautas para poder acadar unha parentalidade positiva.

- Asesorar ás nais e aos pais en como realizar un manexo consistente de alteracións condutuais.
- Orientar en como dar instrucións eficaces aos/ás fillos/as e en favorecer a estruturación do día a día do/da neno/a.
- Informar acerca de recursos locais de apoio ao tratamento.
- Tratamento dos trastornos de conduta comórbidos, se existen, cun programa de adestramento para nais e pais.
- Apoio académico: ver apartado específico “o papel da escola”.
- Tratamento farmacolóxico: debe ofrecerse a aqueles/as rapaces/zas con síntomas que xeren discapacidade en polo menos un dominio a pesar das anteriores intervencións.

18.2. ASPECTOS ESPECÍFICOS: o papel da escola

Cando a sospeita do padecemento dun TDAH parta do ámbito escolar (especialmente nos casos nos que existen dificultades no seu rendemento académico), será imprescindible a elaboración dun informe por parte dos servizos de orientación, como parte do Plan xeral de atención á diversidade. Esta intervención debe ir precedida por unha solicitude escrita procedente da familia ou ámbito educativo, e debe contar coa autorización escrita da nai e do pai ou das persoas titoras legais ou gardadoras da alumna ou do alumno¹¹.

Cando existan fundadas sospeitas de que un alumno ou unha alumna presenta TDAH, esta avaliación debe obter información obxectiva, entre outras cousas, sobre:

- O grao de presenza de síntomas característicos do trastorno apreciados pola familia, de acordo cos criterios diagnósticos para o TDAH.
- O grao de presenza de síntomas característicos do trastorno apreciados polo profesorado, de acordo cos criterios diagnósticos para o TDAH. Desde o punto de vista do profesorado, enténdese recomendable a obtención de información dos/das

distintos/as integrantes do equipo docente e referida a diferentes situacións que se producen no ámbito escolar (aula, patio de recreo, comedor, autobús...).

- A presenza de síntomas que suxiran a existencia doutras dificultades ou condicións que poden acompañar (comórbidas) ao TDAH.
- O desenvolvemento cognitivo da alumna ou do alumno.
- O grao de competencia da alumna ou do alumno na lectura, na escritura e no cálculo.

Informarase á familia do seu resultado, das características do trastorno e do tratamento psicoeducativo proposto, e farase fincapé nas necesidades dos distintos ámbitos e na importancia da coordinación cos servizos sanitarios e/ou sociais, se fose necesaria.

18.3. RECOMENDACIÓNS E PUNTOS CLAVE

O diagnóstico do TDAH é clínico. A ferramenta principal é unha axeitada historia clínica que avalíe a presenza dos síntomas, e a súa repercusión no funcionamento social, escolar e familiar do neno ou nena. O diagnóstico nunca debe fundamentarse no uso exclusivo de escalas ou cuestionarios. Debe formularse por profesionais especializados e con experiencia no diagnóstico dos trastornos do desenvolvemento^{1,5}.

Non existen marcadores neurobiolóxicos que permitan efectuar con certeza o diagnóstico de TDAH¹.

Non existe acordo acerca de que instrumentos psicométricos hai que utilizar para valorar aos nenos e nenas con posible TDAH^{1,2}.

A base xenética do TDAH dificulta a prevención primaria do mesmo, xa que son variables non modificables. Non existe unha intervención terapéutica ou preventiva que aplicada no período de latencia da enfermidade supoña unha mellora no seu prognóstico en canto a supervivencia ou calidade de vida².

O TDAH nas nenas e mozas pode resultar máis difícil de identificar, existindo o risco de que non sexan diagnosticadas ou que reciban o diagnóstico doutro trastorno do desenvolvemento⁵.

As intervencións en nenos con TDAH sen procesos comórbidos e estabilizados pódense realizar desde AP⁵.

O tratamento farmacolóxico recoméndase para maiores de 5 anos que presenten discapacidade en polo menos unha das áreas de funcionamento e como parte dunha abordaxe integral realizada desde o ámbito especializado, que inclúa ao centro educativo, psicoeducación e adestramento de nais e pais⁵.

A intervención máis eficaz en nenos/as con sospeita de TDAH é establecer o diagnóstico de xeito correcto e precoz para poder iniciar canto antes o tratamento².

A combinación de tratamentos psicosociais, educativos e farmacolóxicos é a estratexia máis axeitada segundo a meirande parte dos estudos².

O curso do TDAH é crónico e require de tratamento a longo prazo¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Fundació Sant Joan de Déu, coordinador. Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de práctica clínica en el SNS: AATRM N° 2007/18. Disponible en: https://escolasaude.sergas.es/Docs/EGSPC/pilula/01_Intro_TDAH/resources/gpc_477_tdah_aiaqs_compl.pdf.
2. Ridao López M, Vicente Edo MJ, Gavín Benavent P, Martín Sánchez JI, Bernal Delgado E. Programa de actividades de detección precoz de problemas de salud entre los 0 y 14 Años: efectividad, seguridad y evaluación económica de las diferentes alternativas existentes en la detección precoz del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2016. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: IACS. Disponible en: <http://www.iacs.es/wp-content/uploads/2017/05/758-IACS-TDAH.pdf>.
3. Catalá-López F, Peiró S, Ridao M, Sanfélix-Gimeno G, Gènova-Maleras R, Catalá MA. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. BMC Psychiatry. 2012;12:168.
4. Thapar A, Martin J, Mick E, Arias Vásquez A, Langley K, Scherer SW, et al. Psychiatric gene discoveries shape evidence on ADHD's biology. Mol Psychiatry. 2016;21(9):1202-7.
5. National Institute for Health and Care Excellence. (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NICE guideline 87; 2018. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/resources/attention-deficit-hyperactivity-disorder-diagnosis-and-management-pdf-1837699732933>.
6. Farré-Riba A, Narbona J. Escalas de Conners en la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: nuevo estudio factorial en niños españoles. Rev Neurol.

1997;25(138):200-4.

7. Brown TE. Brown Attention-deficit disorder scales. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1996.

8. Brown TE. Brown Attention-deficit disorder scales for children. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 2001.

9. DuPaul GJ, Power TJ, Anastopoulos AD, Reid R. ADHD rating scale IV: checklists, norms, and clinical interpretation. New York: Guilford; 1998.

10. Buñuel Alvarez JC. Diagnóstico del trastorno de déficit de atención con/sin hiperactividad. Una visión desde la evidencia científica. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8(4):S25-37.

11. Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria; Consellería de Educación, Dirección Xeral de Educación, Formación Profesional e Innovación Educativa. Protocolo de consenso sobre TDAH na infancia e adolescencia no ámbito educativo e sanitario. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2014. Disponible en: http://www.edu.xunta.gal/portal/sites/web/files/protected/content_type/advertisement/2014/07/02/libro_tdah_definitivo_16-06-14.pdf.

12. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.

19. Prevención e manexo dos trastornos do comportamento

Autores: Lucía Varela Reboiras, José Mazaira Castro e María Tajés Alonso

19.1. INTRODUCCIÓN

Os trastornos do comportamento son frecuentes, e están asociados a un impacto negativo tanto para os/as nenos/as como para as súas familias, e a un rango de peores resultados de adaptación ao longo do desenvolvemento¹.

19.1.1. PRINCIPAIS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN

Existen moitas circunstancias que poden producir problemas de comportamento, pero no presente capítulo só se consideran as que se articulan arredor dos diagnósticos establecidos nas clasificacións internacionais de trastornos mentais², como son a quinta edición do Manual Diagnóstico e Estatístico dos trastornos mentais (DSM-5)³ e a décima revisión da Clasificación Internacional de Enfermidades e problemas relacionados coa saúde (CIE-10)⁴.

19.2. PUNTOS A DESTACAR

Nas unidades de pediatría, os trastornos do comportamento considéranse o motivo de consulta non orgánico máis frecuente, xunto co trastorno por déficit de atención e hiperactividade (TDAH)². Tamén son unha das causas máis importantes de consumo de recursos e utilización de dispositivos dependentes dos servizos sociais e xudiciais². Os dous trastornos de comportamento máis importantes son o **trastorno negativista desafiante** (TND) e o **trastorno da conduta**. Nos [Anexos 19.1](#) e [19.2](#) pódense consultar os seus criterios diagnósticos segundo o DSM-5.

19.2.1. EPIDEMIOLOXÍA

O TND é un trastorno relativamente frecuente na infancia, sobre todo entre os 5 e 10 anos de idade, cunha prevalencia do 2 % ao 10 %, e é máis frecuente en varóns¹. É caracteristicamente comórbido, xa que se produce xunto con ou antes dunha ampla gama de alteracións, incluíndo os trastornos depresivos e de ansiedade (en nenas), trastorno da conduta e trastornos por consumo de substancias¹. Os nenos e nenas con TDAH a miúdo desenvolven un TND¹. Non obstante, a maioría dos/das nenos/as diagnosticados cun TND non desenvolven posteriormente un trastorno da conduta¹.

Entre un 2 % e un 8 % dos/das nenos/as e adolescentes teñen un trastorno da conduta, sendo tamén máis frecuente en varóns, non obstante, nos últimos anos hai un aumento do número de nenas que requiren tratamento pola súa conduta antisocial⁵.

19.2.2. ETIOLOXÍA E FACTORES DE RISCO

A pesar de que non se identificou ningunha causa única do TND, atopáronse unha serie de factores de risco asociados á conduta negativista, como son: a xenética; a interacción desta co ambiente (por exemplo os efectos do maltrato infantil e os niveis de actividade da enzima monoaminoxidasa A (MAO-A)); unha idade de inicio precoz dos síntomas; un temperamento irritable, impulsivo ou cunha maior intensidade de reacción a estímulos negativos; o rexeitamento de pares; uns trazos insensibles e carentes de emocións; un contexto con presenza de desvantaxe social, económica e violencia; e uns procesos familiares coercitivos¹. Precisamente, nestes últimos, céntranse especificamente as intervencións terapéuticas¹.

Respecto á etioloxía e factores de risco para o trastorno da conduta, existen estudos que respaldan a causalidade da baixa disciplina nas nais deprimidas, do maltrato infantil, da pobreza, da carga xenética e de agruparse con pares antisociais. Ata o momento non se probou de forma decisiva a causalidade das complicacións perinatais, temperamento, déficit verbal e executivo, ritmo cardíaco lento, cognición social e exposición a conflitos parentais, pero si existe evidencia de que son importantes en moitos estudos realizados en diferentes contextos. Tamén teñen unha relación causal teórica o patrón de apego, neurotransmisores, xenotipo MAO-A, tabaquismo durante o embarazo, barrio e comunidade, pero a evidencia científica da súa causalidade nos problemas de conduta aínda non é suficientemente forte⁵.

19.2.3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

É importante que o/a profesional identifique os casos nos que outros trastornos poderían explicar unha conduta de oposición e tampouco pasar por alto outros cadros comórbidos no caso dun trastorno da conduta^{1,5}.

19.2.3.1. TDAH

Caracterízase pola impulsividade, a falta de atención e a hiperactividade motora⁵. Calquera destes tres conxuntos de síntomas pode ser interpretado como antisocial, particularmente a impulsividade, e os/as nenos/as con TDAH a miúdo desenvolven condutas de oposición, polo que é fundamental detectar o problema subxacente^{1,5}.

19.2.3.2. TRASTORNOS DO ESTADO DE ÁNIMO

A depresión pode presentarse con síntomas de irritabilidade e oposición, pero o estado de ánimo é evidentemente baixo e ten características neurovexetativas; ademais non se observan problemas de conduta graves⁵. O trastorno bipolar de inicio temperá pode ser difícil de distinguir, xa que frecuentemente presenta condutas desafiantes e irritabilidade, con indiferenza ás normas, e condutas que violan os dereitos dos demáis⁵. E no trastorno de desregulación perturbador do estado de ánimo o síntoma principal é unha irritabilidade crónica, grave e persistente e esta produce accesos de cólera frecuentes en resposta á frustración, xunto cun estado de ánimo de permanente enfado entre os accesos².

19.2.3.3. TRASTORNOS DO ESPECTRO AUTISTA

Os/as nenos/as con autismo poden volveuse oposicionistas ante cambios na rutina ou debido a sensibilidade sensorial, e poden ter perrenchas e condutas destrutivas características, polo que é importante avaliar a presenza doutros síntomas que revelen o diagnóstico⁵.

19.2.3.4. TRASTORNO DE ADAPTACIÓN A UN ESTRESOR AGUDO

Este pode ser diagnosticado cando se inician os síntomas en resposta a un estresor psicosocial identificable, como divorcio, dó, trauma, abuso ou adopción, pero os mesmos non deben persistir máis de seis meses tras a finalización do estrés ou as súas consecuencias⁵.

19.2.3.5. FOBIA ESPECÍFICA E TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

Nenos/as con estes diagnósticos pódense volver negativistas e non cooperar, particularmente en situacións nas que esperan estar expostos á situación temida, ou cando se lle interrompen os seus rituais¹.

19.2.3.6. TRASTORNO ESPECÍFICO DA APRENDIZAXE

Un terzo dos/das nenos/as con trastorno da conduta tamén presenta un atraso específico da lectura; se ben isto en parte pode deberse á falta de escolaridade adecuada, existe evidencia que a miúdo os déficits cognitivos preceden aos problemas de comportamento⁵.

19.2.3.7. DISCAPACIDADE INTELECTUAL

A taxa de trastorno da conduta aumenta varias veces a medida que o cociente intelectual baixa por debaixo de 70⁵.

19.2.3.8. DESVIACIÓN SUBCULTURAL

Algúns mozos e mozas son antisociais e cometen delitos pero non son particularmente agresivos ou desafiantes, e adáptanse ben nunha cultura de pares desviada que aproba o uso de drogas, roubar en tendas, etc⁵.

19.2.3.9. OUTRAS CONDICIÓNS MÉDICAS

Determinadas alteracións metabólicas, dexenerativas ou xenéticas poden acompañarse de trastornos condutuais².

19.3. ASPECTOS ESPECÍFICOS

Ata o 25 % dos/das nenos/as en idade escolar teñen un problema emocional ou condutual identificable e son unha preocupación común para o/a pediatra durante os controis do Programa de saúde infantil⁶. O coñecemento científico dispoñible suxire que a intervención temperá (antes dos 8 anos) pode ser beneficiosa e pode mitigar a escalada de problemas de comportamento infantil⁶.

19.3.1. PREVENCIÓN

Os primeiros 5 anos da vida dun/dunha neno/a son críticos para a competencia social e emocional do/da mesmo/a e son o momento ideal para analizar as habilidades de crianza, xa que a literatura apoia a efectividade dos programas de crianza para a prevención e o tratamento dos trastornos do comportamento⁶. Ditos programas están deseñados para axudar aos proxenitores a desenvolver relacións positivas cos seus fillos e fillas, ensinándolles a usar métodos de disciplina non violenta para reducir os problemas de comportamento dos/das nenos/as, así como estratexias para promover a súas habilidades sociais, de autorregulación emocional e capacidade para resolver problemas⁶.

Polo anterior, seguindo a Bauer e Webster-Stratton⁶, é importante avaliar a rede de apoio dos proxenitores (por exemplo parella, familia extensa e amigos), e identificar as familias de maior risco (por exemplo con presenza de violencia doméstica, abuso infantil e abuso de substancias por parte dos proxenitores), que puidera ser necesario tamén remitir a outros servizos apropiados, tendo en conta unha serie de posibles **indicadores** en canto á crianza dos/das fillos/as que xustifican unha avaliación máis profunda⁶:

- “O/a meu/miña fillo/a non me obedece a maioría das veces”.
- “Se lle dou unha orde ao/a meu/miña fillo/a, négase a facer o que lle pido, máis do 80 % das veces”.

- “Non sei ensinar ao/a meu/miña fillo/a”.
- “O/a meu/miña fillo/a ten problemas cos/coas compañeiros/as na gardería ou na escola”.
- “O/a mestre/a di que o meu/miña fillo/a ten dificultades para aprender na escola”.
- “Non sinto que a miña disciplina e maneira de educar estea funcionando”.
- “A miña parella máis eu non estamos de acordo en como educar aos nosos/as fillos/as”.
- “Síntome estresado e esgotado”.
- " Non son capaz de manexalo".

19.3.2. CRIBADO

Non existe un programa de cribado como tal para os trastornos do comportamento, pero dispoñemos de dous tipos de instrumentos que poden axudar no diagnóstico: xerais, mediante os cales se exploran distintos síntomas entre os que se atopan os comportamentais, como é o Cuestionario de cualidades e dificultades⁷ (SDQ, do seu nome en inglés, *strengths and difficulties questionnaire*) e específicos, para detectar posibles casos de trastornos do comportamento, como son a Escala escolar de Conners revisada⁸ (EEC-R) o Inventario Eyberg⁹ para o comportamento do neno (IECN), que a continuación se expoñen en orde de menor idade desde a que se poden comezar a aplicar².

O Inventario Eyberg para o comportamento do neno (IECN) pode resultar moi útil como medida para identificar problemas de comportamento en nenos/as de 2 a 12 anos^{2,9}. O inventario consta de 36 elementos, onde se describen comportamentos xerais que constitúen as queixas máis frecuentes formuladas nas consultas de pediatría^{2,9}. No [Anexo 19.3](#) pódense atopar os ítems do inventario Eyberg^{2,9} (dispoñible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/anales/48-5-5.pdf>.)

O SDQ detecta probables casos de trastornos mentais e do comportamento en nenos/as de 4 a 16 anos e é o instrumento de cribado máis utilizado no mundo^{2,7} (dispoñible en:

<http://www.sdqinfo.com/>). No [Anexo 19.4](#) pódense ver os ítems dos que consta o cuestionario e no [Anexo 19.5](#) os puntos de corte para a versión en galego^{2,7}.

As escalas de Conners valoran comportamento, atención, hiperactividade e aprendizaxe en nenos/as de 6 a 12 anos^{2,8}. Son as máis utilizadas para o cribado do TDAH e de problemas do comportamento na infancia^{2,8}. A Escala escolar de Conners revisada (EEC-R) é a máis útil para a súa utilización en pediatría, debido ao seu pequeno tamaño e ás súas excelentes propiedades psicométricas^{2,8}. No [Anexo 19.6](#) móstranse os ítems desta escala (dispoñible en: <https://sepeap.org/escala-de-conners-revisada-edah/>).

19.3.3. INTERVENCIONS EN ATENCIÓN PRIMARIA

A psicoeducación é unha parte fundamental da intervención nos trastornos do comportamento, para a que se poden usar páxinas web, como <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/childdevelopment/freematerials.html> e <http://www.solohijos.com/web/2>, pero ademais, Bauer e Webster-Stratton integraron varios principios clave dos programas de crianza, que poden entrelazarse facilmente durante as visitas do Programa de saúde infantil en atención primaria, como son⁶:

- Adoptar un enfoque de colaboración cos proxenitores para identificar os seus obxectivos respecto a aspectos da crianza ou do comportamento dos seus fillos e fillas.
- Ser comprensivo e afectuoso, especialmente coas familias que presentan varios factores estresantes, xa que recoñecer as preocupacións e eloxiar aos proxenitores polos seus esforzos modela o poder de eloxio entre adultos/cónxuxes e, posteriormente, entre proxenitores e fillos/as.
- Axudar aos pais e ás nais a comprender o comportamento dos seus fillos e fillas no contexto do desenvolvemento normal e dos altibaixos cotiáns.
 - Poderíaselles empezar por ensinar a recoñecer aspectos do comportamento do seu bebé que invitan á interacción, xa que iso iniciará a base para aprender a interpretar os sinais non verbais do mesmo.

- Logo pódese ensinar como participar en xogos dirixidos por nenos/as e realizar comentarios descritivos (narrando/etiquetando accións e obxectos) arredor dos 12 - 15 meses, cando estes adquiren máis linguaxe e perfeccionan as habilidades motoras.
- Pódense aconsellar para que motiven ao seu neno ou nena na primeira infancia a usar palabras para expresar sentimentos, e para utilizar a atención diferencial e o eloxio co fin de dar forma aos comportamentos desexados e extinguir os non desexados, xa que esta etapa a miúdo marca o momento no que comezan a afirmar a súa independencia e probar límites.
- Ao resaltar como poden involucrarse no adestramento emocional e social durante as interaccións de xogo dirixido polo/a neno/a, pódese promover o desenvolvemento da alfabetización emocional do/da mesmo/a e das habilidades sociais necesarias para interactuar exitosamente cos/coas seus/súas compañeiros/as.
- Pódense reducir as súas frustracións e as dos/das nenos/as, ensinándolles a establecer límites usando instrucións que sexan firmes, pero non anoxadas, realistas e apropiadas para a súa idade.
- Tamén se lles pode adestrar para usar advertencias de transición, dar opcións aos seus fillos e fillas e usar distraccións como posibles estratexias para evitar que xurdan problemas.
- Resaltar os enfoques disciplinarios non punitivos por mal comportamento⁶.
 - Os programas de crianza destacan a construción e o desenvolvemento de interaccións positivas entre proxenitores e nenos/as, polo que ao ignorar o mal comportamento menor e usar incentivos e eloxios entusiastas para un comportamento aceptable, cambian as súas respostas ás fortalezas do/da neno/a, en lugar de aos aspectos negativos.
 - É importante facer que os proxenitores se centren nun ou dous problemas de comportamento á vez e aconsellar que respondan con enfoques de disciplina non punitivos e estratexias efectivas de establecemento de límites, como

reorientacións, consecuencias naturais ou lóxicas, ignorar ou estratexias de tempo fóra, xa que a maioría dos/das nenos/as poñeranos a proba e ocasionalmente portaranse mal⁶.

- Salientar o poder da atención dos proxenitores e como, tanto a atención positiva como a negativa, pode reforzar o comportamento⁶.
 - Non é raro que pasen por alto a importancia de utilizar o eloxio, o afecto e a atención para o comportamento infantil apropiado, non obstante, estes son fundamentais para ensinar e motivar aos/ás nenos/as a ser socialmente competentes e, se non os reciben, poden mostrar comportamentos externalizantes.
 - Do mesmo modo, os proxenitores que reaccionan gritando e mostrando unha ira intensa reforzan inadvertidamente o mal comportamento do/da neno/a ao prestarlle atención negativa.
 - Por iso é importante axudalos a comprender a importancia de cazar aos/ás nenos/as sendo bos, dándolles eloxios que sexan positivos, específicos e entusiastas, xa que fomentan a persistencia do/da neno/a na aprendizaxe dunha habilidade difícil ou complexa, aumentan a súa autoestima e reforzan o comportamento eloxiado.
- Usar técnicas como “móstrame” para axudar aos pais e nais a explicar as dificultades actuais de crianza e “practicar” habilidades alternativas⁶.
 - Despois de que describan o mal comportamento, incluídos os seus antecedentes e consecuencias (o manexo do mesmo por parte deles), solicitar que mostren como lles gustaría responderlle ao/á neno/a e logo discutir os posibles axustes ou proporcionar información sobre o principio de desenvolvemento infantil aplicable e repetir o escenario.
 - Esta práctica real axuda a construír a confianza dos proxenitores sobre como responder ao mal comportamento.

- Tamén é importante pedirles que mostren como responde o/a seu/súa fillo/a para axudalos a comprender o punto de vista deste.
- Este proceso permite atopar solucións ao problema de colaboración.
- Destacar a habilidade dos pais e nais para modelar comportamentos apropiados⁶.
 - Eles teñen a capacidade de modelar comportamentos apropiados a través das súas interaccións cos/cas nenos/as, así como con outros membros da familia e adultos.
 - Pódense promover experiencias positivas entre proxenitores e fillos/as, mediante o adestramento das habilidades sociais durante o xogo con marionetas ou outros xoguetes.
 - Eles poden axudar aos/ás nenos/as pequenos/as a autorregularse ao introducir a linguaxe emocional no xogo e desenvolver o seu vocabulario.
- Ensinar aos proxenitores técnicas de afrontamento⁶.
 - Facelos conscientes dos sentimentos e pensamentos negativos é o primeiro paso para romper un intercambio negativo entre eles e o/a neno/a.
 - É importante alentelos a usar un diálogo interno positivo para lidar con pensamentos negativos e de autocrítica.
 - Pódeselle axudar a xerar solucións alternativas a situacións de alta carga emocional, planificando, pedindo axuda ou anticipando transicións.
 - Tamén se lles pode animar a buscar tempo para eles, sobre todo se están estresados, podendo buscar un/unha coidador/a ocasional.

19.4. RECOMENDACIÓNS

- Coñecer os factores de risco no desenvolvemento de trastornos do comportamento máis importantes, para establecer unha axeitada vixilancia sobre a aparición de sintomatoloxía precoz².
- Coordinar todas as estratexias terapéuticas que interveñen no tratamento multimodal dos trastornos do comportamento².
- Aportar a información necesaria sobre os trastornos do comportamento segundo criterios científicos e de utilidade². Débense utilizar os manuais e páxinas web apropiados para iso².
- Diferenciar entre condutas propias do desenvolvemento evolutivo e aquelas que indican a existencia dun trastorno, para realizar unha aproximación diagnóstica de maneira precoz².
- Utilizar cuestionarios útiles como instrumentos de detección precoz ou para complementar a información procedente da entrevista clínica².
- Incorporar principios de crianza efectiva á práctica clínica habitual e, se a pesar diso o/a paciente non mellora, débese derivar a un dispositivo especializado⁶.

ANEXOS

ANEXO 19.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-5 PARA TND³

Trastorno negativista desafiante (313.81)
A. Un patrón de enfado/irritabilidade, discusións/actitude desafiante ou vingativa que dura polo menos seis meses, que se manifesta polo menos con catro síntomas de calquera das categorías seguintes e que se exhibe durante a interacción polo menos cun individuo que non sexa un irmán.
<ul style="list-style-type: none"> • Enfado/irritabilidade
1. A miúdo perda a calma.
2. A miúdo está susceptible ou moléstase con facilidade.
3. A miúdo está enfadado/a ou resentido/a.
<ul style="list-style-type: none"> • Discusións/actitude desafiante
4. Discute a miúdo coa autoridade ou cos adultos, no caso dos/das nenos/as e os/as adolescentes.
5. A miúdo desafia activamente ou rexeita satisfacer a petición por parte de figuras de autoridade ou normas.
6. A miúdo molesta aos demais deliberadamente.
7. A miúdo culpa aos demais polos seus erros ou o seu mal comportamento.
<ul style="list-style-type: none"> • Vingativo
8. Foi rancoroso/a ou vingativo/a polo menos dúas veces nos últimos seis meses.
Nota: Débese considerar a persistencia e a frecuencia destes comportamentos para distinguir os que se consideren dentro dos límites normais, dos sintomáticos. Nos/nas nenos/as de menos de cinco anos o comportamento debe aparecer case todos os días durante un período de seis meses polo menos, a menos que se observe outra cousa (Criterio A8). Nos/Nas nenos/as de cinco anos ou máis, o comportamento debe aparecer polo menos unha vez por semana durante polo menos seis meses, a menos que se observe outra cousa (Criterio A8). Se ben estes criterios de frecuencia considéranse o grao mínimo orientativo para definir os síntomas, tamén se deben ter en conta outros factores, por exemplo, se a frecuencia e a intensidade dos comportamentos superan os límites do normal para o grao de desenvolvemento do individuo, o seu sexo e a súa cultura.
B. Este trastorno do comportamento vai asociado a un malestar no individuo ou noutras persoas do seu contorno social inmediato (é dicir, familia, grupo de amigos, compañeiros de traballo) ou ten un impacto negativo nas áreas social, educativa, profesional ou outras importantes.
C. Os comportamentos non aparecen exclusivamente no transcurso dun trastorno psicótico, un trastorno por consumo de substancias, un trastorno depresivo ou un bipolar. Ademais, non se cumpren os criterios dun trastorno de desregulación perturbador do estado de ánimo.
Especificar a gravidade actual:
Leve: os síntomas límitanse a un contexto (por exemplo na casa, na escola, no traballo, cos/coas compañeiros/as).
Moderado: algúns síntomas aparecen en dous contextos polo menos.
Grave: algúns síntomas aparecen en tres ou máis contextos.

ANEXO 19.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-5 PARA TRASTORNO DA CONDUCTA³

Trastorno da conduta
A. Un patrón repetitivo e persistente de comportamento no que non se respectan os dereitos básicos doutros, as normas ou regras sociais propias da idade, o que se manifesta pola presenza nos doce últimos meses de polo menos tres dos quince criterios seguintes en calquera das categorías seguintes, existindo polo menos un nos últimos seis meses.
<ul style="list-style-type: none"> • Agresión a persoas e animais
1. A miúdo acosa, ameaza ou intimida a outros.
2. A miúdo inicia pelexas.
3. Usou unha arma que pode provocar serios danos a terceiros (por exemplo un bastón, un ladrillo, unha botella rota, un coitelo, unha arma).
4. Exerceu a crueldade física contra persoas.
5. Exerceu a crueldade física contra animais.
6. Roubou enfrontándose a unha vítima (por exemplo atraco, roubo dun moedeiro, extorsión, atraco a man armada).
7. Violou sexualmente a alguén.
<ul style="list-style-type: none"> • Destrución da propiedade
8. Prendeu lume deliberadamente coa intención de provocar danos graves.
9. Destruíu deliberadamente a propiedade de alguén (pero non por medio do lume).
<ul style="list-style-type: none"> • Engano ou roubo
10. Invadiu a casa, edificio ou automóbil de alguén.
11. A miúdo mente para obter obxectos ou favores, ou para evitar obrigas (por exemplo “engana” a outros).
12. Roubou obxectos de valor non triviais sen enfrontarse á vítima (por exemplo furto nunha tenda sen violencia nin invasión; falsificación).
<ul style="list-style-type: none"> • Incumprimento grave das normas
13. A miúdo sae pola noite a pesar da prohibición de seus proxenitores, empezando antes dos 13 anos.
14. Pasou unha noite fóra da casa sen permiso mentres vivía con seus proxenitores ou nun fogar de acollida, polo menos dúas veces ou unha vez se estivo ausente durante un tempo prolongado.
15. A miúdo falta á escola, empezando antes dos 13 anos.
B. O trastorno do comportamento provoca un malestar clinicamente significativo nas áreas social, académica ou laboral.

<p>C. Se a idade do individuo é de 18 anos ou máis, non se cumpren os criterios de trastorno da personalidade antisocial.</p>
<p>Especificar se:</p>
<p>(312.81) Tipo de inicio infantil: os individuos mostran polo menos un síntoma característico do trastorno de conduta antes de cumprir os 10 anos.</p>
<p>(312.82) Tipo de inicio adolescente: os individuos non mostran ningún síntoma característico do trastorno de conduta antes de cumprir os 10 anos.</p>
<p>(312.89) Tipo de inicio non especificado: cúmprense os criterios do trastorno de conduta, pero non existe suficiente información dispoñible para determinar se a aparición do primeiro síntoma foi anterior aos 10 anos de idade.</p>
<p>Especificar se:</p>
<p>Con emocións prosociais limitadas: para poder asignar este especificador, o individuo tivo que ter presentado polo menos dúas das seguintes características de forma persistente durante doce meses polo menos, en diversas relacións e situacións. Estas características reflicten o patrón típico de relacións interpersoais e emocionais do individuo durante ese período, non soamente episodios ocasionais nalgunhas situacións. Polo tanto, para avaliar os criterios dun especificador concreto, necesítanse varias fontes de información. Ademais da comunicación do propio individuo, é necesario considerar o que din outros que o coñecesen durante períodos prolongados de tempo (por exemplo proxenitores, mestres/as, compañeiros de traballo, familiares, amigos/as).</p>
<p>Falta de remordementos ou culpabilidade: non se sente mal nin culpable cando fai algo malo (non contan os remordementos que expresa soamente cando lle sorprenden ou ante un castigo). O individuo mostra unha falta xeral de preocupación sobre as consecuencias negativas da súas accións. Por exemplo, o individuo non sente remordementos despois de facer dano a alguén nin se preocupa polas consecuencias de transgredir as regras.</p>
<p>Insensible, carente de empatía: non ten en conta nin lle preocupan os sentimentos dos demais. Este individuo descríbese como frío e indiferente. A persoa parece máis preocupada polos efectos dos seus actos sobre si mesmo que sobre os demais, incluso cando provocan danos apreciables a terceiros.</p>
<p>Despreocupado polo seu rendemento: non mostra preocupación respecto a un rendemento deficitario ou problemático na escola, no traballo ou noutras actividades importantes. O individuo non realiza o esforzo necesario para acadar un bo rendemento, incluso cando as expectativas son claras, e adoita culpar aos demais do seu rendemento deficitario.</p>
<p>Afecto superficial ou deficiente: non expresa sentimentos nin mostra emocións cos demais, salvo dunha forma que parece pouco sentida, pouco sincera ou superficial (por exemplo con accións que contradín a emoción expresada; pode “conectar” ou “desconectar” as emocións rapidamente) ou cando recorre a expresións emocionais para obter beneficios (por exemplo expresa emocións para manipular ou intimidar a outros).</p>
<p>Especificar a gravidade actual:</p>
<p>Leve: existen poucos ou ningún problema de conduta aparte dos necesarios para establecer o diagnóstico, e os problemas de conduta provocan un dano relativamente menor aos demais (por exemplo mentiras, absentismo escolar, regresar tarde pola noite sen permiso, incumplir algunha outra regra).</p>
<p>Moderado: o número de problemas de conduta e o efecto sobre os demais son de gravidade intermedia</p>

entre os que se especifican en “leve” e en “grave” (por exemplo roubo sen enfrontamento coa vítima, vandalismo).

Grave: existen moitos problemas de conduta ademais dos necesarios para establecer o diagnóstico, ou ditos problemas provocan un dano considerable aos demais (por exemplo violación sexual, crueldade física, uso de armas, roubo con enfrontamento coa vítima, atraco e invasión).

ANEXO 19.3. ÍTEMS DO INVENTARIO EYBERG PARA O COMPORTAMENTO DO NENO (IECN)^{2,9}

1. Tarda en vestirse.
2. Tarda en comer.
3. Compórtase mal na mesa.
4. Rexeita a comida que lle serven.
5. Non quere facer as tarefas da casa.
6. É lento en arranxarse para deitarse.
7. Négase a deitarse á hora.
8. Non obedece as normas da casa.
9. Non obedece ata que non se lle ameaza cun castigo.
10. É desafiante cando se lle dá unha orde.
11. Discute sobre as regras da casa.
12. Enfádase cando non sae coa súa.
13. Ten perrenchas.
14. Responde mal á xente maior.
15. Choromica.
16. Chora con facilidade.
17. Grita.
18. Pega a seus proxenitores.
19. Rompe xoguetes.
20. Non é coidadoso cos seus xoguetes e outros obxectos.
21. Rouba.
22. Mente.
23. Molesta a outros nenos/as.
24. Discute cos seus amigos.
25. Discute cos seus irmáns.
26. Pégase con nenos/as da súa idade.
27. Pégase cos seus irmáns.

28. Quere chamar a atención constantemente.

29. Interrompe.

30. Distráese facilmente.

31. Pon atención por pouco tempo.

32. Non remata as súas tarefas.

33. Ten dificultade para entreterse.

34. Cústalle concentrarse nunha cousa.

35. É demasiado activo ou inqueda.

36. Molla a cama.

ANEXO 19.4. ÍTEMS DO CUESTIONARIO DE CUALIDADES E DIFICULTADES, VERSIÓN GALEGO (SDQ-GAL)^{2,7}

1. Respecta os sentimentos das outras persoas.
2. Inquedo/a, sobreactivo/a, non pode estar parado/a moito tempo.
3. Quéixase, a miúdo, de dor de cabeza, estómago ou náusea.
4. Comparte de seguida cos/coas outros/as nenos/as (regalos, xoguetes, lapis...).
5. A miúdo colle berrinches ou enfados.
6. Máis ben solitario/a, prefire xogar só/a.
7. Polo xeral é obediente, adoita facer o que lle piden os maiores.
8. Ten moitas preocupacións, adoita estar preocupado/a.
9. Axuda se alguén está ferido, enfermo ou preocupado.
10. Está todo o tempo inquedo/a ou rebulindo.
11. Ten, polo menos, un bo/a amigo/a.
12. A miúdo pelexa con outros nenos/as ou abusa deles/as.
13. A miúdo está triste, choroso/a ou deprimido/a.
14. Adoita gustar aos outros/as nenos/as.
15. Distráese facilmente e perde a concentración.
16. Nervioso/a ou dubitativo/a en novas situacións, perde facilmente a confianza en si mesmo/a.
17. Amable cos nenos/as máis pequenos/as.
18. A miúdo mente ou fai trampas.
19. Outros/as nenos/as métense con el/a ou abusan del/a.
20. Ofrécese voluntario/a a miúdo para axudar a outros (proxenitores, mestres/as , outros/as nenos/as).
21. Pensa as cousas antes de facelas.
22. Rouba na casa, escola ou noutro lugar.
23. Lévese mellor cos maiores que cos nenos.
24. Moitos medos, asústase facilmente.
25. Desenvolve as tarefas ata o final, ten boa atención.

ANEXO 19.5. PUNTOS DE CORTE DO CUESTIONARIO DE CUALIDADES E DIFICULTADES, VERSIÓN GALEGO (SDQ-GAL)^{2,7}

Puntuación para proxenitores			
	Normal	Fronteira	Anormal
Síntomas emocionais (ítems 3, 8, 13, 16, 24)	0 - 3	4	5 - 10
Problemas condutuais (ítems 5, 7, 12, 18, 22)	0 - 2	3	4 - 10
Hiperactividade (ítems 2, 10, 15, 21, 25)	0 - 5	6	7 - 10
Problemas de relación (ítems 6, 11, 14, 19, 23)	0 - 2	3	4 - 10
Desvío total (suma dos catro anteriores)	0 - 13	14 - 16	17 - 40
Comportamento prosocial (ítems 1, 4, 9, 17, 20)	6 - 10	5	0 - 4

Puntuación para mestres/as			
	Normal	Fronteira	Anormal
Síntomas emocionais (ítems 3, 8, 13, 16, 24)	0 - 4	5	6 - 10
Problemas condutuais (ítems 5, 7, 12, 18, 22)	0 - 2	3	4 - 10
Hiperactividade (ítems 2, 10, 15, 21, 25)	0 - 5	6	7 - 10
Problemas de relación (ítems 6, 11, 14, 19, 23)	0 - 3	4	5 - 10
Desvío total (suma dos catro anteriores)	0 - 11	12 - 15	16 - 40
Comportamento prosocial (ítems 1, 4, 9, 17, 20)	6 - 10	5	0 - 4

ANEXO 19.6. ÍTEMS DA ESCALA ESCOLAR DE CONNERS REVISADA (EEC-R)^{2,8}

1. Ten excesiva inquedanza motora.
2. Ten dificultades de aprendizaxe escolar.
3. Molesta frecuentemente a outros/as nenos/as.
4. Distráese facilmente, escasa atención.
5. Esixe inmediata satisfacción ás súas demandas.
6. Ten dificultade para as actividades cooperativas.
7. Está nas nubes, ensimesmado.
8. Deixa por rematar as tarefas que comeza.
9. É mal aceptado no grupo.
10. Nega os seus erros ou bota a culpa a outros.
11. Emite sons de calidade e en situación inaxeitada.
12. Compórtase con arrogancia, é irrespectuoso.
13. Intranquilo, sempre en movemento.
14. Discute e pelexa por calquera cousa.
15. Ten explosións impredecibles de mal xenio.
16. Fáltalle o sentido da regra, do “xogo limpo”.
17. É impulsivo e irritable.
18. Lévese mal coa maioría dos/as seus/súas compañeiros/as.
19. Os seus esforzos frústranse facilmente, é inconstante.
20. Acepta mal as indicacións do/da mestre/a.

BIBLIOGRAFÍA

1. Quy K, Stringaris A. Trastorno negativista desafiante. En Rey JM, editor. Manual de salud mental infantil y adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines; 2017. Cap. D.2.
2. Rodríguez PJ. Trastornos del comportamiento. Manejo de los trastornos de conducta. Experto en psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2016.
3. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
4. Organización Mundial de la Salud. Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008.
5. Scott S. Trastorno de la conducta. En Rey JM, editor. Manual de salud mental infantil y adolescente de la IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines; 2017. Cap. D.3.
6. Bauer NS, Webster-Stratton C. Prevention of behavioral disorders in primary care. *Curr Opin Pediatr.* 2006;18:654-60.
7. SDQ: Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires [Internet] [acceso 16 febreiro 2020]. Disponible en: <http://www.sdqinfo.com>.
8. Farré-Riba A, Narbona J. Escalas de Conners en la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: nuevo estudio factorial en niños españoles. *Rev Neurol.* 1997;25(138):200-4.
9. García-Tornel S, Calzada EJ, Eyberg SM, Mas JC, Vilamala C, Baraza C, et al. Inventario Eyberg del comportamiento en niños. Normalización de la versión española y su utilidad para el pediatra extrahospitalario. *An Esp Pediatr.* 1998;48:475-82.

20. Detección precoz do trastorno do espectro autista

Autoras: Consuelo Lobelle González e María Tajés Alonso

20.1. INTRODUCCIÓN

O trastorno do espectro autista (TEA) é unha alteración do neurodesenvolvemento con base biolóxica, caracterizado pola afectación da comunicación e interacción social e patróns de conduta estereotipada e repetitivos, así como intereses restritivos^{1,2,3}.

O TEA maniféstase antes dos 30 primeiros meses de vida, ocasionando unha deterioración do desenvolvemento emocional e cognitivo. Considérase unha das patoloxías máis graves do desenvolvemento, a conduta e a comunicación⁴ polo tanto, é fundamental que no ámbito da atención primaria (AP) se coñeza esta patoloxía e se dispoña dos coñecementos necesarios para detectala.

A prevalencia varía duns países a outros. A Organización Mundial da Saúde (OMS) estima que, a nivel mundial e máis menos, un de cada 160 nenos/as ten un TEA⁵.

En Europa os datos do estudo piloto ASDEU (*Autism Spectrum Disorders in the European Union*) mostran unha prevalencia media dun 12,2 por 1.000 (un de cada 89) en nenos/as de 7 - 9 anos, con cifras que varían entre un 4,4 e 19,7 (percentís 10 e 90) por 1.000⁶, nos diferentes países da Unión Europea.

A prevalencia estimada en Estados Unidos de América (EEUU) é dun 16,8 por 1.000 nenos/as, segundo os resultados do ADDM-Network (*Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network*), levado a cabo en 2014, con cifras do 3 % nalgunha das áreas estudadas⁷.

En España, nun estudo realizado en 2018, nunha poboación escolar de 2.765 nenos/as en Tarragona, as cifras son similares ás publicadas máis recentemente a nivel internacional (15,5/1.000 en preescolares e 10/1.000 en escolares)⁸.

20.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

O termo Trastorno do Espectro Autista (TEA), describe un grupo heteroxéneo de trastornos do neurodesenvolvemento, con diferentes etioloxías, pero que teñen en común a alteración da comunicación social e un patrón de conduta estereotipada e restritiva⁴, que son os síntomas nucleares que comparten os distintos criterios diagnósticos utilizados.

A terminoloxía depende do tipo de clasificación utilizada:

- O DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* do 2013), inclúe neste termo o trastorno autista (autismo clásico ou de Kanner), a síndrome de Asperxer e o trastorno xeneralizado do desenvolvemento, excluindo a síndrome de Rett^{3,9}. Ademais, diferencia 3 graos de severidade nas diferentes facetas deste cadro ([Anexo 20.1](#) e [20.2](#)).
- A CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermidades, 11ª revisión), inclúe o TEA como un subtipo de trastornos mentais, do comportamento e do neurodesenvolvemento, dentro do que están os trastornos do neurodesenvolvemento, que inclúe¹⁰:
 - 6A00 Trastornos do desenvolvemento intelectual.
 - 6A01 Trastornos do desenvolvemento da fala ou a linguaxe.
 - **6A02 Trastorno do espectro autista.**

- 6A03 Trastorno do desenvolvemento da aprendizaxe.
- 6A04 Trastorno do desenvolvemento da coordinación motora.
- 6A05 Trastorno por hiperactividade e déficit da atención.
- 6A06 Trastorno por movementos estereotipados.

Na CIE-11, utilízase o termo **Trastorno do espectro autista**, e establécense 5 subtipos en función do grao de afectación do desenvolvemento intelectual e/ou a linguaxe ([Anexo 20.3](#))¹⁰.

20.3. DETECCIÓN PRECOZ

A detección precoz segue sendo un aspecto fundamental na abordaxe do autismo, xa que o inicio dun tratamento temperán e intensivo está intimamente ligado á melloría no seu pronóstico, sobre todo no que se refire ás habilidades condutuais e da linguaxe. Ademais proporciona unha axuda ás familias no manexo das súas preocupacións, planificación educacional e en canto a poder ofrecer un adecuado tratamento médico para as patoloxías asociadas³.

O/a **pediatra de AP** é o/a que debe detectar os sinais de alarma xa nos primeiros meses de vida mediante o seguimento do/da neno/a, o coñecemento dos signos de alerta e o uso de instrumentos de cribado se fose necesario^{2,4,9}.

Os **controis de saúde en pediatría de AP** ofrecen a oportunidade de detectar a tempo as alteracións do desenvolvemento do/da neno/a, e así poñer en marcha as medidas necesarias para mellorar a calidade de vida destes/as nenos/as e os seus proxenitores.

Na **detección precoz**, débese diferenciar a "**vixilancia**", que é un proceso mediante o que se monitoriza o desenvolvemento psicomotor do/da neno/a e se identifica calquera desviación que poida causar preocupación, e o "**cribado**", que é o uso de escalas estandarizadas que permiten detectar desviacións da normalidade, pero NON son instrumentos de diagnóstico^{3,4}.

20.3.1. VIXILANCIA DO DESENVOLVEMENTO

Os/as profesionais da saúde deben detectar de forma precoz aos/ás nenos/as que necesitan unha avaliación máis detallada en relación co TEA ou outros trastornos do desenvolvemento. O/a clínico/a deberá incorporar un alto nivel de vixilancia sobre signos suxestivos de TEA, nas áreas de interacción social e xogo, dificultades na linguaxe, a comunicación e a conduta¹¹.

Débese considerar a posibilidade de TEA:

Sempre que haxa preocupacións por parte dos proxenitores/coiadores acerca do desenvolvemento ou da conduta do/da neno/a, deben ser tidas en conta^{3,12}.

- A regresión da linguaxe (perda ou redución) ou das habilidades sociais nun/nunha neno/a menor de 3 anos, é un indicador para realizar un estudo de TEA.
- Existe evidencia dun maior risco de TEA nos/nas nenos/as con discapacidade intelectual¹¹.
- A presenza dunha serie de factores asóciase a un maior risco de autismo ([Anexo 20.4](#))¹².
- **Signos temperáns ou sinais de alerta** de TEA son³:
 - Atraso da linguaxe e das habilidades sociais e de comunicación.
 - Ausencia de balbucidos aos 9 meses.
 - Non sinala ou xestualiza aos 12 meses.
 - Non atende ao seu nome aos 12 meses.
 - Ningunha palabra os 16 meses.
 - Non ten xogo simbólico aos 18 meses.
 - Ausencia de frases de 2 palabras á idade de 2 anos.
 - Calquera perda de linguaxe ou habilidades sociais a calquera idade.

Detállanse no [Anexo 20.5](#) outros posibles indicadores de TEA, en función da idade do/da paciente¹¹.

20.3.2. CRIBADO

O cribado universal do TEA, mediante o uso de cuestionarios estandarizados daría lugar a un valor predictivo positivo estimado no noso medio de ao redor do 38 %, cun exceso de derivación a servizos especializados e efecto de etiquetaxe sobre os/as pacientes^{1,2}.

A Academia Americana de Pediatría (AAP), con todo, recomenda que todos os/as nenos/as deberían ser recoñecidos/as polos equipos de pediatría aos 9, 18 e entre os 24 - 30 meses para identificar atrasos do desenvolvemento evolutivo, e que a todos os/as nenos/as de 18 e 24 meses debe realizárselles un cribado específico para TEA¹³.

Non obstante, non todas as asociacións profesionais están de acordo coa realización dun cribado universal. A *U.S. Preventive Services Task Force*¹⁴ conclúe que a evidencia actual é insuficiente para indicar o cribado en nenos/as cuxos proxenitores ou persoal médico non expresaron preocupacións sobre a posibilidade do TEA. A Guía "*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*" (SIGN)³, fai unha recomendación forte contra o cribado universal, porque a posibilidade de falsos negativos atrasaría o diagnóstico, e entende que a decisión de derivar a un/unha neno/a debe basearse nos datos clínicos. A *Canadian Task Force on Preventive Health Care*, así mesmo, non recomenda realizar un cribado para o atraso do desenvolvemento, en nenos/as entre 1 e 4 anos, nos que non existen preocupacións dos seus proxenitores ou persoal médico respecto diso¹⁵.

Por último, nas recomendacións do **Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia e Adolescencia**, tras unha exhaustiva revisión bibliográfica e da evidencia dispoñible², conclúese que **NON SE DEBE FACER CRIBADO UNIVERSAL** e propón **FACER CRIBADO CON ESCALAS TIPO M-CHAT/R/F EN INDIVIDUOS DE ALTO RISCO**¹ (TEA en irmáns, trastornos neurolóxicos asociados con TEA, prematuridade, trastornos da comunicación social ou presenza de condutas repetitivas ou de signos de alerta de TEA).

O M-CHAT-R (*Modified Checklist for Autism in Toddlers Revised*) é un cuestionario válido para facer cribado en nenos/as entre 16 e 30 meses, que consta de 20 ítems e foi deseñado para avaliar o risco de TEA, e é completado polos proxenitores. Se un/unha

nenos/a puntúa positivo neste test, o clínico pasaralle o cuestionario M-CHAT-R/F. Este test foi validado para a poboación española polo grupo de Canal Bedía², e se inclúe no [Anexo 20.6](#), así como as normas para a súa corrección¹⁶.

20.4. RECOMENDACIÓN

- A vixilancia do desenvolvemento do/da neno/a por parte do/da pediatra de AP debe ter en conta as preocupacións dos proxenitores acerca do desenvolvemento do/da neno/a, como parte dos controis de saúde nas consultas de pediatría de AP.
- O/a pediatra de AP debe coñecer os sinais precoces/de alerta do TEA para poder proceder a unha avaliación máis exhaustiva con instrumentos de cribado.
- O cribado mediante cuestionarios específicos, debe reservarse para os/as nenos/as que presentan signos de alarma ou situacións de alto risco para o TEA.
- Calquera regresión na linguaxe ou nas habilidades sociais, nun/nunha neno/a menor de 3 anos debe ser remitido para estudo de TEA.

ANEXOS

ANEXO 20.1. CRITERIOS DO TRASTORNO DO ESPECTRO AUTISTA DSM-5¹⁷

A. Deficiencias persistentes na comunicación social e na interacción social en diversos contextos, manifestado por todo os seguinte, actualmente ou polos antecedentes:

- As deficiencias na reciprocidade socioemocional varían, por exemplo, desde un achegamento social anormal e fracaso da conversación normal en ambos os sentidos, pasando pola diminución en intereses, emocións ou afectos compartidos ata o fracaso en iniciar ou responder a interaccións sociais.
- As deficiencias nas condutas comunicativas non verbais utilizadas na interacción social varían, por exemplo, desde unha comunicación verbal e non verbal pouco integrada, pasando por anomalías do contacto visual e da linguaxe corporal ou deficiencias da comprensión e o uso de xestos, ata unha falta total de expresión facial e de comunicación non verbal.
- As deficiencias no desenvolvemento, mantemento e comprensión das relacións varían, por exemplo, desde dificultades para axustar o comportamento en diversos contextos sociais, pasando por dificultades para compartir xogos imaxinativos ou para facer amigos, ata a ausencia de interese por outras persoas.

B. Patróns restritivos e repetitivos de comportamento, intereses ou actividades, que se manifestan en dúas ou máis dos seguintes puntos, actualmente ou polos antecedentes:

- Movements, utilización de obxectos ou fala estereotipados ou repetitivos (p. ex. estereotipias motoras simples, aliñación dos xoguetes ou cambio de lugar dos obxectos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
- Insistencia na monotonía, excesiva inflexibilidade de rutinas ou patróns ritualizados de comportamento verbal ou non verbal (p. ex., gran angustia fronte a cambios pequenos, dificultades coas transicións, patróns de pensamento

ríxidos, rituais de saúde, necesidade de tomar o mesmo camiño ou para comer os mesmos alimentos cada día).

- Intereses moi restrinxidos e fixos que son anormais en canto á súa intensidade ou foco de interese (p. ex. forte apego ou preocupación por obxectos inusuais, intereses excesivamente circunscritos ou perseverantes).
- Hiper ou hiporreatividade aos estímulos sensoriais ou interese inhabitual por aspectos sensoriais do contorno (p. ex. indiferenza aparente ao dor/temperatura, resposta adversa a sons ou texturas específicos, olfacteo ou palpación excesiva de obxectos, fascinación visual pola luces ou o movemento).

C. Os síntomas deben de estar presentes nas primeiras fases do período de desenvolvemento (pero poden non manifestarse totalmente ata que a demanda social supera as capacidades limitadas, ou poden estar enmascarados por estratexias aprendidas en fases posteriores da vida).

D. Os síntomas causan unha deterioración clinicamente significativa no social, laboral ou outras áreas importantes do funcionamento habitual.

E. Estas alteracións non se explican mellor pola discapacidade intelectual ou polo atraso global do desenvolvemento.

ANEXO 20.2. NIVEIS DE GRAVIDADE DO TEA (DSM-5)^{9,17}

Categoría dimensional	Comunicación social	Comportamentos restrinxidos e repetitivos
Grao 3 "Necesita axuda moi notable"	As deficiencias graves das aptitudes de comunicación social, verbal e non verbal, causan alteracións graves do funcionamento, un inicio moi limitado de interaccións sociais e unha resposta mínima á apertura social das outras persoas.	A inflexibilidade do comportamento, a extrema dificultade para facer fronte aos cambios e os outros comportamentos restrinxidos/repetitivos interfieren notablemente co funcionamento en todos os ámbitos. Ansiedade intensa/dificultade para cambiar o foco da acción.
Grao 2 "Necesita axuda notable"	Deficiencias notables nas aptitudes de comunicación social, verbal e non verbal; problemas sociais obvios mesmo con axuda <i>in situ</i> ; inicio limitado de interaccións sociais, e respostas reducidas ou anormais á apertura social doutras persoas.	A inflexibilidade do comportamento, a dificultade para facer fronte aos cambios e os outros comportamentos restrinxidos/repetitivos resultan con frecuencia evidentes para o observador casual e interfieren co funcionamento en diversos contextos. Ansiedade e/ou dificultade para cambiar o foco da acción
Grao 1 "Necesita axuda"	Sen axuda <i>in situ</i> , as deficiencias da comunicación social causan problemas importantes. Dificultade para iniciar interaccións sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou insatisfactorias á apertura social das outras persoa. Pode parecer que ten pouco interese nas interaccións sociais.	A inflexibilidade do comportamento causa unha interferencia significativa co funcionamento nun ou máis contextos. Dificultade para alternar actividades. Os problemas de organización e de planificación dificultan a autonomía.
Síntomas subclínicos	Algúns síntomas neste ou ambas dimensións, pero sen alteracións significativas.	Algúns síntomas neste ou ambas dimensións, pero sen alteracións significativa.
Dentro da normalidade	Pode ser peculiar ou illado, pero sen interferencia.	Non interferencia.

ANEXO 20.3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DO TRASTORNO DO ESPECTRO AUTISTA ICD 11 (OMS)¹⁰

6A02 Trastorno do espectro autista

O trastorno do espectro autista caracterízase por déficits persistentes na capacidade de iniciar e soste a interacción social recíproca e a comunicación social, e por un rango de patróns comportamentais e intereses restrinxidos, repetitivos e inflexibles. O inicio do trastorno ocorre durante o período do desenvolvemento, tipicamente na primeira infancia, pero os síntomas poden non manifestarse plenamente ata máis tarde, cando as demandas sociais exceden as capacidades limitadas. Os déficits son o suficientemente graves como para causar deterioración a nivel persoal, familiar, social, educativo, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento do individuo, e xeralmente constitúen unha característica persistente do individuo que é observable en todos os ámbitos, aínda que poden variar de acordo co contexto social, educativo ou doutro tipo. Ao longo do espectro os individuos exhiben unha gama completa de capacidades do funcionamento intelectual e habilidades de linguaxe.

6A02.0 Trastorno do espectro autista sen trastorno do desenvolvemento intelectual e con deficiencia leve ou nula da linguaxe funcional

Cúmpanse todos os requisitos da definición de trastorno do espectro autista, o funcionamento intelectual e comportamento adaptativo atópanse polo menos dentro do rango medio (aproximadamente maior que o percentil 2,3), e só hai unha alteración mínima ou ningunha alteración na capacidade do individuo para o uso funcional da linguaxe (falado ou de xestos) con propósitos instrumentais, como para expresar as súas necesidades e desexos persoais.

6A02.1 Trastorno do espectro autista con trastorno do desenvolvemento intelectual e con leve ou ningunha deterioración da linguaxe funcional

Cúmpanse todos os requirimentos da definición tanto para o trastorno do espectro autista como para o trastorno do desenvolvemento intelectual, e só existe unha alteración leve ou nula para utilizar a linguaxe funcional (falado ou de xestos) con fins instrumentais, como expresar as súas necesidades e desexos persoais.

6A02.2 Trastorno do espectro autista sen trastorno do desenvolvemento intelectual e con deficiencia da linguaxe funcional

Cúmprense todos os requisitos da definición do trastorno do espectro autista, o funcionamento intelectual e o comportamento adaptativo atópanse polo menos dentro do rango medio (aproximadamente maior que o percentil 2,3) e hai unha marcada deterioración na linguaxe funcional (falado ou de xestos) en relación coa idade do individuo. O individuo non é capaz de utilizar máis que palabras soltas ou frases simples con fins instrumentais, como para expresar as súas necesidades e desexos persoais.

6A02.3 Trastorno do espectro autista con trastorno do desenvolvemento intelectual e con deficiencia da linguaxe funcional

Cúmprense todos os requisitos da definición tanto para o trastorno do espectro autista e o trastorno do desenvolvemento intelectual, e hai unha marcada deterioración na linguaxe funcional (falado ou de xestos), en relación coa idade do individuo. O individuo non é capaz de utilizar máis que palabras ou frases simples para propósitos instrumentais, como para expresar necesidades e desexos persoais.

6A02.4 Trastorno do espectro autista sen trastorno do desenvolvemento intelectual e con ausencia da linguaxe funcional

Cúmprense todos os requisitos da definición de trastorno do espectro autista, o funcionamento intelectual e o comportamento adaptativo atópanse polo menos dentro do rango media (aproximadamente maior que o percentil 2,3) e, en relación coa idade do individuo, hai completa ou case completa ausencia de habilidade para utilizar a linguaxe funcional (falado ou de xestos) con fins instrumentais, como para expresar as súas necesidades e desexos persoais.

6A02.E Outro trastorno especificado do espectro autista

6A02.Z Trastorno do espectro autista, sen especificación

ANEXO 20.4 FACTORES ASOCIADOS A UN MAIOR RISCO DE AUTISMO

- Un irmán con autismo.
- Defectos conxénitos asociados con malformacións e/ou disfuncións do sistema nervioso central (SNC), incluíndo parálise cerebral.
- Idade xestacional menor de 35 semanas.
- Psicose esquizofrenia - like ou trastorno afectivo parental.
- Uso de valproato sódico no embarazo.
- Discapacidade intelectual.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividade.
- Encefalopatía neonatal ou encefalopatía epiléptica, incluídos os espasmos infantís.
- Trastornos cromosómicos como a síndrome de Down.
- Alteracións xenéticas como a síndrome do X frágil.
- Distrofia muscular.
- Neurofibromatose.
- Esclerose tuberosa.

ANEXO 20.5. INDICADORES DE TEA¹¹

NENOS/AS PREESCOLARES

- Atraso ou ausencia de linguaxe falada.
- Mira a través da xente, non está pendente dos/as outros/as.
- Non responde as expresións faciais/sentimentos da xente.
- Falta de xogo imaxinativo, pouca ou ningunha imaxinación.
- Non mostra interese ou xoga preto dos seus pares de forma intencionada.
- Non respecta a "quenda".
- Incapaz de compartir pracer.
- Incapacidade para a comunicación non verbal.
- Non mira o que outra persoa lle sinala.
- Escaso contacto ocular.
- Non inicia unha actividade ou interrelación social.
- Manierismos raros e repetitivos coas mans e os dedos.
- Reaccións estrañas ou falta de reacción a estímulos sensoriais.

NENOS/AS EN IDADE ESCOLAR

- DÉFICITS NA COMUNICACIÓN
 - Anomalías no desenvolvemento da linguaxe, incluído mutismo.
 - Inapropiada ou escasa entoación.
 - Ecolalia persistente.
 - Refírese a si mesmo como "ti" "ela" ou "el", despois dos 3 anos.

- Vocabulario raro para a súa idade/grupo social.
- Uso limitado da linguaxe para a comunicación e/ou tendencia a falar amplamente só acerca de determinadas materias.
- Impedimento importante na comunicación non verbal.
- DÉFICITS SOCIAIS
 - Incapacidade para unirse ao xogo con outros/as nenos/as, ou intentos inapropiados para facelo (pode manifestarse como conduta agresiva ou destrutiva).
 - Falta de concienciación das normas de clase (críticas aos/ás profesores/as ou renuncia franca a cooperar nas actividades de clase).
 - Atafégase facilmente nas diferentes situacións sociais ou outros estímulos.
 - Dificultade para relacionarse cos adultos (demasiado ou nula).
 - Mostra reaccións extremas á invasión do seu espazo persoal e cóstalle moito darse présa.
- DETERIORACIÓN EN INTERESES, ACTIVIDADES E/OU CONDUCTAS
 - Ausencia de xogo imaxinativo/creativo.
 - Dificultade para organizarse nun espazo pouco estruturado.
 - Incapacidade para cooperar en situacións pouco estruturadas, aínda cando os demais gozan delas (excursión do colexio).

ANEXO 20.6. M-CHAT-R (MODIFIED CHECLIST FOR AUTISM IN TODDLERS)¹⁶

INSTRUCCIÓN DE USO:

O M-CHAT-R pode administrarse como parte dunha visita nos controis de saúde nas consultas de pediatría de AP e tamén os/as profesionais de atención hospitalaria pódono utilizar para avaliar o risco de TEA. O obxectivo principal do M-CHAT-R é lograr a máxima sensibilidade, é dicir, detectar o maior número de casos de TEA que sexa posible. Polo tanto, existe unha alta taxa de falsos positivos, o que significa que non todos os/as nenos/as que obteñan unha cualificación en risco serán diagnosticados de TEA. Para solucionar este problema desenvóléronse as preguntas de seguimento (M-CHAT-R/F). Os/as usuarios/as deben ser conscientes de que mesmo co seguimento, un número significativo de nenos/as que dan positivo no M-CHAT-R non serán diagnosticados de TEA, con todo, eses/as nenos/as están en alto risco de ter outros trastornos do desenvolvemento ou atraso.

É necesario destacar a importancia de usar o test máis axustado á cultura, lingua e nacionalidade do país, podendo mesmo elixir diferentes versións da escala, incluídas diferentes versións en lingua española, que é posible obter na dirección <https://mchatscreen.com/m-chat/translations/>

As instrucións de puntuación pódense descargar desde <https://mchatscreen.com/>

Algoritmo de puntuación:

Puntuación: para todos os ítems, excepto o 2, 5 e 12, a resposta "NON" indica risco de TEA; para os ítems 2, 5, e 12, "SI" indica risco de TEA.

- **BAIXO RISCO:** puntuación total entre 0-2. (Se o/a neno/a é menor de 24 meses, repetir M-CHAT-R aos 24 meses). *Non hai que tomar máis medidas*
- **RISCO MEDIO:** puntuación total entre 3-7. Administrar a entrevista de seguimento (segunda etapa M-CHAT-R/F) para obter información adicional acerca das respostas de risco.

- Se a puntuación M-CHAT-R/F mantense en 2 ou superior, o/a neno/a resultou **positivo**. Medida necesaria: remitir ao/á neno/a para unha avaliación diagnóstica e para determinar necesidade de atención temperá.
- Se a puntuación é 0-1, o/a neno/a resultou **negativo**. Ningunha outra medida é necesaria a menos que a vixilancia do desenvolvemento indique risco de TEA. O/a neno/a debe seguir vixiado/a en futuros controis de saúde.
- **RISCO ALTO**: puntuación total entre 8-20. É aceptable prescindir da entrevista de seguimento e débese remitir o caso de inmediato para avaliación diagnóstica e para determinar necesidade de intervención temperá.

CUESTIONARIO M-CHAT-R¹⁶

Por favor responda a estas preguntas sobre su hijo/a. Tenga en cuenta **cómo su hijo/a se comporta habitualmente**. Si usted ha visto a su hijo/a comportarse de una de estas maneras algunas veces, pero no es un comportamiento habitual, por favor responda **no**. Seleccione, rodeando con un círculo, Muchas gracias.

1. Si usted señala algo al otro lado de la habitación, ¿su hijo/a lo mira? (POR EJEMPLO, Si usted señala a un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo/a lo mira?)	SÍ	NO
2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a?	SÍ	NO
3. ¿Su hijo/a juega juegos de fantasía o imaginación? (POR EJEMPLO, "hace como que" bebe de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche,...)	SÍ	NO
4. ¿A su hijo le gusta subirse a cosas? (POR EJEMPLO, a una silla, escaleras, o tobogán,...)	SÍ	NO
5. ¿Hace su hijo/a movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO, mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual?)	SÍ	NO
6. ¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (POR EJEMPLO, señala un juguete o algo de comer que está fuera de su alcance?)	SÍ	NO
7. Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (POR EJEMPLO, señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	SÍ	NO
8. ¿Su hijo/a se interesa en otros niños? (POR EJEMPLO, mira con atención a otros niños, les sonrío o se les acerca?)	SÍ	NO
9. ¿Su hijo/a le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que usted las vea – no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (POR EJEMPLO, le muestra una flor o un peluche o un coche de juguete)	SÍ	NO
10. ¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre? (POR EJEMPLO, se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo para mirarle?)	SÍ	NO
11. ¿Cuándo usted sonrío a su hijo/a, él o ella también le sonrío?	SÍ	NO
12. ¿Le molestan a su hijo/a ruidos cotidianos? (POR EJEMPLO, la aspiradora o la música, incluso cuando está no está excesivamente alta?)	SÍ	NO
13. ¿Su hijo/a camina solo?	SÍ	NO
14. ¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él o ella, o lo viste?	SÍ	NO
15. ¿Su hijo/a imita sus movimientos? (POR EJEMPLO, decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga?)	SÍ	NO
16. Si usted se gira a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	SÍ	NO
17. ¿Su hijo/a intenta que usted le mire/preste atención? (POR EJEMPLO, busca que usted le haga un cumplido, o le dice "mira" ó "mírame")	SÍ	NO
18. ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo? (POR EJEMPLO, si usted no hace gestos, ¿su hijo/a entiende "pon el libro encima de la silla" o "tráeme la manta"?)	SÍ	NO
19. Si algo nuevo pasa, ¿su hijo/a le mira para ver como usted reacciona al respecto? (POR EJEMPLO, si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se gira a ver su cara?)	SÍ	NO
20. Le gustan a su hijo/a los juegos de movimiento? (POR EJEMPLO, le gusta que le balancee, o que le haga "el caballito" sentándole en sus rodillas)	SÍ	NO

BIBLIOGRAFÍA

1. Galbe Sánchez-Ventura J; Grupo PrevInfad. Detección precoz de los trastornos del desarrollo y del espectro autista. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [Internet]; 2018. [acceso 10 febreiro 2020]. Disponible en: <http://previnfad.aepap.org/recomendacion/trastornos-desarrollo>.
2. Galbe Sánchez-Ventura J, Pallás Alonso CR, Rando Diego A, Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, et al. Detección precoz de los trastornos del desarrollo (parte 2): trastornos del espectro autista. Rev Pediatr Aten Primaria. 2018;20:277-85.
3. Augustyn M. Autism spectrum disorder: Surveillance and screening in primary care [Internet]. Waltham, MA: UpToDate Inc; 2019 [acceso 10 febreiro 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/autism-spectrum-disorder-surveillance-and-screening-in-primary-care>.
4. Busquets L, Mirabell J, Muñoz P, Muriel N, Español N, Viloca M, et al. Detección precoz del trastorno del espectro autista durante el primer año de vida en la consulta pediátrica. Pediatr Integral. 2018;XXII(2):105.e1-105.e6.
5. World Health Organization (WHO). Autism spectrum disorders. Geneve: WHO; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>.
6. Autism Spectrum Disorders in the European Union (ASDEU). Posada de la Paz M, coordinador. Autism Spectrum Disorders in the European Union (ASDEU) Executive summary. Bruselas: European Commission; 2018. Disponible en: http://asdeu.eu/wp-content/uploads/2016/12/ASDEUExecSummary27_September2018.pdf.
7. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, Maenner MJ, Daniels J, Warren Z, et al. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2014. MMWR Surveill Summ. 2018;67(6):1-23.
8. Málaga I, Blanco Lago R, Hedrera-Fernández A, Álvarez-Álvarez N, Oreña-Ansonera V,

Baeza-Velasco M. Prevalencia de los trastornos del espectro autista en niños en Estados Unidos, Europa y España: coincidencias y discrepancias. MEDICINA (Buenos Aires) 2019;79(1):4-9.

9. Hervás Zúñiga A, Balmaña N, Salgado M. Los trastornos del espectro autista (TEA). Pediatr Integral. 2017;XXI(2):92-108.

10. Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE-11 para las estadísticas de mortalidad y morbilidad. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f437815624>.

11. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 145 Assessment, diagnosis and interventions for autism spectrum disorders. A national clinical guideline. Edinburgh: SIGN; 2016. Disponible en: <https://www.sign.ac.uk/assets/sign145.pdf>.

12. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Autism spectrum disorder in under 19s: recognition, referral and diagnosis. NICE guideline CG128; 2017. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ cg128/chapter/Recommendations#recognising-children-and-young-people-with-possible-autism>.

13.- Zwaigenbaum L, Bauman ML, Fein D, Pierce K, Buie T, Davis P, et al. Early screening of autism spectrum disorder: recommendations for practice and research. Pediatrics. 2015;136(1):S41-S59.

14. Siu AL; US Preventive Services Task Force; Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, et al. Screening for autism spectrum disorder in young children: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2016;315(7):691-6.

15. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for developmental delay. CMAJ. 2016;188(8):579-87.

16. Robins D, Fein D, Barton M. Cuestionario M-CHAT revisado de detección del autismo en niños pequeños con entrevista de seguimiento (M-CHAT-R/F). Traducción y adaptación en España: Grupo Estudio MCHAT España; 2009. Disponible en: https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R_F_Spanish_Spain.pdf.

17. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2014.

21. Detección precoz de trastornos da linguaxe e da aprendizaxe

Autor: José Manuel Fernández Bustillo

Os trastornos da linguaxe e da aprendizaxe en nenos, nenas e adolescentes caracterízanse por ocasionar limitacións específicas en diferentes áreas en relación ao uso da linguaxe e ao rendemento académico.

A identificación temperá de ambos trastornos é esencial para iniciar un tratamento precoz, que permita unha boa adaptación ao medio escolar e impida alteracións no rendemento académico e/ou secuelas emocionais, que poidan condicionar o prognóstico e a efectividade do tratamento.

Detección precoz de trastornos da comunicación: trastorno da linguaxe

21.1. INTRODUCCIÓN

Os **trastornos da comunicación** inclúen as deficiencias da linguaxe, a fala e a comunicación. A sospeita da existencia dun trastorno da comunicación faise na escola, na familia e no ámbito de atención primaria, con base na presenza de factores de risco, en ausencia doutras patoloxías neurolóxicas ou trastornos do desenvolvemento¹.

A *comunicación* é todo comportamento verbal ou non verbal (sexa intencional ou non intencional) que inflúe no comportamento, as ideas ou as actitudes da outra persoa. A fala é a produción expresiva de sons e inclúe a articulación, a fluidez, a voz e a calidade de resonancia dun individuo.

A *linguaxe* inclúe a forma, a función e o uso dun sistema convencional de símbolos (é dicir, palabras faladas, linguaxe de signos, palabras escritas, imaxes) rexido por regras para a comunicación.

Segundo o Manual diagnóstico e estatístico dos trastornos mentais (DSM-5), dentro da categoría diagnóstica dos trastornos da comunicación inclúense:

- O trastorno da linguaxe.
- O trastorno fonolóxico.
- O trastorno da fluidez de inicio na infancia (tartamudez).
- O trastorno da comunicación social (pragmática).
- O trastorno da comunicación non especificado.

Os **criterios diagnósticos** dos trastornos da comunicación² preséntanse no [Anexo 21.1](#).

A linguaxe oral é un instrumento de comunicación complexo que xorde da interacción co contorno social e físico que rodea ao/a neno/a. Precisa dun código para comunicar, expresar, comprender e representar as ideas do noso mundo a través dun sistema de codificación común. O seu desenvolvemento inflúe directamente na conduta do/da neno/a e está condicionado por factores internos (maduración neurobiolóxica) e externos (nivel sociocultural, estimulación e afectividade). A súa alteración forma parte dos trastornos da comunicación (alteracións da linguaxe, a fala e a comunicación), que se inclúen dentro dos trastornos do neurodesenvolvemento.

Para o seu desenvolvemento, precisa da dobre vertente da comprensión e da expresión, respectivamente: forma (fonética, fonoloxía e morfosintaxe), contido (semántica) e uso (funcións pragmáticas ou da linguaxe) ([Táboa 21.1](#)).

Táboa 21.1. Compoñentes da linguaxe³				
	<i>Fonética/ Fonoloxía</i>	<i>Morfosintaxe</i>	<i>Semántica</i>	<i>Pragmática</i>
Expresión	Articulación dos sons da fala.	Uso das estruturas da lingua.	Uso de concepto significativo do vocabulario.	Uso adecuado da linguaxe segundo o contexto.
<i>Comprensión</i>	Oír e discriminar os sons da fala.	Comprensión da estrutura gramatical da linguaxe.	Comprensión do vocabulario ou do léxico. Conceptos significativos.	Comprensión da linguaxe segundo o contexto.

Na cronoloxía da linguaxe existen influencias socioculturais e variacións entre individuos⁴, polo que o coñecemento do desenvolvemento da linguaxe e das súas dimensións lingüísticas, permitirá entender a expresividade clínica da súa alteración ([Táboa 21.2](#)).

Táboa 21.2. Desenvolvemento da linguaxe segundo idade⁵

	Linguaxe receptiva	Linguaxe expresiva
0 - 1 mes	Cálmase coa voz da nai.	Chora.
2 - 4 meses	Mostra claro interese nas caras.	Sorriso social, ri a gargalladas.
6 meses	Responde ao nome.	Balbuce, vocaliza.
9 meses	Entende rutinas verbais (adeus).	Sinala, di "ma-má".
12 meses	Segue un comando verbal.	Di tres palabras con significado (mamá, papá, auga).
15 meses	Sinala partes do seu corpo.	Aprende máis palabras.
18 - 24 meses	Recoñece partes do seu corpo. Cumpre ordes verbais simples.	Usa frases de dúas palabras. Coñece o seu nome.
24 - 36 meses	Cumpre ordes verbais complexas.	Formula frases de tres palabras. Pregunta "que?".
36 - 48 meses	Comprende as accións.	Pregunta "por que?".
48 - 60 meses	Comprende todo o que se di.	Fala con oracións completas. Di contos.
6 anos	Cumpre ordes de todo tipo de complexidade.	Linguaxe completa.

Fonte: modificado de Moreno-Flagge N. Trastornos del lenguaje. Diagnóstico y tratamiento. Rev Neurol 2013;57(1):S85-94.

O trastorno da linguaxe normalmente afecta ao vocabulario e á gramática, e isto limita a capacidade do discurso. As primeiras palabras e frases do neno ou da nena é probable que se inicien de xeito atrasado, o vocabulario é máis limitado e menos variado do esperado, e as frases son máis curtas e menos complexas, presentando erros gramaticais, especialmente no tempo pasado².

Pode haber problemas para recordar novas palabras e frases, así como dificultades para seguir instrucións máis longas, dificultades para recordar series de datos verbais e dificultades para recordar secuencias de sons novos².

En poboación escolar sen signos de trastornos neurolóxicos nin xenéticos, a prevalencia de trastornos da linguaxe sitúase en torno ao 2 - 3 % e a dos trastornos da fala ao redor do 3 - 6 %. En cambio, a prevalencia en idade preescolar estímase que é superior ao 15 %¹. Unha elevada porcentaxe dos nenos e nenas que teñen trastornos da linguaxe presentan ademais problemas de aprendizaxe.

21.2. PUNTOS A DESTACAR

21.2.1. FACTORES DE RISCO E SIGNOS DE ALERTA

No **desenvolvemento da linguaxe** os factores ambientais⁶, durante os primeiros anos de vida, son determinantes, mentres que posteriormente os factores xenéticos desenvolven un papel primordial. Relaciónanse con peor desenvolvemento lingüístico un nivel de estudos materno baixo, o sexo masculino, unha historia familiar de problemas lingüísticos ou psiquiátricos, problemas perinatais (pretermo, baixo peso, baixa puntuación no test de Apgar, etc.) e de saúde durante a infancia. O bilingüismo parece ser un factor protector⁶.

Existen **signos de alarma e factores de risco**, comunicados pola escola ou a familia, ou detectados nos controis do Programa de saúde infantil, que suxiren a necesidade de valoración (avaliación clínica e anamnese) dun trastorno da linguaxe. Esta debe incluír unha exploración xeral de todos os órganos e sistemas relacionados coa fala e a linguaxe, prestando especial atención ao fenotipo, somatometría, otoscopia e discromías cutáneas. Ademais débese realizar un exame neurolóxico sistemático adaptado ao nivel madurativo do/da paciente. É recomendable realizar un estudo neuropsicolóxico e psicopedagóxico ([Táboa 21.3](#)).

Táboa 21.3. Factores de risco do trastorno da linguaxe⁷

Factores de risco

1. Biolóxico ou ambiental.
2. Antecedentes familiares.
3. Otites recorrentes nos dous primeiros anos de vida.
4. Respirador bucal, tendencia á protrusión lingual, non control do babeo máis aló dos 24 meses, uso prologado do chupete ou chuparse o dedo pasados os 15 meses.
5. Problemas de alimentación (succión nos primeiros meses, atragoamento en torno ao sexto mes) ou mastigación (a partir dos 18 meses).
6. Nenos/as tranquilos/as, con atraso motor, ou enlentecidos/as para a idade.
7. Nenos/as inquietos/as, independentes, que adoitan ir ao seu, que non responden ao seu nome, con desinterese na relación social e que presentan perrenchas incontroladas.
8. Dificultade na fluidez da fala (maiores de cinco anos).

No [Anexo 21.2](#) preséntanse os signos de alerta dos trastornos da linguaxe, agrupados segundo a idade do/da neno/a.

21.2.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E COMORBILIDADE

Débase facer un diagnóstico diferencial do trastorno da linguaxe cos problemas de audición e outras deficiencias sensoriais.

É fundamental asegurarse da correcta **funcionalidade da vía auditiva** xa que a hipoacusia, dependendo da súa orixe (prenatal, perinatal ou posnatal), é a principal causa orgánica dos trastornos da linguaxe, debendo explorar en cada caso os indicadores de risco asociados ([Táboa 21.4](#)).

Táboa 21.4. Hipoacusia. Factores de risco asociados³

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares. • Infeccións prenatais (TORCH). • Malformacións craniofaciais. • Baixo peso ao nacemento (< 1.500 g). • Hiperbilirrubinemia. • Medicamentos ototóxicos. • Alcoholismo xestante. | <ul style="list-style-type: none"> • Meninxite bacteriana. • Accidente hipóxico - isquémico. • Ventilación mecánica prolongada. • Síndromes xenéticos. • Traumatismo cranioencefálico severo. • Trastornos neurodexenerativos. • Ototubarite de repetición. |
|---|--|

O **diagnóstico diferencial** débese facer tamén co trastorno do desenvolvemento intelectual, trastornos neurolóxicos e outras enfermidades que poden cursar cunha regresión da linguaxe (trastorno do espectro autista, epilepsia, etc.). O trastorno da linguaxe debe diferenciarse das variacións normais do desenvolvemento. Pode ser difícil facer esta distinción antes dos 4 anos de idade. Débense ter en conta as variacións de linguaxe rexionais, sociais e culturais/étnicas cando se avalían as deficiencias da linguaxe dun individuo².

Existe ademais unha importante **comorbilidade** asociada a outros trastornos do neurodesenvolvemento, como o trastorno específico da aprendizaxe (lectoescritura e aritmética), o trastorno por déficit de atención/hiperactividade, o trastorno do espectro autista e o trastorno do desenvolvemento da coordinación. Tamén está asociado ao trastorno de comunicación social (pragmático). A miúdo existen antecedentes familiares de trastornos da fala ou da linguaxe².

21.3. ASPECTOS ESPECÍFICOS

21.3.1. DETECCIÓN PRECOZ

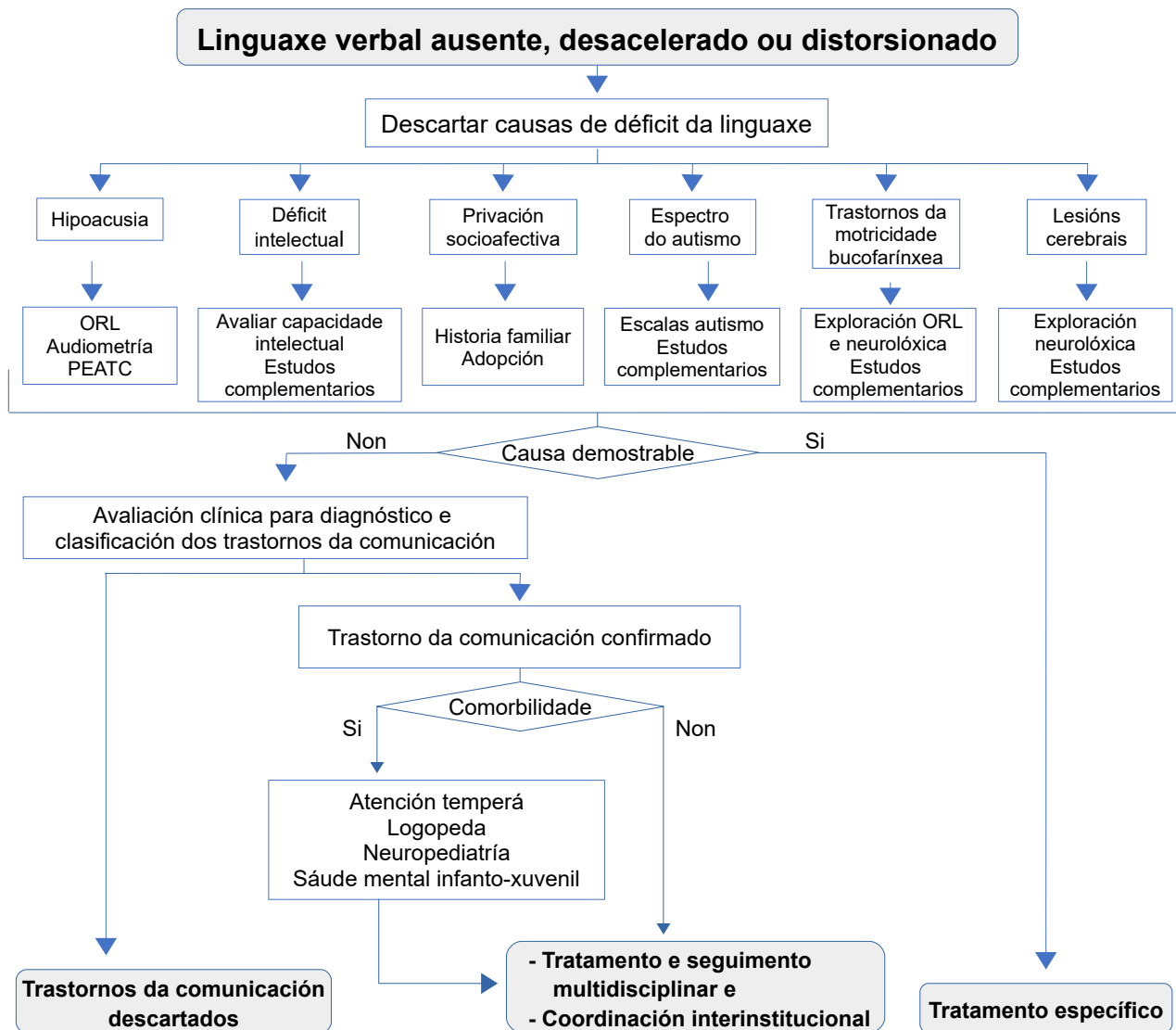
Para avaliar os **criterios clínicos** e establecer o **diagnóstico** das diferentes categorías dos **trastornos da comunicación** son de utilidade os criterios diagnósticos establecidos no DMS-5² ([Anexo 21.1](#)).

É indispensable realizar unha historia clínica coidadosa⁵ que axudará a recoller datos sobre a historia evolutiva do/da neno/a, antecedentes de embarazo e parto, antecedentes familiares de problemas de linguaxe, así como de traumatismos ou infeccións adquiridas (meninxite, otite de repetición) e descartar trastornos xenéticos. É útil coñecer o estado social e psicoafectivo do/da neno/a e observar como xoga e interactúa coas persoas do seu contorno.

Existen **indicadores**, divididos **por idades cronolóxicas**^{7,8}, que poden servir **de alerta para a detección temperá de dificultades da linguaxe**, o que permitirá instaurar

precozmente a terapia oportuna ou derivar para unha valoración máis específica ([Anexo 21.2](#)).

21.3.2. AVALIACIÓN



Fonte¹⁴:

- Modificado de García Cruz JM, González Lajas JJ. Trastornos del lenguaje y de la comunicación. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), editor. Guía de algoritmos en pediatría de atención primaria: Lúa ediciones 3.0; 2018. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/49/trastornos-del-lenguaje-y-de-la-comunicacion>.

- Aguilera Albesa S, Orellana Ayala CE. Trastornos del lenguaje. Pediatr Integral. 2017;XXI(1):15-22.

21.3.3. INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

O papel do/da pediatra de atención primaria no trastorno da linguaxe está orientado á detección precoz das situacións de alerta e a diferenciar as variantes da normalidade dos trastornos específicos.

A abordaxe dos **trastornos da linguaxe** e a comunicación debe ser multidisciplinar entre os/as profesionais implicados/as na asistencia e a familia, promovendo unha alianza terapéutica co propósito de alcanzar obxectivos comúns, reducir as dificultades e favorecer o desenvolvemento integral do/da neno/a ou adolescente.

A intervención ha ser fundamentalmente logopédica e comezar canto antes, coa presenza de certos signos clínicos ([Táboa 21.5](#)), cun seguimento individualizado e sistemático.

Táboa 21.5. Criterios de intervención psicolingüística precoz¹⁰

- Aos 2 anos ningunha palabra intelixible (ademais de “papá” e mamá”).
- Aos 2,5 anos non asocia dúas palabras nun enunciado.
- Aos 3 anos vocabulario limitado a unhas cantas palabras.
- Aos 4 anos enunciados de só dúas palabras.

Son necesarias as revisións periódicas segundo criterio facultativo, co obxecto de manter un estreito seguimento do/da paciente, tanto no que á súa saúde física se refire como da súa evolución a nivel de linguaxe, comunicación, relación social, funcións cognitivas e aprendizaxe.

O tratamento farmacolóxico nos trastornos da comunicación en principio, non está indicado, a non ser que concorran con algún trastorno comórbido ou un factor que contribúa ao trastorno ou xurda como reacción ao mesmo.

Para garantir un adecuado desenvolvemento é imprescindible unha boa coordinación das diferentes institucións (sanidade, educación, servizos sociais).

21.4. RECOMENDACIÓNS

- Ante a existencia de signos de alerta e factores de risco, realizar unha historia clínica que recolla información sobre a historia evolutiva do neno ou nena, os antecedentes de embarazo e parto, os antecedentes familiares de problemas de linguaxe, así como de traumatismos ou infeccións adquiridas (meninxite, otite de repetición).

- Ter en conta os indicadores de alerta segundo a idade cronolóxica para a detección temperá de dificultades da linguaxe.
- É útil coñecer o estado social e psicoafectivo do/da neno/a, así como observar como xoga e interactúa coas persoas do seu contorno.
- Instaurar precozmente a terapia oportuna ou derivar para unha valoración máis específica, tendo en conta que a intervención ha ser fundamentalmente logopédica e debe comezar canto antes.
- A abordaxe dos trastornos da linguaxe e a comunicación debe ser multidisciplinar, contando coa familia, promovendo unha alianza terapéutica co propósito de reducir as dificultades e favorecer o desenvolvemento integral do neno, nena ou adolescente.

Detecção precoz de trastornos da aprendizaxe

21.5. INTRODUCCIÓN

O **trastorno específico da aprendizaxe** é un trastorno crónico do neurodesenvolvemento cunha orixe neurobiolóxica, que é a base das anormalidades a nivel cognitivo asociadas aos signos condutuais do trastorno. A orixe biolóxica inclúe unha interacción de factores xenéticos, epixenéticos e ambientais, que afectan á capacidade do cerebro para percibir ou procesar información, verbal ou non verbal, eficientemente e con precisión².

A nivel ambiental cabe destacar o feito de que a prematuridade ou nacer con baixo peso aumenta significativamente o risco de padecer trastorno específico da aprendizaxe¹⁰.

A prevalencia do trastorno específico da aprendizaxe nas áreas académicas da lectura, a expresión escrita e as matemáticas é variable e estímase que afecta arredor dun 5 - 15 % dos nenos e nenas de idade escolar de diferentes linguas e culturas. Hai autores que refiren cifras de 10 % - 20 % en nenos, nenas e adolescentes. A prevalencia en persoas adultas é descoñecida, pero parece ser aproximadamente do 4 %¹⁰.

Neste trastorno poden estar afectadas a linguaxe escrita, a linguaxe globalmente ou o cálculo matemático, entre outros, así como a capacidade de atención/concentración, o control de impulsos, a habilidade visuoespacial, a actividade motriz e/ou grafomotriz, a esfera da conduta, etc. Persiste durante toda a vida, e modifícase segundo a idade e

evolución do neno ou da nena, podendo influír negativamente, dependendo da detección e o tratamento precoz, no desenvolvemento escolar¹¹.

O trastorno específico da aprendizaxe asóciase a un risco elevado de ideas suicidas e intentos de suicidio en nenos/as, adolescentes e adultos/as².

Non se coñecen marcadores biolóxicos do trastorno específico da aprendizaxe. Como grupo, as persoas con este trastorno amosan alteracións circunscritas ao procesamento cognitivo, á estrutura e á función cerebral. Tamén son evidentes a nivel de grupo as diferenzas xenéticas. Neste momento non son útiles para o diagnóstico as probas cognitivas, nin as técnicas de neuroimaxe, nin as probas xenéticas².

Constitúe unha das causas máis frecuentes de fracaso escolar e condutas disruptivas nas aulas¹¹.

O pronóstico do trastorno da aprendizaxe depende da detección e tratamento precoz e da adaptación escolar, con flexibilidade curricular e coordinación entre a escola, a familia e os/as especialistas que atenden o/a neno/a.

21.6. PUNTOS A DESTACAR

21.6.1. COMORBILIDADES

O trastorno específico da aprendizaxe concorre frecuentemente con *trastornos do neurodesenvolvemento* (TDAH, trastornos da comunicación, trastorno do desenvolvemento da coordinación ou trastorno do espectro autista) ou outros *trastornos mentais* (trastornos de ansiedade, trastornos depresivo e bipolar).

Esta comorbilidade non exclúe necesariamente o diagnóstico de trastorno específico da aprendizaxe, pero si pode dificultar a realización de probas e o diagnóstico diferencial, porque cada un dos trastornos concorrentes interfire independentemente na realización das actividades cotiás, incluída a aprendizaxe.

É necesaria a **valoración clínica** para atribuír tales deterioros ás dificultades de aprendizaxe. Se hai algunha indicación de que outro diagnóstico puidese explicar as dificultades para aprender as aptitudes académicas esenciais que se describen no Criterio

diagnóstico A ([Anexo 21.4](#)), non se debería diagnosticar como trastorno específico da aprendizaxe¹⁰.

21.7. ASPECTOS ESPECÍFICOS

21.7.1. DETECCIÓN PRECOZ/VALORACIÓN CLÍNICA

Nos **trastornos da aprendizaxe** o diagnóstico é clínico, a partir da historia clínica, a valoración neuropsicolóxica global e as habilidades académicas. Non se dispón de probas específicas, aínda que poden presentarse certos **signos de alerta**^{11,12} que permiten orientar cara ao diagnóstico e así iniciar unha terapia precoz ([Anexo 21.3](#)).

Un neno ou nena, unicamente poden ser diagnosticados **unha vez que comeza a escolaridade** ou ao longo doutras etapas evolutivas como a adolescencia, incluso na vida adulta, sempre que exista constancia do seu inicio durante o período de educación infantil ou primaria¹⁰.

Dado que non existen marcadores biolóxicos coñecidos é necesario realizar unha avaliación exhaustiva.

No ámbito educativo é importante realizar unha anamnese, e unha valoración utilizando instrumentos estandarizados adecuados. O **informe escolar** é un documento de natureza administrativa, que ten un carácter técnico e informativo e serve para comunicar os resultados da valoración psicoeducativa. Inclúe as necesidades específicas do/da alumno/a, o tipo de axuda que precisa e as liñas xerais de intervención e seguimento, para garantir unha resposta educativa integral e individualizada. Este documento é moi válido para a avaliación clínica¹⁰. Neste sentido, débese ter en conta o *Protocolo para a intervención psicoeducativa da dislexia e/ou outras dificultades específicas da aprendizaxe* que a Consellería de Educación, Universidade e Formación Profesional publicou, para facilitar a atención educativa á diversidade do alumnado; neste caso, do alumnado con dislexia e/ou outras dificultades específicas da aprendizaxe co obxectivo de realizar unha **intervención psicoeducativa** acorde á realidade de cada un dos alumnos e alumnas¹³.

A **avaliación clínica** por parte dos e das profesionais de pediatría de atención primaria é fundamental para levar a cabo o diagnóstico do trastorno específico da aprendizaxe. O primeiro paso é levar a cabo unha **anamnese** que recolla información sobre o motivo de consulta, os antecedentes médicos, familiares, educativos e do desenvolvemento, así como o estudo dos contextos naturais nos que está inmerso/a, o inicio e historia da/s dificultade/s de aprendizaxe (incluíndo tanto as súas manifestacións previas como actuais), os efectos que teñen no funcionamento académico, familiar e social, e os informes escolares de valoración xunto coas cualificacións utilizadas para medir as competencias e logros académicos¹⁰.

Así mesmo estudaranse factores prenatais (infeccións, toxinas, alcohol, medicamentos), perinatais (distocias, prematuridade, moi baixo peso ao nacer, etc.) posnatais (epilepsia, traumatismo cranio encefálico severo, infeccións do sistema nervioso central, patoloxía tiroidea, depresión materna, etc.) e o nivel socioeconómico.

Tamén é importante realizar unha **exploración física completa** de todos os órganos e sistemas, que inclúa unha **exploración neurolóxica** integral, co fin de descartar discapacidade intelectual, déficits visuais ou auditivos non corrixidos, alteracións no desenvolvemento da linguaxe ou outros trastornos neurolóxicos ou mentais¹⁰.

Por outra banda, é conveniente efectuar un **estudo neuropsicolóxico** do/da menor co propósito de recompilar a información necesaria para coñecer en que momento do desenvolvemento cognitivo se atopa, elaborar o seu perfil cognitivo que inclúa os puntos fortes e débiles, así como os factores ou variables que poden estar incidindo de xeito positivo ou negativo.

Ante a sospeita de presenza de posibles **trastornos comórbidos asociados** ou dun trastorno intelectual, sensorial, neurolóxico ou motor, a avaliación do trastorno da aprendizaxe debe incluír tamén métodos apropiados de valoración.

O **diagnóstico diferencial** debe establecerse sobre a base dos síntomas de presentación. Para iso, o DSM-5 diferencia tres grupos de especificadores segundo as áreas académicas e subaptitudes alteradas. Hai que especificar a gravidade en que se presenta o cadro clínico, diferenciando tres categorías (grave, moderado e leve) e especificando tamén as áreas académicas ou subaptitudes afectadas polo trastorno de

aprendizaxe, diferenciando as dificultades para a lectura, das de expresión escrita e as matemáticas ([Anexo 21.4](#))².

A **dislexia** é unha das manifestacións máis frecuentes do trastorno específico da aprendizaxe. Caracterízase por problemas co recoñecemento de palabras de forma precisa ou fluída, por deletrear mal e pola pouca capacidade ortográfica. É importante especificar calquera dificultade adicional presente, como dificultades de comprensión da lectura ou do razoamento matemático².

Os antecedentes familiares de dificultades para a lectura (dislexia) e nas habilidades de lectoescritura dos pais predín os problemas de lectoescritura ou o trastorno específico da aprendizaxe nos fillos e fillas, o que indica unha intervención combinada de factores xenéticos e ambientais¹⁰.

A **discalculia** fai referencia ao patrón de dificultades que se caracteriza por problemas de procesamento da información numérica, de aprendizaxe de operacións aritméticas e de cálculo correcto ou fluído. É importante tamén especificar calquera dificultade adicional presente, como dificultades do razoamento matemático ou do razoamento correcto das palabras².

Na actualidade o/a pediatra ten á súa disposición unha **proba de diagnóstico precoz** (Test para a detección temperá das dificultades na aprendizaxe, da lectura e escritura)^{14,15} para aplicar a nenos e nenas de 4 anos. Este test de detección temperá, que amosa unha boa fiabilidade e unha alta validez, consta de 6 subáreas con 5 *ítems* cada unha e o tempo de administración do test é de aproximadamente 5 - 8 minutos. O seu obxectivo é detectar precozmente aos nenos, nenas e adolescentes con risco de sufrir alteracións na aprendizaxe e alertar sobre a necesidade de intervención logopédica se se considérase oportuno ([Anexo 21.5](#)).

21.7.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS²

Os criterios diagnósticos do DSM-5 ([Anexo 21.4](#)) serven como guía para identificar os síntomas máis importantes que deberían examinarse para establecer un diagnóstico.

Unha característica principal do trastorno específico da aprendizaxe son as **dificultades persistentes para aprender aptitudes académicas esenciais** (Criterio A), que xorden durante os anos escolares (é dicir, no período de desenvolvemento).

Unha segunda característica clave é que **o rendemento do individuo nas aptitudes académicas afectadas está bastante por baixo do promedio para a idade** (Criterio B). Un indicador clínico importante das dificultades para aprender aptitudes académicas son os logros académicos baixos para a idade ou os logros académicos normais que soamente se sosteñen con niveis extraordinariamente altos de esforzo ou apoio. Outro indicador clínico, particularmente nos adultos, é a evitación de actividades que requiren aptitudes académicas.

Unha terceira característica clave é que as dificultades da aprendizaxe son **moi evidentes nos primeiros anos escolares** na maioría dos individuos (Criterio C). Con todo, noutros, as dificultades da aprendizaxe poden non manifestarse totalmente ata cursos escolares posteriores, cando as esixencias de aprendizaxe aumentan e superan as capacidades limitadas do individuo.

Finalmente, as dificultades de aprendizaxe non se explican mellor por discapacidades intelectuais, trastornos visuais ou auditivos non corrixidos, outros trastornos mentais ou neurolóxicos, adversidade psicosocial, falta de dominio na linguaxe de instrución académica ou directrices educativas inadecuadas.

Hanse de cumprir os **catro criterios diagnósticos** baseándose nunha síntese clínica da historia da persoa (do desenvolvemento, médica, familiar, educativa), informes escolares e avaliación psicoeducativa.

21.7.3. ABORDAXE

O tratamento do trastorno específico da aprendizaxe debe realizarse cunha perspectiva **multidisciplinar**. O obxectivo a acadar é lograr unha mellora no rendemento cognitivo, académico, funcional e emocional no ámbito familiar, escolar e social¹⁰.

É necesaria unha alianza terapéutica entre os diferentes profesionais implicados na asistencia e as familias, co propósito de acadar obxectivos comúns, reducir as dificultades específicas de aprendizaxe e favorecer o desenvolvemento integral do/da neno/a e adolescente¹⁰.

O tratamento debe instaurarse o antes posible e é fundamentalmente psicopedagóxico e logopédico¹⁰.

O **seguimento evolutivo individualizado e sistemático** é un aspecto clave, así como a coordinación institucional entre diferentes ámbitos (sanidade, educación, servizos sociais, etc.).

O desenvolvemento e o **curso evolutivo** do trastorno de aprendizaxe, así como a súa expresión clínica son variables e depende en gran medida da interacción entre as esixencias que demanda o contorno, a variedade e gravidade das dificultades de aprendizaxe, as aptitudes de aprendizaxe propias, a comorbilidade e os sistemas de apoio e intervención dispoñibles.

21.8. RECOMENDACIÓNS

- É preciso ter en conta que o trastorno específico da aprendizaxe é unha das causas máis frecuentes de fracaso escolar e condutas disruptivas nas aulas¹¹ e asóciase a un risco elevado de ideas suicidas e intentos de suicidio en nenos/as, adolescentes e adultos/as.
- A principal recomendación é realizar unha **detección temperá** do trastorno e **derivar** ao/á profesional pertinente cando sexa preciso.
- É fundamental realizar unha **detallada historia clínica** que inclúa:
 - Antecedentes prenatais e perinatais.
 - Antecedentes familiares de dificultades da aprendizaxe.
 - Exploración física completa de todos os órganos e sistemas que inclúa unha exploración neurolóxica integral.
 - Valoración auditiva: aspecto fundamental para a correcta adquisición da linguaxe.
 - Valoración visual: fundamental para seguir e adquirir as aprendizaxes escolares.

- Avaliación do desenvolvemento psicomotor.
- Presenza de alteracións a nivel psicosocial.
- Outras enfermidades que poidan ter afectado á interacción co medio.
- Informes ou valoracións do centro escolar.
- Realizar un **diagnóstico diferencial** sobre a base dos síntomas de presentación e ter en conta a posible existencia de comorbilidades.
- O tratamento do trastorno específico da aprendizaxe debe realizarse cunha perspectiva multidisciplinar, contando coa familia do/da neno/a.
- O seguimento individualizado e sistemático é un aspecto clave, así como a coordinación institucional entre diferentes ámbitos (sanidade, educación, servizos sociais,...).

ANEXOS

ANEXO 21.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA OS TRASTORNOS DA COMUNICACIÓN² (DSM-5)

- **Trastorno da linguaxe**

A. Dificultades persistentes na adquisición e uso da linguaxe en todas as súas modalidades (falado, escrito, linguaxe de signos ou outro) debido a deficiencias na comprensión ou a produción que inclúe o seguinte:

- Vocabulario reducido (coñecemento e uso de palabras).
- Estrutura gramatical limitada (capacidade para situar as palabras e as terminacións das palabras xuntas para formar frases baseándose en regras gramaticais e morfolóxicas).
- Deterioración do discurso (capacidade para usar vocabulario e conectar frases para explicar ou describir un tema ou unha serie de sucesos ou ter unha conversación).

B. As capacidades da linguaxe están notablemente, desde un punto de vista cuantificable, por baixo do esperado para a idade, o que produce limitacións funcionais na comunicación eficaz, a participación social, os logros académicos ou o desempeño laboral, de forma individual ou en calquera combinación.

C. O inicio dos síntomas prodúcese nas primeiras fases do período de desenvolvemento.

D. As dificultades non se poden atribuír a unha deterioración auditiva ou sensorial doutro tipo, a unha disfunción motora ou a outra afección médica ou neurolóxica e non se explica mellor por discapacidade intelectual (trastorno do desenvolvemento intelectual) ou atraso global do desenvolvemento.

- **Trastorno fonolóxico**

A. Dificultade persistente na produción fonolóxica que interfere coa intelixibilidade da fala ou impide a comunicación verbal de mensaxes.

B. A alteración causa limitacións na comunicación eficaz que interfere coa participación social, os logros académicos ou o desempeño laboral, de forma individual ou en calquera comunicación.

C. O inicio dos síntomas prodúcese nas primeiras fases do período de desenvolvemento.

D. As dificultades non se poden atribuír a afeccións conxénitas ou adquiridas, como parálise cerebral, padal fendido, hipoacusia, traumatismo cerebral ou outras afeccións médicas ou neurolóxicas.

- **Trastorno da fluidez na infancia (tartamudez)**

A. Alteracións na fluidez e a organización temporal normais da fala que son inadecuadas para a idade do individuo e as habilidades de linguaxe, persisten co tempo e caracterízanse pola aparición frecuente e notable dun (ou máis) dos seguintes factores:

- Repetición de sons e sílabas.
- Prolongación de son de consoantes e de vogais.
- Palabras fragmentadas (por exemplo, pausas no medio dunha palabra).
- Bloqueo audible ou silencioso (pausas na fala, cheas ou baleiras).
- Circunloquios (substitución de palabras para evitar palabras problemáticas).

- Palabras producidas cun exceso de tensión física.
- Repetición de palabras completas monosilábicas (por exemplo, “Yo-Yo-Yo-Yo lo veo”)

B. A alteración causa ansiedade ao falar ou limitacións na comunicación eficaz, a participación social, o rendemento académico ou laboral de forma individual ou en calquera combinación.

C. O inicio dos síntomas prodúcese nas primeiras fases do período de desenvolvemento. (Nota: os casos de inicio máis tardío diagnóstícanse como 307.0 [F98.5] trastorno da fluidez de inicio en adulto).

D. A alteración non se pode atribuír a un déficit motor ou sensitivo da fala, disfluencia asociada a un dano neurolóxico (por exemplo, ictus, tumor, traumatismo) ou a outra afección médica e non se explica mellor por outro trastorno mental.

- **Trastorno da comunicación social (pragmática)**

A. Dificultades persistentes no uso social da comunicación verbal e non verbal que se manifesta por todos os seguintes factores:

- Deficiencias no uso da comunicación para propósitos sociais, como saudar e compartir información, de maneira que sexa apropiada ao contexto social.
- Deterioración da capacidade para cambiar a comunicación de forma que se adapte ao contexto ou ás necesidades do que escoita, como falar de forma diferente nunha aula ou nun parque, conversar de forma diferente cun neno ou un adulto, e evitar o uso dunha linguaxe demasiado formal.
- Dificultades para seguir as normas de conversación e narración, como respectar a quenda na conversación, expresarse doutro xeito cando non é ben comprendido e saber cando utilizar signos verbais e non verbais para regular a interacción.
- Dificultades para comprender o que non se di explicitamente (por exemplo, facer interferencias) e significados non literais ou ambiguos da linguaxe (por exemplo, expresións idiomáticas, humor, metáforas, múltiples significados que dependen do contexto para a interpretación).

B. As deficiencias causan limitacións funcionais na comunicación eficaz, a participación social, as relacións sociais, os logros académicos ou o desempeño laboral, xa sexa individualmente ou en combinación.

C. Os síntomas comezan nas primeiras fases do período de desenvolvemento (pero as deficiencias poden non manifestarse totalmente ata que a necesidade de comunicación social supera as capacidades limitadas).

D. Os síntomas non se poden atribuír a outra afección médica ou neurolóxica, nin á baixa capacidade nos dominios de morfoloxía e gramática, e non se explican mellor por un trastorno do espectro autista, discapacidade intelectual (trastorno do desenvolvemento intelectual), atraso global do desenvolvemento ou outro trastorno mental.

- **Trastorno da comunicación non especificado**

- Aplícase a presentacións nas que predominan os síntomas característicos do trastorno da comunicación que causan malestar clinicamente significativo ou deterioración no social, laboral ou outras áreas importantes de funcionamento, pero que non cumpren todos os criterios diagnósticos do trastorno da comunicación ou de ningún dos trastornos da categoría diagnóstica dos trastornos do neurodesenvolvemento.
- Utilízase en situacións nas que o clínico opta por non especificar o motivo de incumprimento dos criterios de trastorno da comunicación ou dun trastorno do neurodesenvolvemento específico, e inclúe presentacións nas que non existe suficiente información para facer un diagnóstico máis específico.

ANEXO 21.2. TRASTORNOS DA LINGUAXE. SIGNOS DE ALERTA SEGUNDO A IDADE⁷

Etapa prelingüística: 0 - 12 meses	Idade: 3 - 4 anos
<ul style="list-style-type: none"> - Succión deficitaria, atragoamento con líquidos (1 - 2 semanas). - Pranto débil (3 - 4 meses). - Non sorrí ante as caras ou voces familiares (3 meses). - Non imita ou produce sons (4 meses). - Non responde ou non se orienta cara aos sons ou á voz humana (5 meses). - Ausencia de sons (5 - 9 meses). - Non balbuce (8 meses). - Non presta interese aos xogos repetitivos, tales como o cucú (8 meses). - Non utiliza xestos como “adeus”, “palmitas” (12 meses). 	<ul style="list-style-type: none"> - Fala inintelixible fóra do seu contexto habitual. - Non imitación de sílabas. - Dificultade para emitir frases de dous elementos (incapacidade no uso de tres). - Falta de adxectivos ou pronomes. - Non realiza preguntas do tipo: Que? ou Onde? - Incapacidade para expresar o que está a dicir. - Comprensión limitada (non recoñece o uso de obxectos). - Incomprensión de frases fóra de contexto. - Non mostra interese en xogar con outros/as nenos/as. - Non pronuncia a sílaba ou a letra final das palabras (por exemplo, di “ga” en vez de “gato”). - Cústalle atopar a sílaba adecuada para expresar as súas ideas (confusión en vocabularios pertencentes á mesma familia: “culler, coitelo, cadeira, mesa”).
Idade: 0 - 24 meses	Idade: 4 - 5 anos
<ul style="list-style-type: none"> - Apenas balbuce ou se o fai hai pouca variación de sons. - Falta de resposta a nomes familiares, sen apoio xestual. - Non usa xestos tales como saudar, dicir adeus ou negar coa cabeza. - Non sinala para mostrar ou pedir. - Non sinala, mira ou toca obxectos denominados polo adulto (18 meses). - Non responde o seu nome. - Falta de resposta ás palabras como: dáme, mira, ven, etc. (18 meses). - Preferencias en uso de xestos en lugar de palabras ou vocalizacións. - Non usa expresións de dúas palabras aos dous anos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Non pronuncia ben na maioría dos sons da linguaxe. - Uso de frases de tres palabras ou menos. - Omisión de nexos, pronomes, artigos ou verbos nas frases. - Vocabulario reducido (uso de termos como “este”). - Non responde ao que? ou ao onde?, referidos a historias familiares. - Dificultade para narrar sucesos que lle ocorreron. - Ten dificultade en comprender, cando as frases son longas, complexas ou o seu significado é abstracto.
Idade: 2 - 3 anos	Idade: 5 - 6 anos
<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de palabras simples. - Uso de menos de catro ou cinco consoantes. - Non responde á denominación de obxectos ou accións familiares (sen apoio xestual), fóra de contexto. - Non comprende ordes simples (referidas a obxecto ou acción). - Inintelixibilidade da maior parte das súas producións. - Ausencia de combinación de dúas palabras. - Linguaxe ecolálico (repite todo o que di). - Falta de integración cos demais. - Xogo restrinxido ou repetitivo. - Frustración en situacións comunicativas. - Problemas na mastigación. - Falta de control no babeo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Persisten dificultades de articulación. - Erros na estrutura da frase. - Dificultade na comprensión de oracións. - Dificultade para responder ao “que, onde, de que, quen, por que”. - Dificultade na comprensión de conceptos como: en, dentro, enriba. - Dificultade en tarefas de atención sostida (escoita de contos). - Tartamudez.

ANEXO 21.3. TRASTORNOS DA APRENDIZAXE. SIGNOS DE ALERTA ^{11,12}

Dislexia	Discalculia
Educación infantil e primaria (ciclo inicial)	Educación infantil
<p>Dificultade para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aprendizaxe das letras • utilizar o nome das cores, letras e números • deletreo dos sons das palabras • automatizar secuencias verbais (días da semana). <p>Lectura con frecuentes erros e escritura con numerosas faltas de ortografía.</p>	<p>Dificultade para</p> <ul style="list-style-type: none"> • comprender termos como “máis que, menos que...” • a correspondencia 1 a 1 • establecer a correspondencia no símbolo numérico e a cantidade que representa. • recoñecer números do 1 - 9 • a automatización do conteo • realizar sumas simples.
Educación primaria (ciclo medio e superior) e secundaria	Educación primaria
<p>Lectura lenta e pouco automatizada.</p> <p>Dificultade en</p> <ul style="list-style-type: none"> • aplicación de normas ortográficas • automatizar secuencias verbais (táboa de multiplicar). <p>Detrimento da comprensión</p>	<p>Dificultade en</p> <ul style="list-style-type: none"> • ler e escribir números. Recoñecer o valor de 0 segundo a súa posición. Contar de 2 en 2, 3 en 3... • comprender medias e cuartos, dobre e metade • aprender a táboa de multiplicar • comprender o concepto de decena, unidade • manexo de unidades de tempo, lonxitude, peso...
Adolescencia	Educación secundaria
<p>Baixa velocidade lectora.</p> <p>Pouco dominio ortográfico.</p> <p>Dificultade na organización de ideas.</p>	<p>Dificultade en entender fraccións, manexo de diñeiro, resolución de problemas, ler e escribir cantidades grandes.</p>
Trastorno da aprendizaxe non verbal (TANV)	
<p>Torpeza motriz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deporte: nadar, xutar, botar unha pelota, saltar, ir en bicicleta... • Escola: debuxar, escribir, recortar, poñer a bata... • Vida cotiá: vestirse, abotoar, facer os lazos dos zapatos, poñer a mesa... <p>Funcións visoespaciais e visoconstrutivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dificultade para copiar do encerado. • Colocación errónea dos números nas operacións matemáticas. • Escasa habilidade para o debuxo, mala presentación dos traballos. • Dificultade para orientarse nos mapas. <p>Área social e adaptativa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cústalles manter as relacións sociais xa que non interpretan ben a información non verbal. 	

ANEXO 21.4. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DOS TRASTORNOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAXE²

A. Dificultade na aprendizaxe e na utilización das aptitudes académicas, evidenciada pola **presenza de polo menos un dos seguintes síntomas que persistiron polo menos durante 6 meses**, malia intervencións dirixidas a estas dificultades:

1. Lectura de palabras imprecisa ou lenta e con esforzo (p. ex. le palabras soltas en voz alta incorrectamente ou con lentitude e vacilación, con frecuencia adiviña palabras, dificultade para expresar ben as palabras).
2. Dificultade para comprender o significado do que le (p. ex. pode ler un texto con precisión pero non comprende a oración, as relacións, as inferencias ou o sentido profundo do que le).
3. Dificultades ortográficas (p. ex. pode engadir, omitir ou substituír vogais ou consonantes).
4. Dificultades coa expresión escrita (p. ex. fai múltiples erros gramaticais ou de puntuación nunha oración, organiza mal o parágrafo, a expresión escrita de ideas non é clara).
5. Dificultades para dominar o sentido numérico, os datos numéricos ou o cálculo (p. ex. comprende mal os números, a súa magnitude e as súas relacións, conta cos dedos para sumar números dun só díxito en lugar de recordar a operación matemática como fan os seus iguais, pérdese no cálculo aritmético e pode intercambiar os procedementos).
6. Dificultades co razoamento matemático (p. ex. ten gran dificultade para aplicar os conceptos, feitos ou operacións matemáticas para resolver problemas cuantitativos).

B. As **aptitudes académicas están substancialmente afectadas** e en grao cuantificable por baixo do esperado para a idade cronolóxica da persoa e interfíren significativamente co **rendemento académico ou laboral**, ou con actividades da vida cotiá, que se confirman con medidas (probos) estandarizadas administradas individualmente e cunha avaliación clínica integral. En individuos de 17 e máis anos, a historia documentada das dificultades da aprendizaxe pódese substituír pola avaliación estandarizada.

C. As dificultades de aprendizaxe **comezan na idade escolar**, pero poden non manifestarse totalmente ata que as demandas das aptitudes académicas afectadas superan as capacidades limitadas da persoa (p. ex. en exames cronometrados, a lectura ou escritura de informes complexos e longos para unha data límite inaprazable ou tarefas académicas excesivamente pesadas).

D. As dificultades de aprendizaxe **non se explican mellor por discapacidades intelectuais, trastornos visuais ou auditivos non corrixidos, outros trastornos mentais ou neurolóxicos, adversidade psicosocial, falta de dominio na linguaxe de instrución académica ou directrices educativas inadecuadas**.

Nota: Hanse de cumprir os catro criterios diagnósticos baseándose nunha síntese clínica da historia da persoa (do desenvolvemento, médica, familiar, educativa), informes escolares e avaliación psicoeducativa.

Nota de codificación: especificar todas as áreas académicas e subaptitudes alteradas. Cando máis dun área está alterada, cada unha delas codificarase individualmente de acordo cos seguintes especificadores.

Especificar se:

Con dificultades na lectura (dislexia):

- Precisión na lectura de palabras.
- Velocidade ou fluidez da lectura.
- Comprensión da lectura.

Con dificultade na expresión escrita:

- Corrección ortográfica.
- Corrección gramatical e da puntuación.
- Claridade ou organización da expresión escrita.

Con dificultade matemática (discalculia):

- Sentido dos números.
- Memorización de operacións aritméticas.
- Cálculo correcto ou fluído.
- Razoamento matemático correcto.

Especificar a gravidade actual:

Leve: algunhas dificultades coas aptitudes de aprendizaxe nunha ou dúas áreas académicas, pero suficientemente leves para que a persoa poida compensalas ou funcionar ben cando recibe unha adaptación adecuada ou servizos de axuda, especialmente durante a idade escolar.

Moderada: dificultades notables coas aptitudes de aprendizaxe nunha ou máis áreas académicas, de maneira que a persoa ten poucas probabilidades de chegar a ser competente sen algúns períodos de ensino intensivo e especializado durante a idade escolar. Pódese necesitar algunha adaptación ou servizos de axuda polo menos durante unha parte do horario na escola, no lugar de traballo ou na casa para realizar as actividades de forma correcta e eficaz.

Grave: dificultades graves nas aptitudes de aprendizaxe que afectan a varias áreas académicas, de maneira que a persoa ten poucas probabilidades de aprender esas aptitudes sen ensino constante, intensivo, individualizado e especializado durante a maior parte dos anos escolares. Incluso con diversos métodos de adaptación e servizos adecuados na casa, na escola ou no lugar de traballo, a persoa pode non ser capaz de realizar con eficacia todas as actividades.

ANEXO 21.5: TEST PARA A DETECCIÓN TEMPERÁ DAS DIFICULTADES NA APRENDIZAXE DA LECTURA E ESCRITURA (VERSIÓN ORIXINAL EN CASTELÁ)¹⁵.

Nombre y apellidos

Fecha de nacimientoFecha de aplicación de la prueba

1. Discriminación de fonemas (pares mínimos). “Vamos a hacer un juego. Te voy a decir dos palabras y tienes que decirme si son iguales o diferentes, si las dos palabras son la misma o no. Fíjate bien: Gol-gol (son iguales), dar-bar (son muy parecidas, pero no son iguales, son diferentes). Ahora te toca a ti:

coz-coz..., mil-mis... ¡Muy bien, seguimos!”.

pan-paz • luz-luz • pez-tez • cal-col • fin-fin

Total:

2. Segmentación de sílabas. “Ahora tienes que dar palmas. Mira cómo hago yo: casa casa; ahora una más larga: ventana: ven-ta-na. Ahora te toca a ti,

dedo: vaso:..... ¡Muy bien!”

pera • lazo • cometa • oveja • mariposa

Total:

3. Identificación de fonema. “Voy a decirte un sonido /r/, repítelo conmigo. Ahora dime si lo oyes en estas palabras. ¿Está /r/ en zorro? (sí); ¿Oyes /r/ en la palabra pelo? (no). Seguimos con otras palabras...”.

carro • sillón • ratón • rojo • piña

Total:

4. Repetición de pseudopalabras. “Este juego consiste en repetir. Tienes que repetir unas palabras que no existen, porque me las he inventado. ¿Vale? Repite lo que yo digo: jepo, socata... ¡Muy bien,

¿estás listo para continuar?

nigo • muspe • diplo • tingano • pelagro

Total:

5. Repetición de dígitos. “Te voy a decir unos números y tienes que repetírmelos. Presta mucha atención para no fallar”.

8	5
1 - 6	7 - 2
5 - 2 - 1	6 - 4 - 8
5 - 3 - 1 - 8	3 - 7 - 4 - 1
4 - 1 - 8 - 3 - 9	6 - 3 - 2 - 5 - 8

Total:

6. Fluidez verbal. Nombres de animales. “¿Cuál es tu animal favorito?... Perfecto, pues ahora dime todos los animales que se te ocurran”.

Número de animales:

Total:

Puntuación total (sobre 30):

Instrucciones para la aplicación y puntuación de las tareas predictoras de la lectura Esta prueba evalúa una serie de habilidades relacionadas con la adquisición de la lectura: conciencia silábica, discriminación de fonemas, memoria fonológica, fluidez verbal. La prueba consta de seis tareas; cada una de ellas tendrá una puntuación máxima de 5 puntos, con lo cual el total de la prueba serán **30 puntos**.

El tiempo de administración es de aproximadamente **cinco minutos**.

Cada tarea tiene unas instrucciones orientativas, pero a veces se requieren explicaciones complementarias para que el niño o la niña comprendan lo que se le pide.

- **Discriminación de fonemas.** El niño tiene que decir si dos palabras son iguales o diferentes, para ello se le ponen ejemplos de dos palabras iguales (mano-mano) y de dos palabras diferentes (mano-león). Es una tarea que no les resulta difícil de entender. *Puntuación:* se pone un punto por cada par bien realizado.
- **Segmentación de sílabas.** En esta tarea se mide la conciencia de sílaba y el niño tiene que segmentar la palabra en sílabas, dando palmas o golpes en la mesa. Se le pondrán varios ejemplos, los que vienen en las explicaciones, su nombre, el nombre de su madre y se continúa con los ítems del test. *Puntuación:* se pone un punto por cada palabra bien segmentada.
- **Identificación de fonemas.** Se valora la capacidad de discriminar fonemas dentro de una palabra. Al niño se le indica que tiene que decirnos si oye un sonido (fonema /r/) dentro de una palabra. Se le dice el fonema aislado y se le manda que lo reproduzca él (en algunos casos el niño no tendrá una pronunciación perfecta del fonema), luego se le ponen ejemplos de palabras que llevan ese fonema: arrrrroz, rrrramón, rrrríó. Luego se pasa a la tarea. *Puntuación:* se pone un punto por cada palabra.
- **Repetición de pseudopalabras.** Esta tarea es muy sencilla. El niño tiene que repetir sin más. *Puntuación:* se pondrá un punto por cada pseudopalabra correctamente repetida.
- **Repetición de dígitos.** Se trata de medir la memoria fonológica. El niño tiene que repetir series de números; se comienza con un número, si lo repite bien se pasa a dos, después a tres. Si falla se le da otra oportunidad con la serie de la segunda columna. Si fracasa en los dos intentos se interrumpe la prueba y se anota el número de dígitos que ha conseguido repetir. Se presentan al ritmo de un número por segundo. *Puntuación:* la puntuación se corresponderá con el mayor número de dígitos repetido correctamente.
- **Fluidez verbal.** En un minuto el niño debe nombrar todos los animales que se le ocurran. Se anotará el número de animales dichos. *Puntuación:* se puntuará según el número de animales. 0 - 1: 0 puntos; 2 - 3: 1 punto; 4 - 5: 2 puntos; 6 - 7: 3 puntos; 8 - 9: 4 puntos; 10 o más: 5 puntos.

La **puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones parciales de las seis tareas:**

- Entre 27 y 30 puntos: buen rendimiento.
- Entre 18 y 27 puntos: normal.
- Entre 16 y 18 puntos: dificultades leves.
- Menos de 16 puntos: dificultades severas

BIBLIOGRAFÍA

1. García Cruz JM, González Lajas JJ. Trastornos del lenguaje y de la comunicación. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), editor. Guía de algoritmos en pediatría de atención primaria: Lúa ediciones 3.0; 2018. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/49/trastornos-del-lenguaje-y-de-la-comunicacion>.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2014.
3. Pérez Pedraza P, Salmerón López T. Desarrollo de la comunicación y del lenguaje: indicadores de preocupación. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8:679-93.
4. Aguilera Albasa S, Orellana Ayala CE. Trastornos del lenguaje. Pediatr Integral. 2017;XXI(1):15-22.
5. Moreno-Flagge N. Trastornos del lenguaje. Diagnóstico y tratamiento. Rev Neurol. 2013;57(1):S85-94.
6. Moriano-Gutiérrez A, Colomer-Revuelta J, Sanjuán J, Carot-Sierra JM. Variables ambientales y genéticas relacionadas con alteraciones en la adquisición del lenguaje en la infancia. Rev Neurol. 2017;64(1):31-7.
7. González Lajas JJ, García Cruz JM. Trastornos del lenguaje y la comunicación. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, editor. Congreso de actualización pediatría. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 569-77.
8. Peñafiel Puerto M. Indicadores tempranos de los trastornos del lenguaje. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, editor. Curso de actualización pediatría. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015. p. 291-203.
9. Aguilera Albasa S, Busto Crespo O. Trastornos del lenguaje. Pediatr Integral. 2012;XVI(9):683-90.
10. García Cruz JM, González Lajas JJ. Trastorno específico del aprendizaje. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), editor. Guía de algoritmos en pediatría de atención primaria: Lúa ediciones 3.0; 2017 Disponible en:

<https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/28/trastorno-especifico-del-aprendizaje>.

11. Sans A, Boix C, Colomé RR, Colomé A, López-Sala A, Sanguinetti A. Trastornos del aprendizaje. *Pediatría Integral*. 2017;XXI(1):23-31.
12. Gassió Subirachs R, Colomé Roura R. Trastornos del aprendizaje. En: Cruz M, director. *Manual de Pediatría*. 4ª ed. Madrid: Ergón; 2020. p. 1290-3.
13. Consellería de Educación, Universidade e Formación Profesional. Protocolo para a intervención psicoeducativa da dislexia e/ou outras dificultades específicas da aprendizaxe. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2019. Disponible en: https://www.edu.xunta.gal/portal/sites/web/files/content_type/learningobject/2020/01/29/b1f7a5a38ba6d61c7692d3fff8ca53bd.pdf.
14. Cuetos F, Molina MI, Suárez-Coalla P, Llenderrozas MC. Validación del test para la detección temprana de las dificultades en el aprendizaje de la lectura y escritura. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2017;19:241-6.
15. Cuetos F, Suárez-Coalla P, Molina MI, Llenderrozas MC. Test para la detección temprana de las dificultades en el aprendizaje de la lectura y escritura. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2015;17(66):e99-e107.

22. A prevención nos problemas de saúde mental

Autores: Daniel Núñez Arias, María Tajés Alonso e Yolanda Triñanes Pego

22.1. INTRODUCCIÓN

A saúde mental é aquel estado de benestar emocional no que a persoa é consciente das súas propias capacidades, pode afrontar as tensións normais da vida, traballar de xeito frutífero e contribuír a súa comunidade^{1,2}. Desde este punto de vista, a promoción da saúde mental é un factor clave, tanto para as persoas como para a sociedade.

Debido a que a maioría dos trastornos mentais comezan na infancia e na adolescencia, a prevención nesta etapa da vida é fundamental^{3,4}.

A prevención dos trastornos mentais debe incidir en aqueles determinantes que teñen unha influencia causal ou predispoñen ao seu padecemento, en aumentar a dispoñibilidade e/ou a influencia dos factores protectores e en reducir a probabilidade de que os nenos e nenas desenvolvan ou progresen cara unha psicopatoloxía. Os factores de risco están asociados a unha maior probabilidade de presentar a enfermidade, ou a que esta se presente de xeito máis prolongado ou grave. Os factores protectores incrementan a resistencia das persoas a estes factores de risco e aos trastornos^{1,5} ([Táboas 22.1](#) e [22.2](#)).

Existe unha forte evidencia sobre como inflúen os factores de risco e de protección do debut dos trastornos mentais. Poden ser factores de índole individual, familiar, social, económico e do medio ambiente. A presenza dun único factor de risco non adoita levar ao padecemento dun trastorno; adoita ser preciso o efecto acumulativo de varios factores de risco e a ausencia de factores protectores¹.

A atención á saúde mental dos/das menores implica tamén ao conxunto de intervencións levadas a cabo para favorecer o desenvolvemento social, emocional e persoal, e polo tanto non debe entenderse exclusivamente como a atención aos trastornos psiquiátricos.

A atención primaria (AP) é o ámbito idóneo para a abordaxe preventiva dos problemas psicosociais e os trastornos mentais, por tres razóns^{6,7}:

- A primeira, porque probablemente sexa, xunto coa escola, o dispositivo co que contactan maior número de persoas ao longo do ano e da vida de cada un/unha deles/as.
- En segundo lugar, porque múltiples investigacións apuntan a que os/as adolescentes con trastornos mentais ou conflitos psicosociais consultan de forma repetida con AP.
- En terceiro lugar, porque, a niveis pragmático e sanitario, os/as profesionais de AP teñen coñecemento do contexto e da situación familiar e poden detectar precozmente situacións de risco nas consultas programadas de saúde infantil.

Isto xunto coa capacidade do persoal sanitario de levar a cabo intervencións promotoras do benestar psicolóxico, outórganlle un papel prioritario na prevención e detección de posibles problemas ou trastornos mentais.

Algunhas estimacións apuntan a que actualmente, aproximadamente o 30 % das consultas de pediatría fan referencia a dúbidas ou conflitos sociolóxicos ou psicosociais propios das familias, ademais de dúbidas e conflitos de crianza, de desenvolvemento ou de condutas que cómpre promover ou evitar.

Táboa 22.1. Factores de risco de enfermidade mental infanto-xuvenil

<p>Asociados á concepción e xestación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Xestación en nais adolescentes. • Verbalización de non desexar a xestación ao final da mesma. • Fillos/as concibidos/as tras agresións sexuais. • Morte de irmáns/ás ou familiares directos durante a xestación. • Embarazo de risco. • Enfermidades materno-fetais graves. • Consumo de substancias psicoactivas (tabaco, alcohol, cánnabis...). • Ausencia de seguimento de coidados perinatais. • Depresión perinatal.
<p>Circunstancias perinatais adversas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Partos gravemente distócicos. • Prematuridade. • Sufrimento fetal/perinatal. • Recentemente nado/a con malformacións ou enfermidades conxénitas. • Separación prolongada nai - bebé. • Hospitalización prolongada nai/recentemente nado/a.
<p>Trazos temperamentais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidade ou tristura relevante. • Alteracións no sono, alimentación ou hábitos de evacuación persistentes. • Reaccións excesivas a estímulos. • Dificultades de adaptación aos cambios ambientais. • Inhibición condutual. • Retraemento social. • Rexeitamente ao descoñecido. • Vinculación ansiosa á nai ou figura de apego.
<p>Enfermidades crónicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asma, obesidade, diabetes, epilepsia. • Déficits sensoriais ou enfermidades do SNC. • Enfermidades metabólicas que orixinan déficit funcional ou importante ansiedade nos proxenitores.
<p>Acontecementos vitais traumáticos ou estresantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falecemento de familiares de primeiro grao ou persoas achegadas. • Separación dos proxenitores. • Hospitalización prolongada do/da menor ou dos seus proxenitores. • Cambios ou dificultades escolares. • Acoso escolar (<i>bullying, cyberbullying</i>). • Ausencias prolongadas dun dos proxenitores, familias monoparentais. • Crise socioeconómica familiar.

Táboa 22.1. Factores de risco de enfermidade mental infanto-xuvenil

Factores de risco familiares ou características dos pais e nais	<ul style="list-style-type: none"> • Apego ansioso, rexeitamento primario ou secundario. • Trastornos mentais graves (trastornos delirantes, esquizofrenia, trastornos afectivos, intentos de suicidio, trastornos da personalidade). • Abuso de substancias psicoactivas (alcohol, cánnabis...). • Neglixencia, abandono. • Violencia doméstica. • Falta de contacto afectivo e lúdico.
---	--

Fonte: elaboración propia.

Táboa 22.2. Factores protectores de enfermidade mental

Socioeconómicos e ambientais	<ul style="list-style-type: none"> • Participación social. • Acceso a servizos sociais de apoio.
Persoais	<ul style="list-style-type: none"> • Boa capacidade de afrontamento do estrés. • Boa capacidade de adaptación aos cambios. • Axeitada estimulación cognitiva e social. • Exercicio físico. • Apego seguro. • Parentalidade positiva. • Adestramento no manexo de conflitos. • Adestramento no manexo do estrés. • Soporte social e familiar axeitado. • Boa autoestima

Fonte¹: World Health Organization (WHO). Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy supports. Summary report. Geneva: WHO; 2004. Dispoñible en: https://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf.

Unha inadecuada abordaxe dos problemas relacionados coa saúde mental dos nenos e nenas redonda no sufrimento da persoa e da súa familia, así como no menoscabo do funcionamento escolar e social, e nunha maior utilización dos servizos sanitarios e sociais⁷. Máis da metade dos problemas de saúde mental na poboación xeral iníciáanse na infancia, existindo unha continuidade entre esta situación e os trastornos de saúde mental na idade adulta⁴. En España estímase que o 1 % dos/das menores presentarán un trastorno relacionado coa saúde mental, e que o 2,2 % terán algún trastorno de conduta⁸. A prevalencia é maior na adolescencia que na nenez⁹. Na [Táboa 22.3](#) preséntanse os trastornos mentais máis frecuentes segundo grupo de idade.

Táboa 22.3. Trastornos mentais máis frecuentes segundo grupo de idade no ámbito pediátrico	
Preescolar	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno do neurodesenvolvemento. • Trastornos do vínculo e da comunicación. • Trastornos da linguaxe. • Alteracións en funcións: sono, alimentación, control de esfínteres.
Escolares	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos da conduta. • Trastornos da aprendizaxe. • Trastornos do neurodesenvolvemento. • Trastornos de ansiedade.
Adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de tóxicos. • Trastornos afectivos. • Trastornos da conduta alimentaria.

Fonte⁹: modificado de Carballal Mariño M, Gago Ageitos A, Ares Álvarez J, Del Rio Garma M, García Cendón C, Goicoechea Castaño A, et al. Prevalencia de trastornos del neurodesarrollo, comportamiento y aprendizaje en atención primaria. An Pediatr (Barc). 2018;89:153-61.

22.2. PROMOCIÓN DA SAÚDE MENTAL E PREVENCIÓN PRIMARIA DOS SEUS TRASTORNOS

22.2.1. IDENTIFICACIÓN DOS SINAIS DE ALERTA

Os sinais de alerta son datos que lle serven ao persoal sanitario responsable da atención do/da neno/a ou adolescente, como identificador de que a situación non segue un curso normalizado e é necesario un seguimento máis estrito, pola posibilidade de desenvolver un trastorno mental. Estes datos poden partir dunha demanda directa dos proxenitores ou acompañantes do/da paciente, ou a través da anamnese dos/das profesionais.

Fonte de información: nas primeiras etapas da vida, os signos de alerta poden identificarse durante as revisións periódicas do Programa de saúde infantil. Na segunda etapa os signos poden ter orixes máis variadas (por exemplo a familia ou o ámbito educativo). Durante a adolescencia éntrese nun período complexo, tanto polas peculiaridades propias das condutas desta etapa, como pola diminución na frecuentación das consultas sanitarias.

Signos e síntomas de alerta: é importante ter en conta que no ámbito da saúde mental non existe ningún signo ou síntoma que poida ser considerado patognomónico dun trastorno específico, polo que o persoal facultativo debe ter cautela á hora de establecer un diagnóstico de certeza. A regra xeral fala dunha serie de síntomas e signos, mantidos no tempo, que non corresponden co desenvolvemento habitual da personalidade e non responden a recomendacións convencionais ([Anexo 22.1](#)).

Debido á súa prevalencia e importancia, consideramos axeitado realizar unha mención especial nesta epígrafe á **depresión infanto-xuvenil**. Actualmente non hai evidencia suficiente para implementar un programa de cribado universal no ámbito de AP. Non obstante, debido a que adoita infradiagnosticarse e á relación con condutas suicidas, é recomendable que o persoal sanitario de AP estea familiarizado no recoñecemento de síntomas depresivos, na aplicación de técnicas psicoterapéuticas básicas, e teñan unha vía de coordinación áxil cos servizos de saúde mental infanto-xuvenil¹⁰.

22.2.2. INTERVENCIÓN

A clave, como xa avanzamos na epígrafe previa é a detección daqueles casos nos que existe un sufrimento ou malestar psicolóxico por parte do/da neno/a ou adolescente (por un acontecemento traumático, por unha acumulación de factores de risco, por unha vulnerabilidade especial, ou por un trastorno afectivo) e avaliar a capacidade tanto por parte do/da paciente, como dos familiares e o contorno para facerlle fronte. Unha vez detectado, as intervencións variarán en función da sospeita diagnóstica.

A intervención virá da man de coñecer: como está afectándolle ao/á neno/a ou adolescente a situación (a través da anamnese), a súa vulnerabilidade e os recursos cos que conta para afrontala. Resulta tamén imprescindible traballar coas familias ou persoal coidador, tanto para obter outro punto de vista da situación, como para informar da existencia do problema, das estratexias a seguir e facer recomendacións ao respecto. A maiores da familia ou coidadores/as, a información dos gabinetes psicopedagóxicos das escolas, poden orientar a coñecer a repercusión que está a ter no ámbito educativo e a poñer en marcha intervencións integrais e holísticas coa participación do persoal sanitario, os propios nenos e nenas, as súas familias ou persoas achegadas e o ámbito educativo.

A coordinación cos servizos de saúde mental e os servizos sociais tamén será crucial para unha atención integral e coordinada^{11,12}.

22.3. RECOMENDACIÓNS

Reflexionar na historia clínica a existencia de factores de risco ([Táboa 22.1](#)), especialmente de antecedentes familiares de trastorno mental, mostrando especial atención á psicose, aos trastornos adictivos e aos trastornos afectivos¹⁰.

Ante a sospeita dun problema emocional, trastorno mental ou situación de risco psicosocial, favorecer un espazo que permita recoller directamente do/da menor información sobre as súas vivencias e experiencias e favorecer o diálogo sobre o malestar psicolóxico¹³.

Ofrecer información que axude a entender os problemas de saúde mental e poñer en marcha intervencións adaptadas ao ámbito de AP (por exemplo psicoeducación, técnicas de autoaxuda)¹⁰.

Identificar sinais de alerta segundo o período evolutivo no que se atope o/a neno/a, facendo especial énfase en aqueles relacionados cos trastornos mentais máis frecuentes ([Táboa 22.3](#), [Anexo 22.1](#)).

Establecer canles de comunicación para a coordinación con outros/as profesionais do sistema sanitario (especialmente unidades de saúde mental infanto-xuvenil) e axentes involucrados (ámbito educativo, servizos sociais...), co obxectivo de ofrecer unha atención integral e coordinada e garantir a continuidade dos coidados^{6,14}.

ANEXOS

ANEXO 22.1: SINAIS DE ALERTA PSICOPATOLÓXICAS^{6,14,15,16}

SINAIS DE ALERTA PSICOPATOLÓXICAS NO NEONATO, O/A LACTANTE E O/A NENO/A DE IDADE PREESCOLAR (0 - 4 ANOS)

- Desviacións respecto ao Programa de saúde infantil: dependendo da duración e intensidade da desviación e o medio sociocultural.
- Trastornos da alimentación e da deglutición.
 - Inapetencia persistente.
 - Atraso na alimentación con sólidos.
 - Vómitos ou regurxitacións reiteradas.
 - Pica.
 - Neno/a que habitualmente é forzado a alimentarse.
- Trastornos do sono: insomnio ou hipersomnia persistentes.
- Trastornos da comunicación e a relación.
 - Non ri, non mira, non fala (segundo os límites sinalados no Programa de saúde infantil).
 - Non responde aos estímulos sociais.
 - É difícil de calmar, baixa tolerancia á frustración: choro superior a tres horas.
- Evidencia de malos tratos.
- Atraso no desenvolvemento psicomotor, da fala ou da linguaxe.
 - Movementos estereotipados e repetitivos.

- Atrasos significativos no desenvolvemento da fala (expresivos, receptivos ou mixtos).
- Anomalías no xogo e na escolaridade precoz:
 - Problemas cos/coas compañeiros/as (agresividade excesiva, illamento, etc.).
 - Problemas crónicos na gardaría ou escolarización precoz.
- Circunstancias dos proxenitores, xerais ([Táboa 22.1](#)) e específicas desta idade.
- Condutas inadecuadas dos proxenitores respecto aos coidados de alimentación, sono e control dos esfínteres.

SINAIS DE ALERTA PSICOPATOLÓXICAS NO NENO E NENA DE IDADE ESCOLAR (5 - 11 ANOS)

- Hipercinesia.
 - Alteracións da atención.
 - Movemento excesivo.
- Impulsividade.
- Signos depresivos.
 - Tristeza.
 - Apatía.
 - Irritabilidade.
- Trastornos da comunicación/relación.
 - Desconexión da realidade.
 - Illamento cos/coas compañeiros/as ou cos proxenitores.

- Agresividade e outros problemas relacionados cos/coas compañeiros/as ou cos proxenitores.
- Trastornos por ansiedade.
- Fobias.
- Rituais obsesivos.
- Trastornos do sono ou de ir durmir, mantidos.
- Manifestacións somáticas de trastornos emocionais.
 - "Queixas de dor de cabeza" e cefaleas.
 - Abdominalxias.
 - Vómitos e náuseas.
 - Alteracións do control dos esfínteres.
 - Síntomas conversivos e "preconversivos".
- "Afección ou vinculación ansiosa", con "dependencia excesiva".
 - "Vinculación ansiosa" cara á nai.
- Atraso nas adquisicións progresivas da autonomía.
- Factores dependentes dos proxenitores, xerais ([Táboa 22.1](#)) e específicos desta idade.
 - Condutas dos proxenitores non adecuadas á idade do/da neno/a.
 - Proxenitores que non saben orientar o desenvolvemento, as necesidades ou os límites do/da neno/a neste período.
 - Ausencia de pai ou nai que sirvan como modelo de identificación.
 - Proxenitores que non toleran a autonomía progresiva do neno/a.

- Fracaso escolar con disharmonías evolutivas.
 - En todas ou case todas as materias.
 - Máis de dúas repeticións.
 - Disociación importante e mantida entre materias ou entre as materias que implican linguaxes e o resto.
 - Inhibición e bloqueo intelectual global.

SINAIS DE ALERTA PSICOPATOLÓXICA NO/NA PÚBER E O/A ADOLESCENTE (12 - 16 ANOS)

- Trastornos da conduta.
 - Agresividade en grupo ou illada.
 - Condutas antisociais.
- Trastornos emocionais
 - Depresión.
- Trastornos da alimentación.
 - Anorexia.
 - Bulimia.
 - Dietas restritivas e ritualizadas.
 - Obsesión por adelgazar.
- Trastornos por ansiedade.
 - Fobias.
 - Obsesións e compulsións.
 - Crises de angustia.

- Manifestacións somáticas de trastornos emocionais.
 - "Queixas de dor de cabeza" e cefaleas.
 - Abdominalxias.
 - Vómitos e náuseas.
 - Alteracións do control dos esfínteres.
- Drogodependencia ou abuso de drogas.
- Trastornos na comunicación ou relación.
 - Conflitos destrutivos con violencia.
 - Abandono do fogar.
- Nenos/as con problemas coa xustiza.
 - Nenos/as con protección xudicial.
- Factores dependentes dos proxenitores, xerais ([Táboa 22.1](#)) e específicos desta idade.
 - Proxenitores con importantes problemas de intolerancia polas crises da adolescencia.
 - Proxenitores que non aceptan a autonomía progresiva dos fillos.
 - Proxenitores que necesitan separarse do/da neno/a ou que lle fan unha demanda excesiva de autonomía.
 - Proxenitores que negan radicalmente os conflitos co/coa fillo/a.
 - Choques relacionais, destrutivos ou con violencia, reiterados, entre un proxenitor e o/a fillo/a.
 - Funcións parentais substituídas.
- Circunstancias socioeconómicas graves da familia.

- Fracaso escolar.
 - Repeticións ou expulsións definitivas.
 - Rapaces e rapazas illados/as na casa, sen cursar estudos e sen traballar.
 - "Hiperresponsabilidade" e focalización excluínente nos estudos.
- Aborto na adolescencia.
- Alta frecuentación ou demanda espontánea de axuda psicolóxica nos equipos de AP, sociais ou de saúde mental.
 - Alta frecuentación aos servizos sanitarios, centros de saúde mental ou servizos sociais.
 - Neno/a que acode "para o mesmo" repetidamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization (WHO). Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy supports. Summary report. Geneva: WHO; 2004. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf.
2. World Health Organization (WHO). Mental health: strengthening our response. Geneva: WHO; 2018. Disponible en: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
3. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(10):972-86.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
5. O'Loughlin K, Althoff RR, Hudziak JJ. Health promotion and prevention in child and adolescent mental health. En Rey JM, editor. *IACAPAP e-Textbook of child and adolescent mental health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2017. Disponible en: <https://iacapap.org/content/uploads/A.14-PREVENTION-2017.pdf>.
6. Buitrago Ramirez F, Ciurana Misolb R, Chorcrón Bentatac L, Fernández Alonso C, García Compay J, Montón Francof C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Aten Primaria*. 2018;50(1):83-108.
7. Friedman RM, Katz-Leavy JW, Manderscheid RW, Sondheimer DL. Prevalence of serious emotional disturbance in children and adolescents. En: Manderscheid RW, Sonnenschein MA, editores. *Mental Health, United States*. Rockville, MD: US Dept Health Human Services; 1996. p. 71–89.
8. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta nacional de salud España 2011/2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2014.

Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>.

9. Carballal Mariño M, Gago Ageitos A, Ares Álvarez J, Del Rio Garma M, García Cendón C, Goicoechea Castaño A, et al. Prevalencia de trastornos del neurodesarrollo, comportamiento y aprendizaje en atención primaria. *An Pediatr (Barc)*. 2018;89(3):153-61.

10. Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia. Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y la adolescencia. Actualización. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de asesoramiento científico-técnico (Avalia-t); 2018. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl.pdf.

11. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; Committee on Health Care Access and Economics Task Force on mental health. Improving mental health services in primary care: reducing administrative and financial barriers to access and collaboration. *Pediatrics*. 2009;123:1248-51.

12. Fernández Alonso MC, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, García Campayo L, Montón Franco C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental. *Aten Primaria*. 2012;44(1):52-6.

13. March R. Claves para la intervención con menores acogidos en recursos residenciales, que presentan conductas problemáticas. *Intervención Psicosocial*. 2007;16(2):213-27.

14. Jiménez Pascual A. Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2002;XXII(82):115-26.

15. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Recomendaciones para la atención a los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2004.

16. Consejería de Sanidad. Programa de atención a la salud mental infanto-juvenil de la

Comunidad de Canarias. Las Palmas: Gobierno de Canarias; 2006. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/411a613b-f82c-11dd-b1fa-a5269341ea94/Salud_mental.pdf.

23. Prevención e abordaxe dos trastornos da conduta alimentaria

Autores: David Fachal Vázquez, Tania Isabel Blanco Pena e Lucía Rivas Arribas

23.1. INTRODUCCIÓN

Os trastornos da conduta alimentaria (TCA) implican problemas de saúde con importantes repercusións para o desenvolvemento biolóxico, psicolóxico, social e familiar dos/das nenos/as e adolescentes que o padecen¹.

A súa prevalencia e incidencia dependen do tipo de trastorno, da idade de presentación, da etapa do desenvolvemento evolutivo e do xénero. A nivel global pódese afirmar que estes trastornos aumentaron claramente nas últimas décadas, pasando de ser unha epidemia de baixa intensidade nos países desenvolvidos a unha pandemia sinónima de globalización. Os datos epidemiolóxicos indican unha prevalencia entre o 1 e o 10 % e a literatura médica está de acordo en que existe un risco xenético de padecer un trastorno da conduta alimentaria².

Os/as profesionais de pediatría de atención primaria (AP) teñen un papel crucial na prevención, detección e diagnóstico precoz dos trastornos alimentarios.

23.1.1. EVOLUCIÓN DA ALIMENTACIÓN EN NENOS/AS E ADOLESCENTES

A alimentación é o acto relacional por excelencia. A satisfacción mutua de nai e fillo/a, así como o éxito na tarefa de alimentar e coidar, determinará a velocidade de crecemento, o desenvolvemento psicomotor e emocional, permitindo a creación do vínculo. É preciso ter en conta que desde as primeiras etapas, o corpo supón unha canle de expresión do malestar psicolóxico, moito antes que a linguaxe, o que acontece a través de síntomas físicos como a dor, o prurito, os vómitos ou a falta de apetito¹.

- Fitos do desenvolvemento evolutivo¹:

- Primeiro ano:
 - Lactación: definida pola relación de reciprocidade entre nai e fillo/a; establécese o estilo de alimentación do/da neno/a (apetitoso, pasivo, irritable, voraz) e a resposta da nai a dito patrón.
 - Inxesta de alimentos sólidos: a partir dos 6 meses, coa aprendizaxe das características organolépticas dos alimentos: texturas e novos sabores. Pode que xurdan dificultades "no paso a alimentos sólidos" e constituír síndromes clínicos (por exemplo, anorexia nerviosa infantil).
 - Nesta fase poden aparecer síntomas de refluxo gastroesofáxico e vómitos persistentes, que constitúen un motivo de consulta pediátrica común.
- Segundo ano: desenvolvemento de rituais en relación coa comida, aclarando o interese e o apetito (ou non) pola comida. Aparece o "non", tamén cara aos novos alimentos (neofobia) que se produce progresivamente.
- Entre o terceiro e o quinto ano: adquisición progresiva de autonomía para escoller algúns alimentos; xorden preferencias alimentarias que deben ser reguladas.
- En idade escolar (6 - 13 anos): autonomía case completa e acceso relativamente libre á comida dispoñible. Poden aparecer condutas desafiantes ou retadoras relacionadas coa comida. O individuo interioriza progresivamente a imaxe do

propio corpo en canto a estimar o tamaño e o valor social da corporalidade, así como a relación entre a corporalidade e o alimento. Aparecen pensamentos sobre o efecto dos alimentos no corpo que poden levar a medos ou fobias definidas (por exemplo, medo a tragar, engordar). Así mesmo, a autonomía adquirida a nivel motor permite a modulación voluntaria da actividade física. É excepcional a presenza de vómito autoinducido, pero é posible a existencia de vómitos recorrentes e dor abdominal como expresión somatizada dun malestar psicolóxico ou emocional que non é verbalizado.

- *Na adolescencia*, a autonomía sobre a comida é total. Segundo o seu endofenotipo biolóxico de regulación da inxesta, temperamento (tendencia ao perfeccionismo, impulsividade, necesidade de control, insatisfacción) e a internalización da imaxe corporal, o individuo vai ser máis ou menos competente no seu comportamento alimentario. Existe unha influencia multifactorial na sinerxia entre dieta e corporalidade (estilo cognitivo, aspectos emocionais, modelo familiar, grupo de pares, elementos culturais...).

23.1.2. TRASTORNOS DA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)¹:

Existen diferentes clasificacións dos trastornos alimentarios, segundo os mecanismos etiopatoxénicos subxacentes ([Táboa 23.1](#)) e segundo a idade de inicio ([Táboa 23.2](#)).

Táboa 23.1. Clasificación dos TCA segundo a etiopatoxénese

1. *Trastorno alimentario orgánico* (orixe na enfermidade médica, evolución paralela á enfermidade causal desde os pródromos ata a convalecencia).

- Infeccións ou infestacións (catarros, gastroenterite, infeccións do tracto urinario e xiardíase).
- Ferropenias.
- Afeccións dixestivas (intolerancia, celiaquía e enfermidade inflamatoria intestinal).
- De orixe farmacolóxico: opiáceos (codeína, dextrometorfano, dimemorfan), vasoconstritores nasais (efedrina e pseudoefedrina), derivados da anfetamina (metilfenidato), claritromicina (altera o sentido do gusto), sobredose de vitaminas A e D, teofilinas...
- Outros: hipotiroidismo, diabetes insípida, artrite reumatoide xuvenil, febre reumática.

Táboa 23.1. Clasificación dos TCA segundo a etiopatoxénese

2. *Trastornos alimentarios mixtos* (a enfermidade orgánica non xustifica as características ou intensidade da clínica presentada polo/a neno/a, influencia dos factores psicopatolóxicos na imaxe).

3. *Trastornos alimentarios psiquiátricos* (causa orgánica descartada ou isto non explica directamente a clínica presente no/na neno/a).

Táboa 23.2. Diagnósticos dos trastornos da alimentación segundo a idade de inicio

1. *Trastornos da alimentación de inicio na infancia:*

- Trastorno da inxesta evitativo/restritivo (DSM-5):
 - Anorexia infantil.
 - Trastorno da regulación alimentaria.
 - TCA do vínculo.
 - Comedores selectivos.
 - TCA postraumático.
 - TCA asociado a enfermidades orgánicas.

2. *Trastornos da alimentación prepuberais/de inicio precoz:*

- Trastorno da inxesta evitativo/restritivo (DSM-5):
 - Comedores selectivos.
 - Disfagia funcional.
 - Rexeitamento emocional da comida.
 - Trastorno da alimentación de inicio infantil.
- Anorexia prepuberal.
- Bulimia nerviosa.
- Trastorno por enchente.

3. *Trastornos da alimentación de inicio na adolescencia*

- Anorexia nerviosa.
- Bulimia nerviosa.
- Trastornos de alimentación atípicos.
- Trastorno por enchente.

23.1.2.1. ANOREXIAS INFANTÍS³:

A continuación móstranse problemas na dieta que son motivo de consulta frecuente en AP en nenos/as preescolares, que non adoitan presentar deficiencia nutricional ou trazos de psicopatoloxía (non aparecen nas clasificacións internacionais), pero dada a súa alta prevalencia convén telos presentes. Coñécense como anorexias infantís e hai diferentes tipos:

- *Falsa anorexia*: os proxenitores cren que o/a neno/a come menos do que debería. É un reforzo positivo considerar a proporción de peso ingerido / peso corporal no/na neno/a e no adulto, xa que o/a neno/a come proporcionalmente máis que o adulto.
- *Anorexia do destete ou transitoria*: prodúcese entre os 6 - 8 meses, cando se introduce a alimentación complementaria. O bebé pode sentirse frustrado ante un destete e reaccionar con rexeitamento, causando ansiedade materna. É común que o/a neno/a coma mellor con outras persoas e peor coa nai. Hai que tranquilizar ás familias ou persoal coidador dos/das nenos/as e explicar que se trata dunha situación transitoria.
- *Anorexia psicosocial*: debida a unha carencia psicosocial persistente ou loito. Na maioría dos casos son leves e asóciase ao comezo da escola infantil/escola.
- *Anorexia reactiva simple ou condutual*: é a máis frecuente entre 6 meses e dous anos, idade na que diminúen as necesidades enerxéticas (o crecemento non é tan importante como nos primeiros meses de vida). É necesario explicar aos proxenitores que as necesidades calóricas diminúen xunto coa velocidade de crecemento. Esta anorexia é selectiva, pode ocorrer ante determinadas persoas ou situacións. O/a neno/a rexeita calquera alimento ou algunha persoa, ou pode tomalo lentamente ou voluntariamente. O comportamento do/da neno/a fóra das tomas adoita ser normal.

Cando os pais ou as nais exercen máis presión durante as comidas, os/as nenos/as adoitan ter maior rexeitamento. Por iso, é fundamental ter unha coordinación educativa entre os proxenitores e tratar de evitar comportamentos demasiado permisivos ou

demasiado estritos. Para a súa corrección, o ideal é tranquilizar ás familias e proporcionar normas de reeducación alimentaria con obxectivos realistas.

23.1.2.2. TRASTORNOS DA CONDUTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES

- ***Bulimia nerviosa:*** en España ten unha prevalencia de 0,41 % - 2,9 % nas mulleres de 12 a 21 anos⁴. Para o mesmo grupo de idade en varóns atopamos que a prevalencia é 9 veces menor que en mulleres. Os seus criterios diagnósticos amósanse na [Táboa 23.3](#).

Táboa 23.3. Características da bulimia nerviosa segundo DSM-5⁵

1. Episodios recorrentes de enchentes. Un episodio de enchente caracterízase polos seguintes dous feitos:
 - Inxesta, nun período determinado (por exemplo, dentro dun período de dúas horas), dunha cantidade de alimentos claramente maior á que a maioría da xente comería nun período similar, en circunstancias similares.
 - Sentimento de falta de control sobre o inxerido durante o episodio (por exemplo, sensación de que non pode deixar de comer ou controlar o inxerido ou a cantidade do que se inxire).
2. Comportamentos compensatorios inapropiados recorrentes para evitar o aumento de peso, como vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos, xaxún ou exercicio excesivo.
3. As enchentes e os comportamentos compensatorios inapropiados ocorren, de media, polo menos unha vez por semana durante tres meses.
4. A autoavaliación está influída indebidamente pola constitución e o peso corporal.
5. A alteración non se produce exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.

- ***Anorexia nerviosa:***

Un trazo definitorio desta enfermidade é o medo intenso a engordar, o que provoca un sentimento de culpa ou desprezo por ter comido, isto pode levar a manter o peso por debaixo dos límites adecuados, podendo chegar á desnutrición.

En España ten unha prevalencia de 0,14 % - 0,9 % nas mulleres de 12 a 21 anos⁴. En varóns no mesmo rango de idade a prevalencia é 9 veces menor. Na anorexia prevalecen a distorsión da imaxe corporal e o medo á obesidade, o que conduce a unha perda de peso con desnutrición progresiva e sostida ([Táboa 23.4](#)).

Táboa 23.4. Características de anorexia nerviosa segundo DSM-5⁵

1. Restrición do consumo de enerxía en relación ás necesidades, o que leva a un peso corporal significativamente baixo en relación coa idade, sexo, curso de desenvolvemento e saúde física. O peso significativamente baixo defínese como un peso inferior ao mínimo normal ou, en nenos/as e adolescentes, inferior ao mínimo esperado.

2. Medo intenso a gañar peso ou aumentar peso, ou comportamento persistente que interfira co aumento de peso, incluso cun peso significativamente baixo.

3. Alteración na forma en que se percibe o propio peso ou constitución, influencia inadecuada do peso ou constitución corporal na autoavaliación ou falta persistente de recoñecemento da gravidade do peso corporal actual.

Especificificar si:

- Tipo restritivo

Durante os últimos tres meses, o individuo non tivo episodios recorrentes de enchentes ou purgas (é dicir, vómitos autoinducidos ou uso indebido de laxantes, diuréticos ou enemas). Este subtipo describe presentacións nas que a perda de peso se debe, sobre todo, a dieta, xaxún e/ou exercicio excesivo.

- Tipo con enchentes/purgas

Durante os últimos tres meses, o individuo tivo episodios recorrentes de enchentes ou purgas (é dicir, vómitos autoinducidos ou uso indebido de laxantes, diuréticos ou enemas).

23.2. PUNTOS A DESTACAR

23.2.1. SINAIS DE ALERTA DE TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN NA INFANCIA E ADOLESCENCIA

23.2.1.1. IDADE INFANTIL¹:

Supoñen factores de risco as seguintes condicións:

- Crecemento intrauterino retardado.
- Prematuridade.
- Baixo peso ao nacer para a súa idade xestacional.

O principal sinal de alerta na idade infantil é a non progresión adecuada do desenvolvemento pondoestatural.

A neofobia alimentaria (rexeitamento dun novo alimento na dieta) pode considerarse evolutiva (comeza a finais do primeiro ano, alcanza o seu máximo entre os 18 e 24 meses); cando se mantén é un sinal de alerta do trastorno alimentario infantil. Débese ter en conta que poden ser necesarias ata 10 ou 15 exposicións repetidas para a aceptación dun novo alimento.

A presenza de dificultades de relación, con falta de sincronía entre coidador/a e neno/a pode impedir unha alimentación axeitada. Estas dificultades poden ocorrer por insensibilidade (institucionalización), enfermidade do/da coidador/a (por exemplo depresión posparto) ou por dificultades temperamentais no/na neno/a (irritabilidade ou pasividade excesiva). Teñen asociadas graves alteracións emocionais e condutuais.

23.2.1.2. IDADE ESCOLAR¹:

Recoñecemento progresivo da corporalidade e consciencia do efecto dos alimentos no seu corpo. O individuo carece aínda da capacidade de abstracción e regulación emocional suficiente para unha expresión verbal completa da sintomatoloxía cognitiva característica dos trastornos alimentarios; isto implica que a maioría dos síntomas e signos de trastornos alimentarios nestas idades son condutuais ou físicos. Resalta a velocidade coa

que aparece e se desenvolve o trastorno alimentario a esta idade, que ás veces desborda a capacidade de resposta da familia e do medio sanitario.

- Signos:

- Condutuais:
 - Comportamentos como evitar comer certos alimentos ou texturas, acumular alimentos na boca ou non tragar tanto, deben de ser corrixidos para impedir o progreso a un patrón alimentario patolóxico.
 - Tamén se debe evitar o aumento da actividade física despois de comer ou pola noite para compensar as calorías inxeridas.
- Físicos:
 - Dor abdominal (o máis común): polo xeneral é difuso e posprandial.
 - Inapetencia, sensación de plenitude gástrica, estrinximento e dor de ventre son síntomas físicos dun cadro clínico xa establecido.
 - Detención da curva de peso e talla e do desenvolvemento puberal: é o signo de alarma máis específico. Se a clínica se desenvolve, observarase unha perda de peso rápida. Debe actuarse de forma urxente.
- Emocionais:
 - Cambios no estado de ánimo: irritabilidade, crises de choro, teimosía, pasividade, actitude onnipotente ou tiránica.
 - Poden aumentar varios medos (á escuridade, a durmir só/soa, á enfermidade) e reaparecer a ansiedade de separación.
- Familiares:
 - Recoller información familiar sobre dificultades para alimentar o/a neno/a e a reacción dos proxenitores ante un comportamento alimentario inadecuado.

- Considérase que a tendencia ao illamento é un signo de alerta cando aparece xunto cos outros signos de comportamento e emocionais referidos anteriormente.

23.2.1.3. ADOLESCENCIA^{1,6}:

- Signos:

- Imaxe corporal: preocupación excesiva polo corpo ou a figura, considerando o aspecto físico moi valioso para lograr o éxito, a adhesión excesiva aos estereotipos culturais e a dependencia de certas revistas e os seus consellos sobre dieta, peso ou figura.
- Comportamento: insatisfacción persoal constante, estado depresivo, frecuentes cambios de estado de ánimo, diminución das relacións sociais, illamento, aumento aparente das horas de estudo, dificultade de concentración e visitas repetidas a web/redes sociais relacionadas co adelgazamento ou métodos purgativos.
- Estado nutricional: índice de masa corporal (IMC):
 - Anorexia nerviosa: IMC < 17.5.
 - Bulimia nerviosa; IMC normal (20 - 24).
 - Trastornos da conduta alimentaria non especificados: IMC de baixo peso, pero non grave como na anorexia.
- Patróns alterados de alimentación e peso:
 - Negativa/evitación de certos alimentos, intentar saltar comidas, comer en segredo, tirar comida. Detención de curva de peso e altura: percentís. Perda de peso rápida ou insidiosa (sen alcanzar a perda do 15 %, incluso desde o sobrepeso).
- Cambios na actividade física:
 - Aumento da actividade, novos intereses, discurso perseverante en temas de alimentación, calorías, peso (mesmo sen perda de peso).

- Amenorrea:
 - Primaria: tras unha telarquia prolongada, detención do desenvolvemento.
 - Secundaria: ás veces, sen perda de peso importante (8 %).

- Outros:
 - Perda de peso tras enfermidade, que non recupera.
 - Queixas somáticas inespecíficas: pirose, dor abdominal, sensación de plenitude.
 - Resultados analíticos normais nunha muller que perde peso ou que presenta un estilo alimentario alterado segundo a observación familiar.
 - Negación manifesta e con gran carga emocional polo adolescente da conduta alimentaria observada polos proxenitores.
 - Conduta alimentaria alterada ou síntomas compensatorios (vómitos, exercicio excesivo) referida polo profesorado / compañeiros.
 - Consultar por dietas, sen ter sobrepeso.

- Poboación de especial risco: diabéticos/as con escasa adherencia ao tratamento e controis:
 - Os TCA son o dobre de frecuentes que noutros adolescentes (bulimia nerviosa máis frecuente). A práctica máis común é a omisión de insulina para perder peso. Ademais un 30 % de diabéticos/as teñen condutas purgativas. Identifícanse como factores de vulnerabilidade os seguintes: restrición da dieta, aumento de peso no inicio do tratamento coa insulina, control da insulina, enfermidade crónica de adolescentes, compromiso na autonomía.
 - Signos de alarma:

- Diabetes mellitus inestable (hiperglicemias, aumento da hemoglobina glicada).
- Preocupación polo peso e a comida (solicitar cambios na dieta, facer exercicio excesivo).
- Inestabilidade psicosocial.
- Consecuencias: aumento da hemoglobina glicada, da enfermidade microvascular (retinopatía, nefropatía).

23.3. ASPECTOS ESPECÍFICOS

23.3.1. PREVENCIÓN³

Débense transmitir a familia e o/a adolescente mensaxes sobre as pautas que protexen dos trastornos alimentarios: alimentación saudable é facer polo menos unha comida diaria na casa coa familia, facilitar a comunicación e mellorar a autoestima. Cómpre evitar que as conversas familiares se centren en temas de comida e imaxe corporal, son prexudiciais as bromas e a desaprobación do corpo, peso ou xeito de comer de nenos/as e adolescentes.

- Prevención da anorexia nerviosa:
 - Vixilancia da poboación en risco (antecedentes familiares, deportistas, bailaríns/bailarinas...).
 - Promover na consulta que coman en familia e que o ambiente favoreza a comunicación.
 - Evitar dietas por motivación estética ou sen control por parte dun profesional.
 - Acudir ao centro de saúde ante cambios de carácter, marcadas flutuacións de peso ou bruscos cambios na dieta.

23.3.2. CRIBADO⁴

É importante facer un cribado na mocidade con:

- Un IMC baixo (comparando cos valores de referencia por idade).
- Persoas que consultan por problemas de peso (mesmo sen haber sobrepeso).
- Amenorrea ou alteracións menstruais.
- Síntomas gastrointestinais (inanición, vómitos de repetición...).
- Atraso ou detención do crecemento.
- Grupos de risco (atletas, modelos, antecedentes familiares...).

Poden ser útiles para o cribado a utilización de cuestionarios como SCOFF⁷ (*Sick, Control, One, Fat, Food questionnaire*) ([Anexo 23.1](#)) (alta sensibilidade 97,7 % e alta especificidade 94 %; recomendado en maiores de 11 anos para trastornos alimentarios en xeral) ou a Enquisa sobre hábitos alimentarios. Máis concretamente, para anorexia nerviosa, o *Eating Attitudes Test* (EAT-40), EAT-26⁴ ([Anexo 23.2](#)) e *Children Eating Attitudes Test* (ChEAT); para a bulimia nerviosa o *Bulimia Test* (BULIT), *Bulimia Test Reviewed* (BULIT-R) e *Bulimic Investigatory Test Edinburgh* (BITE) (só se pode usar entre 12 - 13 anos).

23.3.3. INTERVENCIONS EN ATENCIÓN PRIMARIA⁴

- Identificar doentes con risco de padecer un trastorno alimentario e establecer un diagnóstico precoz.
- Iniciar o tratamento nutricional para a recuperación ponderal, corrección de malnutrición, evitar a síndrome de realimentación, corrección de complicacións somáticas...
- Educación nutricional.
- Supervisión de casos:

- Anorexia nerviosa: rexistro de inxesta diaria, hiperactividade, abuso de laxantes e diuréticos, rexistro semanal de peso sen que o/a paciente poida acceder a ditos datos (e prohibición de pesar).
- Bulimia nerviosa: rexistro de enchentes e vómitos autoinducidos, descartar consumo tóxico e outros trastornos do comportamento como a impulsividade.
- En ambos casos hay que previr recaídas.
- Psicoeducación: informar sobre os cadros, aclarar dúbidas e corrixir falsas crenzas.
- Control de complicacións físicas.

23.3.4. DIAGNÓSTICO DOS TCA EN ATENCIÓN PRIMARIA^{8,9}

Deberá incluír os seguintes aspectos:

- Valoración do desenvolvemento nutricional ponderoestatural e nutricional. É importante detectar se hai un fallo de crecemento (incapacidade de manter unha taxa de crecemento normal tanto no peso como na altura).
- Coñecer a dieta e hábitos ao respecto.
- Situación psicosocial.
- Probas complementarias (analítica de sangue, ouriños, feces, seroloxía de enfermidade celíaca).

23.3.5. DERIVACIÓN A SAÚDE MENTAL⁴

Os criterios para a derivación de AP a saúde mental son:

- Diagnóstico de TCA establecido.
- Perda de peso igual ou superior ao 10 - 25 % do peso, sen unha causa que o xustifique.
- Presenza de episodios bulímicos regulares (condutas de sobreinxesta alimentaria e/ou condutas purgativas persistentes).

- Presenza de alteracións psicopatolóxicas asociadas.
- Falta de conciencia de enfermidade.
- Non melloría de peso nin das condutas bulímicas (a pesar das pautas de AP).

23.4. RECOMENDACIÓNS

XESTIÓN DO COMPORTAMENTO E ESTABLECEMENTO DE NORMAS DE COMPORTAMENTO ALIMENTARIO⁸

Os/as profesionais sanitarios deben evitar unha crítica excesivamente explícita aos proxenitores, á vez que concienciar sobre a importancia de cambiar a técnica alimentaria cando esta é errónea. É bo anticipar os problemas, anunciando, por exemplo, que no/na neno/a haberá unha etapa de menor consumo, coincidindo coa desaceleración da taxa de crecemento no segundo ano de vida.

23.4.1. IDEAS PARA MELLORAR A ABORDAXE PEDIÁTRICA DA ALIMENTACIÓN INFANTIL³

- A alimentación infantil máis que un equilibrio proteico - calórico é sempre unha experiencia compartida.
- O aspecto relacional e interactivo dos alimentos debe ser abordado desde o nacemento.
- Evitarase a rixidez (horarios, mililitros...) para favorecer unha interacción positiva por tenteo.
- Evitaranse os alarmismos ante un rexeitamento de alimento, tras o primeiro mes de vida.
- Non culpabilizar nin aos proxenitores nin ao/á fillo/a. Coñecer os patróns culturais e logo intentar corrixir os aspectos negativos nun clima colaborativo que fomente a confianza.

- Atender á ansiedade da familia pola alimentación, para poder contela e redirixila.
- Evitarase que a comida sexa un martirio: evite forcexos, chantaxe emocional, vitimización, distracción oportunista, a televisión, a persecución detrás do/da neno/a implorándolle que coma.
- Evitaranse os fármacos e substitutos/complementos e hai que centrarse na boa educación alimentaria.

23.4.2. INFORMACIÓN PARA OS PROXENITORES³ ([Anexo 23.3](#))

- A partir do 6º mes, o/a neno/a crece menos e necesita menos alimento.
- O peso normal non é o peso medio, senón o relacionado coa altura.
- Comparar a relación inxesta / peso entre proxenitores e fillo/a evidencia o erro de apreciación parental.
- En infeccións banais con febre perderá o apetito uns días.
- Na idade de aprender os principais hábitos, deberá aprender tamén os alimentarios: o obxectivo é a aprendizaxe dunha alimentación autónoma (evitar o ciclo de tensión - rexeitamento).
- Cada neno/a ten un apetito e metabolismo diferente, igual que o seu carácter e a súa personalidade.
- Unha conduta moi controladora ou esixente dos proxenitores impide que o/a neno/a aprenda a autorregular a inxesta, principio básico en todas as especies animais, incluída a humana.
- Os proxenitores só deben ofrecer ao seu/súa fillo alimentos saudables e variados, e será o/a neno/a o que decide canto come e irá aprendendo por tenteo.
- Os proxenitores manterán o ambiente alimentario familiar (lugar do alimento, tempo asignado, alimentos e a súa orde...), aínda que a presión do/da neno/a pretenda alteralo, axudándolle así a comprender e aceptar que a función de decisión na ordenación familiar é dos proxenitores.

- Pode levar uns días que o/a neno/a se adapte ao novo escenario alimentario, cunha dieta fixa, pero con respecto e autorregulación, insistindo inicialmente na súa actitude de medo e desquite.

ANEXOS

ANEXO 23.1 . TEST DE CRIBADO SICK, CONTROL, ONE, FAT, FOOD QUESTIONNAIRE (SCOFF)⁷

Nombre:		
Sexo:		
Edad:		
	SI	NON
1. ¿Tiene la sensación de estar enfermo/a porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo?		
2. ¿Está preocupado/a porque siente que tiene que controlar cuánto come?		
3. ¿Ha perdido recientemente más de 6 kg en un período de tres meses?		
4. ¿Cree que está gordo/a aunque otros digan que está demasiado/a delgado/a?		
5. ¿Diría que la comida domina su vida?		
Puntuación total:		
Cada resposta afirmativa valórase cun punto. O punto de corte proposto para o cribado na poboación xeral é igual ou superior a 2 puntos.		

Nome:		
Sexo:		
Idade:		
	SI	NON
1. Ten a sensación de estar enfermo/a porque sinte o estómago tan cheo que lle resulta incómodo?		
2. Está preocupado/a porque sinte que ten que controlar canto come?		
3. Perdeu recentemente máis de 6 quilos nun período de 3 meses?		
4. Cre que está gordo/a aínda que outros digan que está delgado/a?		
5. Diría que a comida domina a súa vida?		
Puntuación total:		
Cada resposta afirmativa valórase cun punto. O punto de corte proposto para o cribado na poboación xeral é igual o superior a 2 puntos.		

Nota: traducido ao galego polos autores.

ANEXO 23.2. TEST DE CRIBADO EATING ATTITUDES TEST (EAT-26)⁴

	Sempre	Moi a miúdo	A miúdo	Algunhas veces	Raramente	Nunca
1. Dáme moito medo pesar demasiado.						
2. Procuo non comer aínda que teña fame.						
3. Preocúpome moito pola comida.						
4. As veces deime un atracón de comida, sentindo que era incapaz de parar de comer.						
5. Corto os meus alimentos en anacos pequenos.						
6. Teño en conta as calorías que teñen os alimentos que como.						
7. Evito, especialmente, comer alimentos con moitos hidratos de carbono (por exemplo, pan, arroz, patacas...).						
8. Noto que os demais preferirían que eu comese máis.						
9. Vomito despois de ter comido.						
10. Síntome moi culpable despois de comer.						
11. Preocúpame o desexo de estar máis delgado/a.						
12. Fago moito exercicio para queimar calorías.						
13. Os demais pensan que estou demasiado delgado/a.						
14. Preocúpame a idea de ter graxa no corpo.						
15. Tardo en comer máis que as outras persoas.						
16. Procuo non comer alimentos con azucre.						
17. Como alimentos de réxime.						

	Sempre	Moi a miúdo	A miúdo	Algunhas veces	Raramente	Nunca
18. Sinto que os alimentos controlan a miña vida.						
19. Contrólome nas comidas.						
20. Noto que os demais prémonme para que coma.						
21. Paso demasiado tempo pensando e ocupándome da comida.						
22. Síntome incómodo/a despois de comer doces.						
23. Comprométome a facer réxime.						
24. Gústame sentir o estómago baleiro.						
25. Gozo probando comidas novas e saborosas.						
26. Teño ganas de vomitar despois das comidas.						

A puntuación total do Eating Attitudes Test (EAT-26) é a suma dos 26 ítems. Puntúan 3, 2, 1, 0, 0, 0 na dirección positiva, asignando 3 ás respostas que máis se aproximan a unha dirección sintomática (“sempre” = 3). O ítem 25 puntúase dunha maneira oposta, puntuando 0, 0, 0, 1, 2, 3 (“nunca” = 3). Para un punto de corte de 20 puntos ou máis, a sensibilidade é do 59 %, a especificidade do 93 %, o valor predictivo positivo do 23 %, o valor predictivo negativo do 99 % e a porcentaxe de ben clasificados do 92 %.

ANEXO 23.3. RECOMENDACIÓNS AOS PROXENITORES PARA O TRATAMENTO E PREVENCIÓN DE PROBLEMAS DE CONDUTA ALIMENTARIA⁸

1. Non obrigue o/a neno/a a comer.
2. Non use chantaxe, suborno ou castigo para que o/a neno/a coma. Non use ameazas que nunca se cumprirán. Non lle dea de comer á forza (abrindo a boca, tapándolle o nariz).
3. Non recompense o/a neno/a por comer ben.
4. Prepare a comida dun xeito atractivo: mesture texturas e cores.
5. Ofrézalle ao/á neno/a pequenas racións servidas nun prato grande. Delle a oportunidade de repetir se o desexa.
6. Evite a distracción (contos, televisión, teléfonos, tabletas...).
7. Intente non amosar ansiedade porque o/a neno/a non come. Se rexeita a comida, retire o prato, levante o/a neno/a da mesa e non ofrezca comida ata a próxima comida. Non berre ni se amose contrariado/a.
8. Respecte os gustos do/da neno/a razoadamente, pero non permita que o/a neno/a coma "á carta".
9. Evite dar comida entre horas.
10. Deixe que o/a neno/a participe e que coma só cando poida facelo.
11. Delle tempo suficiente para comer, pero non excesivo. Se o/a neno/a non rematou a comida en media hora, retire o prato e dea por rematada a comida.
12. Respecte a falta de apetito que acompaña a unha enfermidade aguda.
13. Compórtese na mesa como lle gustaría que o fixera o seu/súa fillo/a.

BIBLIOGRAFÍA

1. Graell Berna M, Villaseñor Montarroso A, Faya Barrios M. Signos de alerta en los trastornos de la conducta alimentaria en atención primaria. Del nacimiento a la adolescencia. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, editor. Curso de actualización pediatría. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015. p. 423-30.
2. Plumed Domingo J, Rojo Moreno L. Epidemiología y factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. En: Morandé Lavin G et al., coordinadores. Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 27-33.
3. Bras i Marquillas J. El niño mal comedor. *Pediatría Integral*. 2015;XIX(4):277-88.
4. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de práctica clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01. Disponible en: http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/docs/GPC_440_TCA_Cataluya.pdf.
5. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
6. Blanco Fernández MA. Detección precoz en población adolescente y adulto joven. En: Morandé Lavin G et al., coordinadores. Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: Un enfoque integral. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 105-13.
7. Salmerón Ruiz MA, Román Hernández C, Casas Rivero J. Trastornos del comportamiento alimentario. *Pediatría Integral*. 2017;XXI(2):82-91.
8. Pérez-García I, Alberola S, Cano A. Rechazo del alimento en el niño pequeño. *An Pediatr Contin*. 2010;8(1):10-6.
9. Martínez Rubio A, Santana Vega C, Ros Arnal I. Falta de apetito. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), editor. Guía de algoritmos en

pediatría de atención primaria. Madrid: Lúa Ediciones 3,0; 2016. Disponible en:
<https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/23/falta-de-apetito>.

24. A prevención das condutas adictivas

Autores: Miriam Otero Requeijo, M^a Jesús García Blanco e Sergio Veiga Rodeiro

24.1. INTRODUCCIÓN

As **bebidas alcohólicas** son as substancias psicoactivas máis consumidas na poboación adulta e na mocidade. O seu consumo está moi normalizado e xeran unha **gran morbilidad e mortalidade na comunidade autónoma de Galicia**^{1,2}. A nosa mensaxe debe ir sempre en consonancia coa mensaxe da Organización Mundial da Saúde (OMS): **“alcohol, canto menos mellor”**³. Hai colectivos que **non** deben consumir alcohol: **menores de idade, mulleres embarazadas ou que están planificando o embarazo, nais lactando e persoas con enfermidades crónicas ou a tratamento farmacolóxico**⁴.

O **consumo de tabaco** é a principal causa de morbilidad evitable nos países desenvolvidos. Unha de cada dúas persoas fumadoras morrerá prematuramente por unha enfermidade causada polo tabaco se non o abandona. A OMS afirma que **“non existe un nivel inocuo de exposición ao fume de tabaco”**. Crear espazos totalmente libres de fume de tabaco ambiental é a única maneira de protexer ás persoas dos seus efectos nocivos. O 31 % das mortes atribuíbles ao fume de tabaco ambiental corresponden aos nenos e nenas⁵. Os/as menores están máis expostos ao fume de tabaco ambiental que as persoas adultas, isto fainos máis vulnerables e tradúcese nun incremento do risco de presentar: baixo peso ao nacer, a síndrome de morte súbita do lactante, enfermidades respiratorias severas -asma, bronquite, pneumonía- ou otite media, entre outras. En Galicia, o 45,4 % declaran estar expostos ao fume de tabaco nos seus fogares⁶. Os/as menores expostos ao fume de tabaco no fogar teñen máis probabilidades de comezar a

fumar que os non expostos. Na comunidade autónoma de Galicia os últimos datos revelan unha prevalencia dun 16 % de persoas fumadoras diarias⁶.

O **cánnabis** é a substancia psicoactiva **ilegal** máis consumida entre a mocidade galega. O consumo é especialmente prexudicial nas idades máis temperás, nas que o organismo (en especial o cerebro) estase desenvolvendo e madurando, con risco importante para a saúde física e psíquica. A carga de enfermidade, sufrimento e mortalidade que afecta non só a quen a consume, senón tamén aos que lle rodean, é evidente, aínda que a mocidade ás veces non é consciente das súas consecuencias⁷. O consumo de cánnabis ten efectos negativos sobre a atención, a motivación, a memoria e a aprendizaxe, entre outros, que poden durar días e ata semanas despois de que os efectos inmediatos desaparezan. O cánnabis provoca cambios neurobiolóxicos durante o período de maduración cerebral. O inicio temperá no seu consumo asóciase coa aparición de trastornos mentais na idade adulta, como a ansiedade, a depresión e a psicose, cun maior consumo de outras substancias psicoactivas no futuro, con máis dificultade para deixar de consumir, con problemas de rendemento escolar e co abandono prematuro dos estudos.

O **xogo patolóxico** asóciase habitualmente aos xogos de azar que contan cun incentivo económico, pero tamén se pode dar naqueles xogos que non o teñen e supoñen un mero pasatempo en si mesmos (como os videoxogos). As enquisas sinalan que máis do 90 % da mocidade utiliza habitualmente videoxogos, empregando nalgúns casos cantidades de tempo significativas. De xeito complementario tamén aumentou a preocupación da sociedade sobre os seus potenciais efectos negativos^{8,9}.

Internet e as tecnoloxías da información e comunicación (TIC) convertéronse nunha ferramenta imprescindible na vida cotiá, especialmente para a poboación máis nova, que as utilizan para relacionarse, aprender, divertirse e xogar¹⁰. Non obstante unha parte da poboación está desenvolvendo patróns de xogo disfuncionais relacionados coas novas plataformas de xogo online. O DSM-5¹¹ recolle o **trastorno por xogo en internet** como unha nova categoría a considerar, na que inclúe o uso persistente de internet para xogar, habitualmente en grupo (e exclúe desta categoría os xogos con incentivo económico, o uso recreativo da rede e a visualización de contidos de tipo sexual).

Á marxe do xogo, o uso de internet e das TIC está provocando problemas para os que de

momento non existen criterios diagnósticos específicos, que non están incorporados nos manuais diagnósticos de referencia e para os que non existe sequera consenso terminolóxico. E a pesar de que as TIC ocupan unha gran parte do tempo de ocio da mocidade, moitas familias aínda non instauraron regras de uso adaptadas aos diferentes períodos evolutivos, podendo converterse nun problema.

A **consulta de pediatria** é un escenario ideal para iniciar conversacións tanto coa mocidade como coas súas familias sobre como: 1) desenvolver patróns funcionais de xogo e de uso de internet e das TIC, 2) identificar sinais de alerta, 3) fomentar pautas para que a mocidade aprenda a autorregularse e; 4) establecer límites por parte das familias adaptados á idade de maduración dos seus fillos e súas fillas.

24.2. OS TRASTORNOS ADICTIVOS

24.2.1. FACTORES DE RISCO

Consumir unha substancia psicoactiva a calquera idade implica un risco, pero se este consumo se fai antes de acadar a madurez física, psicolóxica e social, esta conduta ten un amplo rango de riscos e danos a curto, medio e longo prazo para a saúde física, psicolóxica e social⁴.

No caso do **ALCOHOL**, as **borracheiras** e os **consumos en atracón** (consumir varias bebidas alcohólicas nun período curto de tempo) son moi frecuentes nos/nas menores¹. A **media de idade de inicio** no consumo de alcohol sitúase nos 13,4 anos¹², sendo a máis baixa de todas as substancias psicoactivas. O 50,3 % das consumidores adolescentes son mulleres, o que ten importancia porque o sexo feminino ten maior risco de morbilidade debido os niveis máis baixos de enzimas deshidroxenasas e a maior proporción corporal de graxa/auga¹³. É fundamental **intervir preventivamente** nas idades nas que a mocidade está a punto de comezar ou apenas comezou o consumo; non só para aumentar a idade de inicio e reducir os riscos e danos asociados, senón porque ademais, ao ser a substancia psicoactiva de inicio máis temperá, o alcohol é a **porta de entrada ao consumo** doutras substancias psicoactivas. Desta forma probablemente estarase atrasando e reducindo tamén o consumo doutro tipo de substancias^{1,14}. A

percepción do risco asociado ao consumo de alcohol é a máis baixa de todas as substancias, polo tanto un obxectivo básico de saúde pública é **aumentar esta percepción** de risco nas idades previas á idade de inicio do mesmo^{1,14}.

O consumo de **TABACO** iníciase entre os 12 - 14 anos; establécese como o período medio de un a dous anos, que o consumo pase de **ocasional** a **diario**. Hai moitos aspectos que facilitan a incorporación da mocidade ao tabaco: a publicidade, a anticipación da idade adulta e a presión de grupo...; o feito de que os seus familiares fumen -pais, nais e irmáns maiores- fai que eles o vexan como algo normal, aumentando a probabilidade de converterse en persoas fumadoras na idade adulta. A **actitude do contorno familiar** sobre o consumo, está demostrado ser un factor protector ou de risco para o inicio.

Na actualidade, existen outras formas de consumo, como os **cigarros electrónicos** ou os **cigarros sen combustión**, ningún deles é inocuo para a saúde, por iso a recomendación sempre debe ser a **non utilización**. Estas novas formas de consumo, son ofertadas como de baixo **risco** para a saúde e cun **prezo** baixo o que os fai accesibles ás persoas máis novas. O seu formato é moi **atractivo** para este colectivo tendo importantes implicacións na saúde, como o potencial efecto da nicotina no cerebro da persoa adolescente, e o risco de adicción, podendo converterse na porta de entrada ao consumo de tabaco. Os cigarros electrónicos e o tabaco sen combustión, manteñen ou poden xerar un trastorno adictivo.

É importante propiciarlle o/a menor un **contorno libre do fume de tabaco**. Incorporar na rutina diaria da consulta pediátrica o consello do tabaquismo pasivo, informando dos riscos que implica a exposición pasiva ao fume de tabaco, será clave para promover que os fogares sexan espazos libres do fume de tabaco, conseguindo un ambiente máis san. Esta acción reforzará a idea de que fumar é prexudicial para a saúde e afianzará o modelo positivo dos adultos ante os/as nenos/as e a mocidade.

O consumo de **CÁNNABIS** comeza antes de cumprir os 15 anos. O consumo de cánnabis atópase lixeiramente máis estendido entre os mozos: o 15,2 % dos rapaces de 14 anos consumiu cánnabis algunha vez (fronte ao 12,6 % das rapazas), proporción que **aumenta progresivamente** coa idade, atopando que, no grupo de 18 anos xa son 1 de cada 2 rapaces (56,3 %) os que o consumiron nalgunha ocasión (fronte ao 54,7 % das rapazas).

Os consumidores de cánnabis rexistran ademais unha maior prevalencia de consumo de alcohol e tabaco¹.

A maioría das **PERSOAS XOGADORAS PATOLÓXICAS** refiren que empezaron a xogar na súa **adolescencia**, ao redor dos 13 anos (aproximadamente a metade faino entre os 11 e os 19 anos, aínda que ata un terzo o fai incluso antes dos 10 anos). Os patróns de xogo establécense durante a **etapa infantil** e van **evolucionando** a medida que a mocidade medra e ten acceso ás diversas modalidades de xogo e a diñeiro¹⁵. O xogo patolóxico forma parte dun **continuo**, que vai desde o extremo non problemático (no que se atopa a maioría da poboación) ata o xogo patolóxico no outro, cun conxunto de graos intermedios.

Os **problemas co uso de INTERNET E AS TIC** xorden cando as persoas empezan a descoidar as súas rutinas e actividades diarias para permanecer conectadas: modificando **rutinas** cotiás, eliminando **comidas**, restando horas de **descanso** e alterando as horas de **sono**. Permanecer **conectados máis de 3 ou 4 horas diarias** facilita o illamento, o desinterese por outras actividades, o baixo rendemento académico ou laboral, os trastornos de conduta, así como o sedentarismo e a obesidade¹⁶.

24.2.2. PERTINENCIA DA INTERVENCIÓN

Baseándonos no sinalado e dado que en Galicia os **controis no Programa de saúde infantil están pautados en pediatría aos 12 e aos 14 anos**, estes momentos coinciden exactamente coa *“fase de experimentación”* (12/13 anos) e a *“fase de consolidación”* (14/15 anos) do consumo de **alcohol, tabaco e cánnabis** e o uso de **internet** e as **TIC**, o que subliña a importancia e a necesidade de levar a cabo **intervencións preventivas** nestas idades.

Será nestes **controis de saúde do Programa de saúde infantil** onde se realizará a **prevención, o cribado e a intervención** – en caso de ser necesaria.

24.3. PUNTOS A DESTACAR

Dentro dos **obxectivos da intervención pediátrica** están: 1) aumentar a **percepción do risco** asociado ao seu consumo, 2) evitar, ou no seu defecto, atrasar a **idade de inicio** do consumo destas substancias, 3) eliminar o **consumo destas substancias psicoactivas** e as súas consecuencias adversas, 4) evitar a **exposición pasiva** ao fume ambiental do tabaco, 5) mobilizar á **familia** sobre a súa **responsabilidade** no consumo de substancias psicoactivas dos seus fillos e das súas fillas¹⁴ e; 6) controlar e limitar o uso de **internet** e das **TIC** nos/nas menores.

O aspecto nuclear dos **patróns de conduta disfuncionais** relacionados tanto co xogo como co uso de internet e das TIC é a **perda do control sobre a actividade**, que continúa a pesares das consecuencias negativas que produce. A sintomatoloxía relacionada adoita ser a seguinte:

- **Desexo intenso** ou **necesidade** de realizar a actividade e **irritabilidade** e **malestar** ante a imposibilidade de realizala.
- Necesidade de incrementar o **tempo** adicado á actividade.
- Perda progresiva do **control** sobre a actividade.
- **Focalización** progresiva das relacións, actividades e intereses arredor da actividade e **abandono** doutros intereses, relacións e actividades previas (familiares, académicos, laborais e de ocio e tempo libre).
- **Negación** da problemática existente, a pesares das advertencias do contorno.

24.3.1. ASPECTOS ESPECÍFICOS

24.3.1.1. A PREVENCIÓN NOS/NAS MENORES DE IDADE

Para traballar a prevención nos/nas menores de idade, débense ter en conta unha serie de recomendacións¹⁴: 1) **non mostrarse alarmista** utilizando mensaxes amedrentadores ou catastróficos. Este tipo de mensaxes contradín a percepción que ten a mocidade, 2) **escoitar** de forma activa, demostrando interese polo que nos contan e non minimizar as súas preocupacións, 3) responder ás **preguntas ou dúbidas** feitas polo/a menor, non só

aquilo que o profesional sanitario cre que necesita saber, senón aquilo que desperta a súa curiosidade, 4) dar unha mensaxe clara e inequívoca da **NON existencia dun consumo sen risco** en canto ao tabaco, alcohol e o cánnabis; todo consumo implica un risco (nas persoas adultas tamén), 5) potenciar as habilidades relacionadas coa **presión de grupo de iguais** para saber dicir “non”, 6) reforzar as opinións e condutas de “**non consumo no caso das substancias psicoactivas**” e; 7) **internet** e as **TIC** non son en si mesmas algo negativo pero si o uso que algunhas persoas poderían facer delas.

Débense ter moi claros os **termos que se empregan** ao referirse ao consumo das substancias psicoactivas. Non se deben utilizar termos como: hábito, consumo moderado, consumo razoable, consumo responsable, consumo social ou consumo excesivo ([Anexo 24.1](#)).

A **primeira actuación** debe orientarse á educación familiar temperá, previa á aparición de condutas de risco. A **familia**, xoga un papel clave e é a primeira influencia nas actitudes e comportamentos dos seus nenos e das súas nenas. Se un/unha menor remata a educación secundaria sen terse iniciado no consumo de substancias psicoactivas ten unha probabilidade significativamente inferior de facelo en etapas posteriores, polo que é importante que o/a pediatra e/ou o/a enfermeiro/a de pediatría fagan educación sanitaria en todas as ocasións nas que os/as mozos/as acudan á consulta¹⁴.

Algunhas das recomendacións xerais que reforzan os **factores de protección** son: 1) fomentar as actitudes de **hixiene, respecto** á saúde e **responsabilidade**, 2) manter unha **comunicación** fluída cos seus fillos e súas fillas, falando sobre os temas que lles interesan e/ou preocupan e escoitando os seus puntos de vista e preocupacións, 3) mostrar unha actitude **clara e firme** sobre o feito de que non deben consumir ningún tipo de substancia psicoactiva, 4) axudar aos seus fillos e ás súas fillas a resistir as **presións** dos seus iguais para probar as diferentes substancias psicoactivas, e reforzar as actitudes e condutas de rexeitamento, 5) **supervisar** aos seus fillos e fillas, as actividades que realizan e os **lugares** que frecuentan e; 6) limitar o uso de **internet** e as **TIC**; 7) coñecer as **amizades** (e as familias) dos seus fillos e das súas fillas e, se é posible, establecer **normas e límites similares**. Estas recomendacións entregaránselle ás familias por **escrito** ([Anexo 24.2](#)).

As recomendacións máis recentes en relación co uso de pantallas e dispositivos conectados^{17,18} aconsellan que os pais e as nais supervisen e dan soporte ao uso que fan os mozos e as mozas. Estas recomendacións refírense en todo caso ao tempo de uso á marxe do empregado nas actividades escolares (así como nas tarefas para a casa, se as houbera). A continuación sinálanse os tempos máximos de conexión en función da idade (tendo en conta que para todas as idades *canto menos, mellor*):

- Para menores de 2 anos recoméndase **evitar que pasen tempo diante de pantallas** de televisión, tabletas, ordenadores, videoxogos, teléfonos móbiles, etc.
- Entre os **2 e os 4 anos** o tempo máximo non debe exceder **1 hora diaria**.
- **A partires dos 5 anos** os tempos de uso e conexión deben planificarse de xeito individualizado, buscando un equilibrio entre o uso recreativo destes dispositivos e todas as demais actividades que realiza a mocidade a cada idade (descanso, escola, comidas e hixiene, tempo coa familia, actividades extraescolares, actividade física e tempo de ocio á marxe destes dispositivos).

En xeral, os/as profesionais de pediatría deberían aproveitar os controis de saúde para realizar unha serie de **recomendacións** ás familias en relación co uso de videoxogos, internet e as TIC:

- Establecer **límites diarios** para o acceso a estas actividades, especialmente nos/nas máis novos/as e fomentar que sexan eles/as mesmos/as os/as que aprendan a controlar o tempo que lle dedican a estas actividades e non descoiden o tempo de estudo e o tempo libre.
- Evitar que os/as menores teñan calquera **dispositivo conectado** (televisión, tableta, móbil, consola...) **na súa habitación** e que poidan utilizalos sen supervisión.
- **Monitorizar os xogos e os contidos** aos que acceden os/as menores. Se se observan comportamentos axitados ou agresivos é preciso que paren, descansen e realicen outra actividade.

- **Implicarse nos xogos e no acceso aos contidos** xunto cos/cas menores, aproveitando esas situacións para transmitir regras, normas e valores.
- Actuar como **modelos de conduta**, aplicando regras razoables e proporcionadas tamén para as persoas adultas.
- Coñecer as **recomendacións PEGI** (Pan-European Game Information) (<https://pegi.info/es>) para elixir xunto cos/coas menores os xogos que lles gusten e tendo en conta que se axusten aos intereses e ao seu nivel evolutivo.
- **Evitar que durman co móbil ou coa tableta** na habitación (aínda que estean apagados).

Un consenso de expertos¹⁹ estableceu unha serie de mensaxes clave ([Anexo 24.3](#)) que poden ser transmitidos ás familias e ofrece unha aplicación web (en castelán e inglés) na que se axuda a crear un plan familiar personalizado do uso de internet e as TIC¹⁸. A Guía para pais e educadores sobre o uso seguro de internet, móbiles e videoxogos²⁰, de balde, ofrece tamén pautas sobre este tema tanto para as familias como para os/as menores.

24.3.1.2. CRIBADO E INTERVENCIÓN NOS/NAS MENORES DE IDADE PARA DIFERENTES SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS: ALCOHOL, TABACO E CÁNNABIS; E NO USO DE INTERNET E AS TIC.

ALCOHOL

É importante facer un cribado do consumo de alcohol porque é un consumo moi frecuente, implica altos riscos, tanto a curto como a longo prazo, é un marcador fiable doutros comportamentos non saudables e é un consumo que a miúdo pasa desapercibido¹⁴ ([Anexo 24.4](#)).

	O menor consumiu ou consume algunha bebida alcohólica?	
Identificar o risco	Si	Non
	<p>Baixo</p> <p>1 bebida alcohólica nos últimos 12 meses</p>	<p>Se as amizades beben, pregunte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A opinión do menor ao respecto. • Como ten pensado manterse sen

		<p>beber alcohol.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Volva a preguntar na próxima visita.
	<p>Alto</p> <p>Máis dunha bebida alcohólica nos últimos 12 meses</p>	<p>Se as amizades non beben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Loe a súa elección respecto ás amizades. • Pescuda e reforce as súas razóns para manterse afastado do alcohol.

***Calquera consumo nun menor en idade pediátrica supón un risco alto para a súa saúde.**

Intervirase nos/nas menores que contestaron positivamente á pregunta de consumo propio¹⁴.

Risco baixo:

- Proporcionar un **consello breve**: *“Recoméndoches que non o volvas a facer. O teu cerebro atópase aínda en desenvolvemento e o alcohol pode afectar este desenvolvemento. O alcohol tamén pode impedirche tomar boas decisións e levarte a facer cousas que lamentarás máis adiante”*.
- Destacar os aspectos beneficiosos: reforzar as decisións positivas e saudables.
- Explorar e solucionar os problemas da potencial influencia das amizades que beben ou fan consumo en atracón.

Risco alto:

- Farase unha **intervención breve**:
 - *“Recoméndoches que non sigas consumindo bebidas alcohólicas, o momento axeitado é agora. O teu cerebro atópase aínda en desenvolvemento e o alcohol pode afectar este desenvolvemento. O alcohol tamén pode impedirche tomar boas decisións e levarte a facer cousas que lamentarás máis adiante”*.
 - *“Ao final, es ti quen toma a decisión, pero ao mesmo tempo, eu recoméndoches que non bebas alcohol en absoluto. Es un/unha bo/a [estudiante, deportista, artista, irmá, amigo/a]; non me gustaría ver que o alcohol obstaculiza o teu futuro e as cousas que che interesan. Que opinas?”*

- “Entendo que tiveches algún problema por consumir bebidas alcohólicas e os teus pais están afectados. Estás de acordo en que beber alcohol a túa idade (e na idade adulta tamén) é perigoso. Como queres seguir?”
- Levarase a cabo unha **entrevista motivacional breve** para obter unha decisión e un compromiso de cambio ([Anexo 24.5](#)).

TABACO

As guías de práctica clínica recomendan que todo profesional sanitario debe preguntar e anotar a relación dos/das pacientes co tabaco, polo menos unha vez ao ano e aconsellar aos que fuman que o deixen. A intervención en tabaco na consulta de pediatría, incorporando o consello sanitario do consumo de tabaco e da exposición pasiva, é unha práctica coste-efectiva que require só 2-3 minutos^{21,22}.

Aconsellar sobre a exposición pasiva: os nenos e as nenas son especialmente vulnerables ao tabaquismo pasivo, eles non poden "elixir" se están expostos ou non, a decisión recae nos seus proxenitores ou titores. Por iso é imprescindible que os adultos coñezan os riscos para a saúde que supón a exposición pasiva, esta é a razón da importancia de que se incorpore o consello sanitario sobre o fume de tabaco ambiental na consulta pediátrica, facilitando información personalizada e adecuada ao/á paciente/proxenitores²³.

Sempre se debe preguntar e rexistrar se algunha persoa fuma no fogar, felicitar en caso de non estar expostos e recomendar que ninguén que acuda á casa o faga.

Se algún dos integrantes da unidade familiar fuma, informarlle dos riscos do fume de tabaco para a saúde da persoa fumadora e do seu contorno (entregar [Anexo 24.6](#)). Facilitar estratexias e aconsellarlle á persoa fumadora que non fume no fogar.

O consello en tabaco, debe ser claro, breve, firme, oportuno e personalizado sobre os beneficios de deixar de fumar e/os riscos de seguir fumando, motivando un cambio na persoa fumadora, promovendo que deixe de fumar e se vai acompañado dun folleto informativo aumenta a súa eficacia: *"O mellor que pode facer pola súa saúde é deixar de fumar"*.

O obxectivo da intervención é: 1) saber se fuma, 2) analizar a disposición ao cambio e; 3) aconsellar deixar o consumo²¹.

Sempre se debe rexistrar na historia clínica a intervención realizada nos proxenitores ou adolescentes.

A idade de **consolidación** do consumo de tabaco na mocidade galega é aos 14,4 anos¹, polo que a intervención en tabaquismo na idade pediátrica é claramente oportuna.

Dar información á mocidade que acuda á consulta, personalizar o consello relacionando o aspecto físico co consumo de tabaco, poden ser razóns suficientes para non comezar, o que converte o consello nunha ferramenta preventiva. Informar das tácticas da industria do tabaco para captar novas persoas fumadoras, recoñecer as presións do contorno, reforzar a idea de que non fumar é o normal, son outras das estratexias a empregar polo/a profesional sanitario/a para motivar que non comecen a fumar.

Relacionar as consecuencias de fumar con aspectos que para eles/as sexan importantes, debe ser o eixe principal do consello neste colectivo: á mocidade preocúpalle o seu aspecto e como os/as ven as demais persoas, ter os dentes e dedos amarelos, mal alento, mal olor na roupa e no pelo, problemas de pel (acne, engurras na cara...), celulite, etc. En aqueles/as mozos/as que son fumadores ocasionais, ou xa probaron o tabaco, o enfoque debe ser diferente, hai que facerlles ver que o tabaco provoca adicción, o que supón unha perda de liberdade, ofertarlle información e axuda para deixar o consumo nesta etapa do inicio, con estratexias cognitivo-condutuais, antes da instauración da adicción. Nos/as adolescentes que xa son dependentes, é necesaria unha intervención que pode incluír tratamento farmacolóxico^{21,22}.

Recomendacións:

- Sensibilizar aos proxenitores da importancia de non expoñer aos seus fillos e ás súas fillas ao fume de tabaco ambiental²⁴.
- Desnormalizar o consumo de tabaco no contorno familiar, potenciando o modelo positivo dos proxenitores e titores ante o tabaco⁵.

- Promover a cesación nas persoas adultas que viven cos/coas menores de idade^{21,22}.
- Incorporar o consello sanitario en tabaco, nos mozos e nas mozas que acudan á consulta a partir da idade de inicio do consumo (12 - 14 anos), facendo a intervención idónea en función do perfil do/da menor^{21,22}.
- Rexistrar o consello dado na historia clínica^{21,22}.

CÁNNABIS

O impacto do consumo de cánnabis ten unha especial relevancia sobre os/as máis novos/as, dado que son os que máis o utilizan e os seus corpos están en desenvolvemento. Provoca dificultades para estudar ao diminuír as funcións de atención, concentración, abstracción e memoria, obstaculizando, polo tanto, a aprendizaxe. Pode causar reaccións agudas de ansiedade e, nas persoas con predisposición a padecer trastornos mentais, pode provocar a súa aparición ou agravar os que xa se padecen^{25,26}.

O/a pediatra debe facer fincapé nos seguintes puntos:

1. O cánnabis é **adictivo**.
2. O consumo de cánnabis está moi relacionado co de **alcohol** e de **tabaco**. O cánnabis pode ser ademais a porta de entrada a outros consumos: os estudos de seguimento a longo prazo, que analizan os patróns de consumo de substancias psicoactivas entre a mocidade, sinalan que a maioría dos/das que consumen substancias como a cocaína, ou o éxtase primeiro probaron o tabaco, o alcohol e o cánnabis.
3. Como a maioría de substancias psicoactivas, o consumo de cánnabis podería chegar a **comprometer o xuízo**, o cal pode derivar nunha maior probabilidade de involucrarse en condutas de risco (contraer infeccións de transmisión sexual, conducir ebrio ou viaxar con alguén que o estea e sufrir accidentes de tráfico).
4. O consumo de cánnabis está relacionado con **menor rendemento e fracaso escolar**. Os efectos negativos deste consumo sobre a atención, a motivación, a memoria e a aprendizaxe poden durar días e ata semanas despois de que desaparezan os seus efectos inmediatos (sobre todo nas persoas consumidoras crónicas). Deste xeito as

persoas consumidoras de cánnabis poden estar funcionando a un nivel intelectual reducido a maior parte do tempo.

5. As persoas consumidoras de cánnabis a longo prazo refiren unha **diminución no seu nivel de satisfacción coa vida** en xeral, incluíndo unha diminución na saúde mental e física, na memoria e problemas de relación, un nivel de salarios máis baixo e menor éxito profesional.

6. O consumo crónico de cánnabis relaciónase con efectos negativos sobre a saúde. Un dos máis citados é o “**síndrome amotivacional**” que describe unha diminución da motivación ou perda de interese en participar en actividades que antes eran gratificantes. Tamén poden aparecer problemas de depresión, ansiedade, ideación suicida ou trastornos da personalidade. O consumo de cánnabis pode causar psicose ou episodios de pánico durante a intoxicación. Aínda que a literatura non amosa se o consumo de cánnabis causa enfermidade mental crónica, as doses altas poden provocar unha psicose aguda ou ataques de pánico. En persoas que xa sofren de esquizofrenia, o consumo de cánnabis pode empeorar os síntomas psicóticos, e o coñecemento científico dispoñible suxire que existe un vínculo entre o consumo temperá de cánnabis e un risco maior de psicose entre os que teñen unha vulnerabilidade preexistente a esta enfermidade.

Detección precoz do consumo de cánnabis e intervención coa mocidade:

É importante facer unha **detección precoz do consumo de cánnabis** para poder intervir o antes posible sobre a persoa e o seu contorno, ofrecéndolle unha atención axeitada ás súas necesidades e circunstancias⁸. O/a pediatra debe **informar** aos proxenitores sobre os posibles signos de alarma que poderían indicar que o/a menor está a consumir cánnabis.

As **sinais de alarma** teñen que ver con cambios no **comportamento** dos seus fillos e das súas fillas, como a falta de coidado co **aseo persoal**, os cambios de **humor** e o **deterioro nas relacións** cos seus familiares e amizades. Ademais, os cambios no **rendemento académico**, un aumento no **absentismo escolar**, a perda de interese nos **deportes** ou outras **actividades** favoritas, e os cambios nos hábitos de **comer** ou **durmir**, poderían estar relacionados co consumo de substancias psicoactivas ou poderían indicar que hai outros problemas.

Existen varias **escalas** para avaliar o consumo de cánnabis. A escala CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*)²⁷, é un cuestionario moi sinxelo de 6 preguntas ([Anexo 24.7](#)). O seu obxectivo é **detectar** o **consumo problemático** de cánnabis.

É importante reforzar aos non consumidores. No caso de detectarse consumo de cánnabis deberase facer unha intervención breve. No caso de detectarse un consumo problemático e que o/a menor necesite unha intervención máis intensiva, valorarase a súa derivación a unha unidade especializada.

Intervención breve a consumidores non problemáticos segundo o CAST

Proporcionar un consello breve: *“Recoméndoches que non o volvas a facer. O teu cerebro atópase aínda en desenvolvemento e consumir cánnabis ou calquera outra substancia psicoactiva pode afectar este desenvolvemento. O cánnabis tamén pode impedirche tomar boas decisións e levarte a facer cousas que lamentarás máis adiante”.*

Destacar os aspectos beneficiosos: reforzar as decisións positivas e saudables.

Intervención máis intensiva a consumidores con risco de ter problemas segundo o CAST

1. Establecer obxectivos individuais e plans de acción: facer un contrato durante 4 - 8 semanas de abstinencia co obxectivo de axudalo a determinar a gravidade do problema. Discutir formas para evitar con éxito o consumo. No seguimento, reforzar o éxito e para aqueles que non lograron manter a abstinencia ou que o obxectivo lles pareceu moi estresante, discutir a derivación para realizar unha avaliación máis extensa nunha unidade especializada.

2. Preguntar se os seus proxenitores saben que consume cánnabis, se é así, é preciso pedirlle permiso o/a menor para levar a cabo unha serie de recomendacións sobre este tema con eles. Se non é así, hai que ter en conta a idade do/da paciente, o grao de risco resultante do cribado e outras circunstancias; e considerárase romper a confidencialidade para incorporar aos proxenitores ao seguimento.

3. Establecer unha consulta de seguimento: xa que só unha sesión adicional pode marcar a diferenza.

4. Considerar a derivación a unha unidades especializada: con base á estimación do nivel de risco.

XOGO PATOLÓXICO, TRASTORNO POR XOGO EN INTERNET E USO DE TIC

Para **identificar patróns de xogo ou uso de internet e TIC problemáticos** os/as profesionais de pediatria deberán estar atentos ante as seguintes sinais de alarma¹⁵:

- Cando, a xuízo do clínico, a **frecuencia** da actividade sexa excesiva ou estea por enriba do inicialmente planeado polas familias ou a mocidade.
- Cando se observen (ou as familias refiran) comportamentos que indiquen que os/as menores poidan estar **ocultando** o seu patrón real da actividade (como as mentiras).
- Cando as familias expresen algún tipo de preocupación sobre a **saúde emocional** dos/das menores.
- Cando se refira ou observe que as **relacións familiares** ou cos seus iguais se atopan alteradas ou deterioradas.
- Cando se resinta o **rendemento académico** ou se refiran problemas relacionados co **sono**.
- Cando as familias refiran desaparicións de **diñeiro** ou enseres ou teñan constancia de problemas de roubos.
- Cando se saiba ou sospeite que os/as menores poidan estar experimentando ou consumindo algunha **substancia psicoactiva**.
- Cando a presenza de determinadas condicións **comórbidas** á marxe do uso de substancias (como os trastornos de personalidade, os do estado de ánimo ou os adaptativos) fagan pensar que o/a menor poida ter maior risco de desenvolver un problema co xogo.

O DSM-5¹¹ establece que para que se considere que existe un problema de **xogo patolóxico** a persoa debe ter un patrón persistente e recorrente que provoque deterioro

ou malestar clinicamente significativo, manifestado por 4 ou máis dos criterios relacionados no [Anexo 24.8](#) nun período de 12 meses. Existen diversas ferramentas de **cribado de patróns de xogo patolóxico**, algunhas delas deseñadas especificamente para poboación adolescente. É o caso do **cuestionario SOGS-RA**²⁸ (*South Oaks Gambling Screen-Revised for Adolescents*) ([Anexo 24.9](#)), que consta de 12 ítems e clasifica á poboación en 3 niveis: non xogador ou sen problemas de xogo, xogador en risco e xogador problema. Existen ferramentas máis curtas, como a **escala BAGS**²⁹ (*Brief Adolescent Gambling Screen*) que é un cuestionario específico para adolescentes composto por 3 ítems con 4 opcións de resposta (0 nunca; 1 case nunca; 2 algunhas veces; 3 con frecuencia). Unha puntuación total de 2 ou máis indicaría a necesidade de realizar unha avaliación máis pormenorizada. A escala é recente e aínda non está validada para a poboación española, polo que se propón o seu uso como guía da valoración do patrón de xogo nun contexto de tempo limitado. Os ítems son os seguintes:

- Con que frecuencia sentiches que poderías ter un problema coas apostas?
- Con que frecuencia ocultaches as apostas que fixeches aos teus pais, familiares ou profesorado?
- Con que frecuencia evitaches quedar con amizades que non apostan para facelo con outras que si o fan?

Para que se considere que existe un **trastorno por xogo en internet** o DSM-5¹¹ require un patrón de xogo que provoque deterioro e que inclúa 5 ou máis dos 9 criterios nun período de 12 meses. A Academia Americana de Pediatría (AAP) considera que³⁰, no caso de ter que usar unha ferramenta de cribado, podería ser a **Escala de cribado do trastorno por xogo en internet**³¹ (IGD, do seu nome en inglés, *Internet gaming disorder scale*) que está composta por 9 ítems ([Anexo 24.10](#)) con dúas opcións de resposta (si/non). Esta ferramenta traslada a preguntas cada un dos criterios diagnósticos recollidos no DSM-5 e establece igualmente o límite en 5 respostas afirmativas para considerar que existe un problema co xogo.

Nos últimos anos xurdiron multitude de escalas de cribado de **problemas relacionados co uso de internet e as TIC**, pero ningunha acadou un consenso amplo como a ferramenta ideal. Isto débese fundamentalmente á ausencia dunha definición clara do

fenómeno (que provoca que cada escala mida cousas diferentes) e á súa deficiente validación. O [Anexo 24.11](#) inclúe a **escala CERl**³² (*Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Internet*) que é relativamente breve (10 ítems) e conta con estudos de validación en poboación española. No caso de non usar esta ferramenta a valoración da severidade do problema podería facerse valorando a presenza das seguintes sinais de alarma¹⁶:

- Tempos de conexión anormalmente altos.
- Privación de sono para estar conectado.
- Descoido de outras actividades (contacto coa familia, relacións sociais, estudo ou coidado da saúde).
- Redución do rendemento escolar.
- Queixas do contorno sobre o uso de internet.
- Pensamentos recorrentes sobre o uso de internet.
- Síntomas negativos (irritabilidade, ansiedade) cando non se está utilizando, ou cando non se pode conectar.
- Intentos errados de limitar o tempo de conexión.
- Intentos de ocultar (mentir, enganar) sobre o tempo real adicado a conectarse.

Intervencións desde a consulta de pediatría

No caso de que o/a profesional de pediatría considere que o/a paciente ten un **problema relacionado co xogo ou co uso de internet e das TIC** que debe ser tratado e: 1) non dispón do tempo ou os recursos axeitados ou, 2) pola súa severidade non pode ser abordado coas pautas incluídas neste capítulo, poderá derivalo aos recursos asistenciais da **rede galega de asistencia aos trastornos adictivos**³³. A derivación estándar dirixirase á **Unidade asistencial de drogodependencias** da súa área xeográfica. No caso de que o/a paciente posúa algunha patoloxía concomitante, a derivación faríase á **Unidade de saúde mental** de referencia.

Estes recursos asistenciais avaliarán o caso e implementarán un plan terapéutico individualizado para tratar o problema que motiva a interconsulta. Entre as actuacións que se levarán a cabo está a educación sanitaria, a indicación e o control de tratamentos farmacolóxicos e as psicoterapias individuais e grupais.

ANEXOS

ANEXO 24.1. TERMOS MAL DEFINIDOS QUE SE RECOMENDA NON UTILIZAR

Hai termos mal definidos que é recomendable non utilizar ao trasladar as mensaxes tanto aos/ás menores de idade como aos seus proxenitores, xa que pola súa indefinición ou subxectividade, poden dar lugar á emisión de mensaxes ambiguos ou contraditorios, ou a que sexan interpretados de xeito inadecuado.

Desaconséllanse os seguintes termos:

Hábito: recoméndase falar sempre de consumo ou adicción (se a persoa a desenvolveu), e non de hábito, que é o termo que pretende a industria que se utilice para dar a falsa sensación de que deixar de consumir a substancia é sinxelo. Non se pode esquecer que estase a falar dunha substancia psicoactiva.

Consumo moderado de alcohol: é recomendable non usar o termo “moderado”, xa que é unha expresión inexacta que intenta describir unha forma de consumo que non causa problemas, oposto ao consumo excesivo. Unha forma máis axeitada sería “consumo de baixo risco” e isto tendo en conta que:

- Calquera nivel de consumo de alcohol implica riscos, e calquera consumo en menores é de risco.
- Referido a menores, tanto o consumo como a venda, subministro e distribución de alcohol é ilegal.

“Consumo razoable”, “consumo responsable” e “consumo social”: ao tratarse de termos vagos, indefinibles, dependen de criterios subxectivos, valores éticos, sociais e culturais que varían segundo as costumes, os tempos, os contextos e as características físicas, psíquicas e sociais das persoas.

“Consumo excesivo”: é un termo que non se debe usar, xa que supón a existencia dunha norma de consumo non excesivo e polo tanto axeitada a ese consumo,

considerado excesivo. Non se pode esquecer que estase a falar dunha substancia psicoactiva.

ANEXO 24.2. RECOMENDACIÓNS PARA AS FAMILIAS¹⁴

Algunhas das recomendacións para as familias que **reforzan os factores de protección e minimizan os factores de risco** son:

1. Fomente as actitudes de hixiene, respecto á saúde e responsabilidade nos seus fillos e fillas.
2. Manteña unha comunicación fluída cos seus fillos e fillas, falando sobre os temas que lles interesan e/ou preocupan e escoitando os seus puntos de vista e preocupacións.
3. Teña unha actitude clara e firme sobre o feito de que non deben consumir ningún tipo de substancia psicoactiva.
4. Axude aos seus fillos e ás súas fillas a resistir as presións dos seus iguais para probar as diferentes substancias psicoactivas, e reforce as actitudes e condutas de rexeitamento.
5. Supervise aos seus fillos e ás súas fillas (as actividades que realizan e os lugares que frecuentan).
6. Limite o uso de internet e das TIC.
7. Procure coñecer as amizades (e as súas familias) dos seus fillos e fillas e, se é posible, estableza normas e límites similares.

ANEXO 24.3. RELACIÓN DE MENSAXES CLAVE PARA TRABALLAR COAS FAMILIAS EN RELACIÓN CO USO DE INTERNET E AS TIC¹⁹

Un consenso de expertos da Academia Americana de Pediatría estableceu unha serie de mensaxes clave que deben ser debatidos coas familias cando se trate algún tema relacionado co xogo e o uso de internet e as TIC:

- **As TIC son un novo contorno.** A mocidade fai nelas o mesmo que se fixo sempre, pero agora de xeito virtual. Así, ao igual que calquera outro contorno, teñen aspectos positivos e negativos. O consumo mediático debe facerse de acordo cos valores e o estilo de crianza da súa familia. Cando o consumo mediático se fai reflexivamente e de xeito adecuado, pode mellorar a vida diaria. Pero se se fai sen pensalo moito e de xeito inadecuado, pode substituír actividades importantes.
- **A crianza dos/das menores non cambiou.** As regras educativas aplicables aos contornos presenciais serán tamén efectivas nos contornos virtuais. É preciso xogar cos/coas menores, establecer límites, transmitir cariño, involucrarse e coñecer ás súas amizades e os contornos nos que se moven.
- **Non é recomendable que se utilicen os videoxogos ou o tempo de conexión á rede como unha recompensa ou un castigo ou como elementos tranquilizadores.** Estes medios poden ser moi eficaces para manter aos/ás menores calmados/as e calados/as, pero non debe ser o único xeito de tranquilizalos. Débeselles ensinar como identificar e controlar as emocións fortes, ocorréselles actividades para controlar o aburrimiento ou para calmarse usando técnicas de respiración, así como a falar de xeitos para solucionar problemas e atopar outras estratexias para canalizar as emocións.
- **O exemplo é clave.** É preciso limitar o tempo que as persoas adultas utilizan as TIC, establecer normas tamén para elas e desenvolver actividades á súa marxe.
- **Apréndese dos demais.** A mocidade aprende mellor cando se utilizan canles bidireccionais e non unidireccionais (como o visionado pasivo de contidos). Por iso é importante buscar actividades interactivas nas que se impliquen as persoas adultas.

- **Os contidos importan.** A calidade dos contidos aos que accede a mocidade é máis importante que as plataformas que se utilizan para acceder a eles. Por iso é importante revisar e supervisar os contidos aos que accede a xente nova e comprobar que efectivamente son apropiados para a súa idade e estadio evolutivo. Máis de 80.000 aplicacións etiquétanse como educativas, pero poucos estudos de investigación revelaron o seu valor real. Os produtos que se promocionan como "interactivos" deben requirir máis que "pulsar e tocar o panel táctil". Revise as opinións de organizacións como *Common Sense Media* en inglés (Produtos mediáticos que teñen sentido), para ler as recensións sobre as aplicacións apropiadas para cada idade, xogos e programas para que o guíen no momento de elixir os mellores produtos para os seus nenos e nenas.
- **A implicación conta.** Ver xuntos, xogar xuntos e participar cos/coas menores nas actividades que realizan coas súas pantallas fomenta as interaccións sociais, a aprendizaxe e estreita lazos. Xogue aos videoxogos cos/coas menores. É unha boa forma de mostrarlles un bo espírito deportivo e as normas de bo xogo. Vexa algún programa con eles; terá a oportunidade de compartir as súas experiencias e perspectivas da vida, así como darlles consellos. Non se limite a supervisar o tempo que pasan en liña, senón que participe con eles/as para que se poida decatarse do que están facendo e ser parte das súas actividades.
- **O tempo de xogo é importante.** O tempo de xogo non estruturado e á marxe das TIC é clave para o desenvolvemento dos nenos e das nenas, especialmente dos máis novos.
- **Establecer límites.** O acceso e uso das TIC, así como calquera outra actividade, debe ter límites razoables e axeitados á idade dos/das menores.
- **O uso das TIC é positivo.** As TIC poden ser unha ferramenta útil para aprender, divertirse e relacionarse. As relacións que se establezan nestas plataformas serán unha parte clave do desenvolvemento da mocidade, e as redes sociais apoiarán a formación da súa personalidade.

- **Establecer zonas libres de TIC.** Certas actividades familiares deben realizarse á marxe das TIC (as comidas, o sono, etc.). Deste xeito os/as menores desenvolverán estilos de vida máis saudables.
- **A privacidade é importante.** É fundamental advertir aos/ás menores sobre a importancia da privacidade e os potenciais perigos dos depredadores sexuais (que adoitan usar as redes sociais e os xogos en liña) e as prácticas como o *sexting* ou o *ciberbullying*. Deben saber que unha vez que un contido é compartido con outros non poderán borrarlo ou desfacerse del por completo (incluíndo o envío de mensaxes de texto con imaxes indebidas). É importante tamén que estean familiarizados coa configuración das opcións de privacidade dos seus dispositivos.
- **Os nenos e nenas compórtanse como nenos/as.** Por iso cometerán erros utilizando as TIC, e as persoas adultas deberán utilizar eses momentos con empatía como oportunidades de aprendizaxe. De todos os xeitos, se aparecen certos comportamentos graves (*sexting*, *bullying*, etc.), debería valorarse a necesidade de solicitar axuda complementaria.

ANEXO 24.4. POR QUE É NECESARIO FACER O CRIBADO EN PACIENTES QUE ESTOU CASE SEGURO DE QUE NON BEBEN ALCOHOL?¹⁴

Ao falar de alcohol con todos/as os/as pacientes hai que demostrar que o/a profesional sanitario/a se preocupa pola súa saúde. Nos que non beben, ofrecer a oportunidade de reforzar e alentar as decisións intelixentes e saudables que están a facer.

Sábese que o reforzo positivo funciona e esta é unha gran oportunidade para empregalo. Ademais, a investigación indica que a mocidade posúe unha percepción máis positiva dos/das profesionais sanitarios/as sensibles a temas como o consumo de substancias, o que suxire que a xente nova pode esperar este nivel de atención.

O alcohol é unha substancia psicoactiva como o tabaco, o cánnabis, a cocaína ou a heroína, que pode xerar adicción. Máis da metade dos casos admitidos a tratamento na rede de saúde mental para tratamentos de desintoxicación e/ou deshabitación están causados polo alcohol. O alcohol leva a tratamento a máis persoas que o resto de substancias psicoactivas xuntas. É unha substancia psicoactiva depresora do SNC; pese a que os efectos inmediatos son a euforia e a desinhibición, con posterioridade o efecto é o contrario, adormecemento, estupefacción.

ANEXO 24.5. CALES SON AS SINAIS AGUDAS DE PERIGO (COMPORTAMENTOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS) QUE REQUIREN UNHA INTERVENCIÓN DE “ALTO RISCO” NO MOMENTO E PROBABLE DERIVACIÓN?¹⁴

- Alta inxesta de bebidas alcohólicas potencialmente letais.
- A combinación de alcohol con outras substancias psicoactivas, especialmente sedantes.
- Visitas hospitalarias ou lesións relacionadas con substancias; envelenamento por alcohol.
- Actividade sexual non planificada ou non protexida asociada co consumo de alcohol.
- Os signos de adicción ao alcohol: beber todos os días ou case todos os días; perda de memoria.

A entrevista motivacional é un estilo de orientación centrado no/na paciente que lle axuda a explorar a súa ambivalencia natural ata o cambio. A tarefa primordial é axudar o/a paciente a examinar as súas propias razóns a favor e en contra do cambio, e logo guialo ata unha resolución que desencadee o cambio nunha dirección saudable. A entrevista motivacional úsase na actualidade para facer fronte a moitos outros comportamentos relacionados coa saúde.

Como se fai? Non hai unha soa maneira para facela, cada interacción será tan individual como o/a paciente e as súas perspectivas, obxectivos, valores e crenzas. Ten catro principios básicos:

- 1. Expresar empatía:** adoptar unha postura cálida, sen prexuízos; escoitar activamente e reflexionar sobre o que di o/a menor para axudarlle a que se sinta escoitado/a.
- 2. Desenvolver a discordancia:** aumentar a conciencia sobre as consecuencias persoais do consumo de alcohol do/da menor; falar de como as súas metas, valores ou crenzas poderían verse obstaculizados ou comprometidos polo consumo de alcohol.

3. Non contrariar: recoñecer as crenzas e os sentimentos do/da menor; evitar dar unha conferencia ou debater; cambiar de marcha e afirmar a autonomía se o/a paciente mostra resistencia.

4. Apoiar a autoeficacia: expresar confianza na capacidade do/da menor para realizar un cambio; destacar os puntos fortes do/da menor e outros éxitos como exemplos.

- **Establecer obxectivos individuais e plans de acción:** facer un contrato durante 4 - 8 semanas de abstinencia, co obxectivo de axudalo/a a determinar a gravidade do problema. Discutir formas para evitar con éxito o consumo. No seguimento, reforzar o éxito e para aqueles/as que non lograron manter a abstinencia ou que o obxectivo lles pareceu moi estresante, discutir a derivación para realizar unha avaliación máis extensa nunha unidade especializada.
- Preguntarlle se os seus **proxenitores** saben que consume alcohol, se é así, é preciso pedirlle permiso ao/á menor para levar a cabo unha serie de recomendacións sobre este tema con eles. Se non é así, ter en conta a idade do/da paciente, o grao de risco resultante do cribado e outras circunstancias, e considere romper a **confidencialidade** para incorporar aos proxenitores ao seguimento.
- Establecer unha **consulta de seguimento**, xa que só unha sesión adicional de entrevista motivacional pode marcar a diferenza.
- Considerar a derivación para unha avaliación ou tratamento especializados con base na estimación do nivel de risco.

ANEXO 24.6. SE COMPARTES ESPAZO... VIVE SEN TABACO

Fumar é a principal causa previsible de enfermidade e morte no noso medio. O tabaco afecta tanto ás persoas que fuman como ás que as rodean. O fume ambiental do tabaco procede do que expulsa a persoa fumadora con cada chupada e da propia combustión do cigarro acendido. As persoas que, malia elixiren non fumar, se ven obrigadas a respirar o fume de tabaco, son fumadoras pasivas ou involuntarias.

Sabías que...? 1) o fume do tabaco contén máis de 4.000 substancias químicas, 50 delas moi tóxicas e canceríxenas, 2) a persoa fumadora pasiva inhala, entre outras substancias: a) nicotina: entre un 0,5 % e un 2 % da que inhalan as persoas que fuman, b) alcatrán: utilizado no asfalto de rúas e estradas, c) monóxido de carbono: mortal en espazos pechados cando hai unha combustión deficiente (caldeiras, estufas...), d) amoníaco: usado en limpacristais, e) cianuro de hidróxeno: veneno utilizado como raticida, f) cadmio: utilizado nas baterías (carcinóxeno pulmonar, encóntrase 6 veces máis concentrado no fume ambiental do tabaco), 3) unha persoa non fumadora que pasa unha hora nun espazo pechado con fume do tabaco pode chegar a inhalar o equivalente a “fumar de 1 a 3 cigarros”, 4) NON existe un nivel de exposición seguro. Pasar pouco tempo nun ambiente con fume de tabaco tamén ten o seu risco. O fume de tabaco sempre lle pasa factura á saúde e; 5) os sistemas de ventilación, aínda os máis modernos, non son totalmente eficaces para limpar o aire dos compoñentes perigosos do fume do tabaco.

Consecuencias da exposición ao fume de tabaco ambiental:

- **A curto prazo ou inmediatas:** 1) irritación ocular e nasal, 2) dor de cabeza e gorxa, 3) tose e espirros e; 4) sensación de incomodidade.
- **A longo prazo aumenta o risco de contraer:** 1) enfermidades cardiovasculares, 2) cancro de pulmón, 3) outros cancros (larinxe, mama...), 4) enfermidades respiratorias e agudización de procesos crónicos e; 5) problemas da visión (dexeneración macular, primeira causa de cegueira).

Respirar un ambiente con fume de tabaco supón un risco importante para a saúde de todas as persoas, e son máis vulnerables os bebés, os nenos e nenas en xeral, as

mulleres embarazadas e as persoas que padecen enfermidades crónicas (especialmente procesos cardíacos e respiratorios).

Protexa os nenos e nenas, non os faga respirar o fume do tabaco

- O fogar é o principal lugar de exposición continuada ao fume do tabaco.
- Os nenos e nenas inhalan ao ano unha cantidade de fume equivalente ao consumo de: 1) trinta cigarros se só fuma o pai, 2) cincuenta cigarros se só fuma a nai e; 3) oitenta cigarros se fuman ambos os dous.
- Os fillos e fillas de pais e/ou nais fumadores teñen un maior risco de presentar: 1) enfermidades respiratorias (tose, esgarro, rinite, bronquite, pneumonías e asma), 2) otite media supurativa, 3) procesos tumorais durante a súa infancia e adolescencia, 4) síndrome da morte súbita do lactante, 5) crises asmáticas, 6) ingresos hospitalarios por afeccións respiratorias e; 7) absentismo escolar.

Recomendacións:

- Non fume, sexa un bo exemplo para os seus fillos e as súas fillas.
- Se non é capaz, evite fumar diante deles/as:
 - ao darlles de comer, xogar ou axudarlles a facer os deberes
 - en lugares pechados: na casa, no coche...
- Evite frecuentar con eles/as establecementos hostaleiros nos que estea permitido fumar.
- Lembre: os fillos de pais e nais que non fuman teñen máis posibilidades de non comezar a fumar na adolescencia.
- Que o seu fillo ou a súa filla sexa máis san fará que a súa calidade de vida sexa mellor.

Fumar durante o embarazo

- Produce danos na placenta, co que aumenta o risco de abortos espontáneos e de partos prematuros.
- Afecta ao crecemento do feto e, especialmente, ao peso do bebé ao nacer.
- Incrementa o risco de morte súbita infantil durante o primeiro ano de vida do bebé.

Os fetos das nais fumadoras convértense nas primeiras persoas fumadoras involuntarias.

Nunca é tarde para deixar de fumar e sempre é beneficioso. Facelo durante o embarazo daralle ao seu fillo ou a súa filla a posibilidade de desenvolverse nun ambiente libre de fume do tabaco.

Fumar durante a lactación

- A nicotina pasa ao leite e dálle mal sabor, co que produce no bebé rexeitamento do alimento, atraso no crecemento, maior irritabilidade, vómitos, diarreas, alteracións do sono e cólicos intestinais.
- Acurta o tempo de produción do leite e tamén é máis escaso.
- Non fume, é o mellor para a súa saúde e a do seu fillo ou filla.
- Se continúa fumando, intente reducir ao máximo o seu consumo e deixe pasar, polo menos, unha hora entre o último cigarro e o momento de dar de mamar. Lembre que a redución do consumo diario non é suficiente e, ademais, é moito máis difícil de manter.
- Non fume nunca diante do seu fillo ou da súa filla, nin no mesmo cuarto. Durante o embarazo e a lactación debe pedirilles aos demais que non fumen na súa presenza nin na do seu bebé.

Fumar prexudica a vostede e a quen está ao seu arredor. Se é unha persoa fumadora, por favor:

- Respecte o dereito de todas as persoas a respirar un aire libre de tabaco. Respecte os espazos sen fume.
- Intente crear “espazos sen fume no seu fogar”. Intente fumar só en espazos abertos (terrazas, balcóns, xardín...) e, se non é posible, escolla un espazo fácil de ventilar, renove o aire con frecuencia e retire os cincheiros do resto da casa.
- Evite fumar diante das persoas enfermas, mulleres embarazadas, nenos/as, adolescentes e anciáns/ás.
- Antes de acender un cigarro, lembre que, aínda que as persoas que ten preto lle digan que non lles molesta, o fume do tabaco prexudícaas, e estalles a facer dano.

ANEXO 24.7. ESCALA CANNABIS ABUSE SCREENING TEST (CAST)²⁷

Consta de 6 preguntas que avalían a frecuencia (nos últimos 12 meses) do uso recreativo de cánnabis, a existencia de problemas de memoria, os intentos de abandono e os posibles problemas derivados do seu uso. As 6 preguntas contéstanse nunha escala con 5 opcións de resposta (0 'nunca', 1 'rara vez', 2 'de vez en cando', 3 'bastante a miúdo' e 4 'moi a miúdo'). Para a corrección asígnase 1 punto a partir de "de vez en cando" (incluído) nas 2 primeiras preguntas e "rara vez" nas demais. Obtense unha puntuación entre 0 e 6 puntos. En función desta puntuación clasifícanse aos/ás usuarios en 3 grupos: consumidores non problemáticos (0-1), consumidores con risco de ter problemas (2-3) e consumidores con risco elevado de ter problemas (4 ou máis). Considérase que unha persoa consumidora é problemática ou de risco se na escala ten unha puntuación ≥ 4 . O CAST é sinxelo e de fácil administración, a súa utilización permitiría detectar aos mozos e mozas que poderían estar en risco de presentar trastorno por uso de cánnabis. Ademais, pode axudar a orientar o diagnóstico e dirixir a programas de tratamento específicos.

ESCALA CAST

1. Fumaches marihuana antes do mediodía?

Nunca Rara vez De vez en cando A miúdo Moi a miúdo

2 Fumaches marihuana estando só/soa?

Nunca Rara vez De vez en cando A miúdo Moi a miúdo

3. Tiveches problemas de memoria ao fumar marihuana?

Nunca Rara vez De vez en cando A miúdo Moi a miúdo

4. Dixéronche as túas amizades ou alguén da familia que deberías reducir o consumo de marihuana?

Nunca Rara vez De vez en cando A miúdo Moi a miúdo

5. Intentaches reducir o consumo de marihuana sen conseguilo?

Nunca Rara vez De vez en cando A miúdo Moi a miúdo

6. Tiveches problemas debido ao teu consumo de marihuana?

Nunca Rara vez De vez en cando A miúdo Moi a miúdo

ANEXO 24.8. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE XOGO PATOLÓXICO SEGUNDO O DSM-5¹¹

Patrón de xogo patolóxico, problemático, persistente e recorrente que provoca un deterioro ou malestar clinicamente significativo e se manifesta porque a persoa presenta catro ou máis dos seguintes criterios durante un período de 12 meses:

1. Necesidade de apostar cantidades de diñeiro cada vez maiores para acadar a excitación desexada.
2. Nerviosismo ou irritabilidade cando intenta reducir ou abandonar o xogo.
3. Realización de esforzos repetidos para controlar, reducir ou abandonar o xogo, sempre sen éxito.
4. A miúdo ten a mente ocupada con apostas.
5. A miúdo aposta cando sinte desasosego (desamparo, culpabilidade, ansiedade ou depresión).
6. Despois de perder diñeiro nas apostas adoita volver a xogar para intentar recuperar as perdas.
7. Mente para ocultar o seu grao de implicación no xogo.
8. Puxo en perigo ou perdeu algunha relación importante, un emprego ou unha carreira académica ou profesional por culpa do xogo.
9. Conta coas persoas do seu contorno para que lle dean diñeiro para aliviar a súa situación financeira provocada polo xogo.

ANEXO 24.9. CUESTIONARIO DE CRIBADO DE XOGO PATOLÓXICO EN POBOACIÓN ADOLESCENTE (*SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN-REVISED FOR ADOLESCENTS (SOGS-RA)*)²⁸

Cuestionario de **cribado de xogo patolóxico** deseñado especificamente para poboación adolescente, composto por 12 ítems. O ítem 1 consta de 4 alternativas de resposta (todo o tempo; a maior parte do tempo; nalgún momento; nunca) e o resto de dúas alternativas (si/non). Cada resposta afirmativa puntúa 1 punto (e “todo o tempo” e “a maior parte do tempo” no caso do ítem 1). O resto puntúan 0. As puntuacións proporcionan **3 categorías**: non xogador ou sen problemas de xogo (0 - 1 respostas afirmativas), xogador en risco (2 - 3 respostas afirmativas) e xogador problema (4 ou máis respostas afirmativas). Previsiblemente as persoas xogadoras problema estarán tendo problemas co xogo que lles estarían repercutindo negativamente no seu funcionamento cotiá, mentres que as persoas xogadoras en risco estarían nun estadio menos grave, pero o seu patrón de xogo poderíalles causar problemas no futuro.

Os ítems preguntan sobre os seguintes síntomas durante o último ano:

1. Con que frecuencia volviches outro día a xogar para recuperar o diñeiro perdido?
2. Se apostaches cartos, sempre afirmaches que gañarás aínda que na realidade perderas?
3. Algunha vez causouche problemas como discusións coa túa familia ou amizades, ou problemas na escola ou no traballo?
4. Xogaches algunha vez máis do que tiñas planeado?
5. Alguén te criticou polo teu xogo ou che dixo que tiñas un problema co xogo, a pesar de que creas que non é certo?
6. Sentícheste mal algunha vez pola cantidade económica apostada ou polo que ocorre cando apostas cartos?
7. Sentiches algunha vez que che gustaría deixar de xogar pero non te sentiches capaz de facelo?

8. Ocultaches algunha vez á túa familia ou amizades boletos, billetes de lotería, diñeiro obtido polo xogo ou outros signos de xogar?
9. Tiveches algunha vez discusións sobre cartos coa túa familia ou amizades que se centraron no xogo?
10. Pediches cartos para xogar e non os devolviches?
11. Faltaches algunha vez á escola ou ao traballo debido ao xogo?
12. Pediches prestados cartos ou roubaches algo para xogar ou pagar débedas causadas polo xogo?

ANEXO 24.10. ESCALA DE CRIBADO DO TRASTORNO POR XOGO EN INTERNET IGD³¹

A escala de cribado do trastorno por xogo en internet IGD está composta por 9 ítems con dúas opcións de resposta (si/non) nos que se trasladan a preguntas cada un dos 9 criterios diagnósticos recollidos no DSM-5. A partires de 5 respostas afirmativas poderíase considerar que existe un problema co xogo en internet.

Os ítems preguntan sobre os seguintes síntomas durante o último ano:

1. Houbo períodos de tempo nos que todo o que pensabas era cando chegaría o momento de xogar?
2. Sentícheste insatisfeito porque querías xogar máis tempo?
3. Sentícheste mal cando non puideches xogar?
4. Fuches incapaz de reducir o tempo que pasabas xogando despois de que a xente do teu contorno che dixera que xogaras menos?
5. Xogaches para non pensar en outras cousas que che preocupaban?
6. Tiveches discusións con outras persoas sobre as consecuencias do teu xogo?
7. Ocultaches a outras persoas a cantidade de tempo que ocupaches xogando?
8. Perdiches o interese en hobbies ou actividades debido a que só querías xogar?
9. Tiveches conflitos familiares ou con amizades debido ao tempo que pasaches xogando?

ANEXO 24.11. CUESTIONARIO DE EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON INTERNET (CERI)³²

Escala composta por 10 ítems con catro alternativas de resposta (1 case nunca; 2 algunhas veces; 3 bastantes veces e; 4 case sempre). Contempla 2 factores distintos: un analiza os conflitos intrapersoais e o outro os conflitos interpersoais.

Os autores establecen 3 puntos de corte: usuarios que non teñen problemas (10 a 17 puntos), persoas que teñen problemas ocasionais (18 a 25 puntos), e persoas que padecen problemas frecuentes (26 a 40 puntos).

Ítems:

1. Cando tes problemas, conectarte a internet axúdache a evadirte deles?
2. Con que frecuencia anticipas a túa próxima conexión á rede?
3. Pensas que a vida sen internet é aburrida, baleira e triste?
4. Enfádaste ou irritaste cando alguén te molesta mentres estás conectado?
5. Cando navegas por internet, pásache o tempo sen darte conta?
6. Resúltache máis fácil ou cómodo relacionarte coa xente a través de internet que en persoa?
7. Con que frecuencia fas novas amizades con persoas conectadas a internet?
8. Con que frecuencia abandonas cousas que estás a facer para estar máis tempo conectado á rede?
9. Pensas que o teu rendemento académico ou laboral viuse afectado negativamente polo uso da rede?
10. Cando non estás conectado a internet, sénteste axitado ou preocupado?

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. ESTUDES 2016/2017: Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2018. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm.
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. EDADES 2017: Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2018. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf.
3. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: WHO; 2014. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf?sequence=1.
4. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD). Bienvenidos a El Trecho. El camino en donde las cosas se empiezan a hacer. Madrid: FAD; 2018. Disponible en: <https://www.fad.es/campana/el-trecho/>.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2017: vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención; Resumen. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258599/WHO-NMH-PND-17.4-spa.pdf?sequence=1>.
6. Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública. SICRI: Sistema de Información sobre Conduñas de Risco. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2017. Disponible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/SICRI-Sistema-Información-sobre-Conduñas-de-Risco>.

7. Becoña Iglesias E, Cortés Tomás M, Pedrero Pérez EJ, Fernández Hermida JR, Casete Fernández L, Bermejo González MP, et al. Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Valencia: SOCIDROGALCOHOL (Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías); 2008. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_231208_EN_ES03_GuiaClinicaIntPsicologica.pdf.
8. Vázquez Fernández ME, Muñoz Moreno MF, Fierro Urturi A, Alfaro González M, Rodríguez Carbajo ML, Rodríguez Molinero L. Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. Rev Pediatr Aten Primaria. 2014;16(62):125-34.
9. Gentile DA, Bailey K, Bavelier D, Funk Brockmyer J, Cash H, Coyne SM, et al. Internet gaming disorder in children and adolescents. Pediatrics. 2017;140(2):S81-S85.
10. Cho H, Kwon M, Choi JH, Lee SK, Choi JS, Choi SW, et al. Development of the internet addiction scale based on the internet gaming disorder criteria suggested in DSM-5. Addict Behav. 2014;39:1361-6.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
12. Rial Boubeta A, Golpe S, Barreiro C, Gómez P, Isorna Folgar M. La edad de inicio en el consumo de alcohol en adolescentes: implicaciones y variables asociada. Adicciones. 2018;32(1):52-62.
13. Erol A, Karpyak VM. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: contemporary knowledge and future research considerations. Drug Alcohol Depend. 2015;156:1-13.
14. Alonso Alonso O, Amador Tejón V, Argüelles Otero L, García Alas N, García Tardón S, González Fernández A, et al. Guía de prevención del consumo de alcohol en la edad pediátrica. Oviedo: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; 2016. Disponible en: https://www.asturias.es/webasturias/GOBIERNO/ACTUALIDAD/pdfs/2017/2017_03_30_guia_alcohol.pdf.

15. Gupta R, Pinzon JL; Canadian Paediatric Society, Adolescent Health Committee. Gambling in children and adolescents. *Paediatr Child Health*. 2012;17(5):263-6.
16. Cía AH. Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las adicciones conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Rev Neuropsiquiatr*. 2013;76(4):210-7.
17. World Health Organization (WHO). Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Geneva: WHO; 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311664/9789241550536-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
18. American Academy of Pediatrics. Family media plan. Washington, DC: American Academy of Pediatrics; 2016. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/spanish/media/paginas/default.aspx>.
19. Brown A, Shifrin DL, Hill DL. Beyond 'turn it off': How to advise families on media use. *AAP News*. 2015;36(10);54.
20. Labrador F, Requesens A, Helguera M. Guía para padres y educadores sobre el uso seguro de internet, móviles y videojuegos. Madrid: Fundación Gaudium; 2018. Disponible en: https://www.ucm.es/data/cont/docs/39-2015-03-22-Guía_para_padres_y_educadores_sobre_el_uso_seguro_de_Internet,_videojuegos_y_móviles.pdf.
21. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008. Update. Clinical practice guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008. Traducción al español: Jiménez Ruiz CA, Jaén CR (Coordinadores da tradución). Guía de tratamiento del tabaquismo. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR; 2010. Disponible en: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/clinicians/update/treating_tobacco_use08_sp.pdf.
22. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Stop smoking interventions and services. NICE guideline 92; 2018. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng92/resources/stop-smoking-interventions-and->

[services-pdf-1837751801029](#).

23. Office on Smoking and Health (US). The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the surgeon general. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2006. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44324/>.

24. Córdoba-García R, García-Sánchez N, Suárez López de Vergara RG, Galván Fernández C. Exposición al humo ambiental de tabaco en la infancia. An Pediatr (Barc). 2007;67(2):101-3.

25. National Institute on Drug Abuse (NIDA). La marihuana. NIDA; 2019. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-marihuana>.

26. Feeney KE, Kampman KM. Adverse effects of marijuana use. Linacre Q. 2016;83(2):174-8.

27. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. J Subst Use. 2007;12:233-42.

28. Becoña E. Pathological gambling in Spanish children and adolescents: An emerging problem. Psychol Rep. 1997;81:275-87.

29. Stinchfield R, Wynne H, Wiebe J, Tremblay J. Development and psychometric evaluation of the Brief Adolescent Gambling Screen (BAGS). Front Psychol. 2017;8:2204.

30. Gentile DA, Bailey K, Bavelier D, Brockmyer JF, Cash H, Coyne SM, et al. Internet gaming disorder in children and adolescents. Pediatrics. 2017;140(2):S81-S85.

31. Lemmens JS, Valkenburg PM, Gentile DA. The internet gaming disorder scale. Psychol Assess. 2015;27(2):567-82.

32. Beranuy M, Chamarro A, Graner C, Carbonell X. Validación de dos escalas breves para evaluar la adicción a internet y el abuso de móvil. Psicothema. 2009;21(3):480-5.

33. Consellería de Sanidade, Dirección de Asistencia Sanitaria. O circuío de asistencia sanitaria aos trastornos adictivos de Galicia. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2012. Disponible en:

<https://extranet.sergas.es/catpb/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IdPaxina=40008&IDCatalogo=2223>.

Outra bibliografía recomendada:

- Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública. Axude aos seus fillos: afágaos a vivir sen tabaco. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Dispoñible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/3412/Axude aos seus fillos.pdf>.
- Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública. Axudas, consellos e accións para deixar de fumar. Chegou o momento. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2019. Dispoñible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/6385/voudeixardefumar.pdf>.
- Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública. Solta amarras: vive sen tabaco. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2017. Dispoñible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/3408/Solta amarras.pdf>.
- Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Saúde Pública. Se compartes espazo... vive sen tabaco. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Dispoñible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/3409/Se compartes espazo.pdf>.

25. Prevención e detección do maltrato e abuso infantil

Autores: Tania Isabel Blanco Pena, David Fachal Vázquez e Lucía Rivas Arribas

25.1. INTRODUCCIÓN

O maltrato infantil supón unha causa importante de morbimortalidade pediátrica e asóciase a problemas de saúde físicos e mentais na infancia e posteriormente na idade adulta. Por esta razón, é fundamental que o persoal sanitario que atende aos/ás menores, recoñeza aos/ás nenos/as en risco, apoie no manexo multidisciplinar e traballe en estratexias de prevención do problema.

A Organización Mundial da Saúde (OMS) estima que 40 millóns de nenos/as menores de 15 anos sofren maltrato e/ou abandono. É por iso que se trata dun problema relevante, que con frecuencia pasa desapercibido nas consultas/atencións sanitarias (cálculase que só se detectan entre o 10 - 20 % dos casos reais de maltrato). Máis do 40 % das mortes por maltrato ocorren en menores de 12 anos e a maioría dos traumatismos craneoencefálicos fatais en menores de 2 anos, son consecuencia do maltrato¹.

Segundo o *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia* do Observatorio da Infancia, o tipo máis frecuente de maltrato é a negligencia, que representa case que o 50 % do total dos tipos de sospeita de maltrato rexistrados nas 16.777 notificacións ao Rexistro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI) no ano 2017².

Por outra banda, na Comunidade Autónoma de Galicia, creouse o Observatorio Galego da Familia e da Infancia (Decreto 43/2019, de 11 de abril), pero aínda non se dispón de datos publicados. Segundo o Informe de Unicef "A infancia en Galicia 2018", de máis de 1.500 denuncias por delitos cometidos contra menores de idade, 90 nenos e 193 nenas son vítimas de maltrato no ámbito familiar en Galicia³.

Partindo do marco ofrecido polas Nacións Unidas respecto á conceptualización da violencia contra a infancia nun senso amplo, o Observatorio da Infancia definiu o **maltrato infantil** como a acción, omisión ou trato negligente, non accidental, que priva ao neno ou nena dos seus dereitos e o seu benestar, que ameaza ou interfere o seu ordenado desenvolvemento físico, psíquico ou social e que poden ser provocados por persoas, institucións ou a propia sociedade⁴. A [Táboa 25.1](#) recolle os tipos de maltrato infantil.

Táboa 25.1. Clasificación do maltrato infantil
<ul style="list-style-type: none">• Maltrato físico• Maltrato psicológico• Neglixencia<ul style="list-style-type: none">◦ Física◦ Psicológica• Abuso sexual• Enfermidade orixinada pola persoa coidadora• Acoso escolar (acoso entre pares)• Outras formas de maltrato:<ul style="list-style-type: none">◦ Violencia de xénero entre adolescentes◦ Ciberacoso◦ <i>Grooming</i>◦ <i>Sexting</i>◦ Maltrato institucional◦ Mutilación xenital feminina

25.1.1. FACTORES DE RISCO

Existen factores de risco de maltrato infantil sociais, psicológicos e da propia persoa menor que se deben ter en conta na consulta de atención primaria (AP) ([Táboa 25.2](#)).

Táboa 25.2. Factores de risco de maltrato infantil

• Proxenitores moi novos (principalmente adolescentes)
• Prematuridade e baixo peso ao nacer
• Embarazos non planificados
• Familias con antecedentes de maltrato (tanto entre adultos como infantil)
• Familias en risco psicosocial (marxinación, illamento social, falta de apoio familiar, toxicomanías...)
• Proxenitores con actitude intolerante ou indiferente cara os/as fillos/as
• Ter sufrido maltrato infantil

Cabe sinalar a **importancia dos factores de risco social prenatal** tal como se recolle na Lei 26/2015 do 28 de xullo⁵, de modificación do sistema de protección á infancia e á adolescencia, que inclúen a falta de coidado físico da muller xestante ou o consumo abusivo de substancias con potencial adictivo, que prexudique o normal desenvolvemento ou lle puidese provocar enfermidades ou anomalías físicas, mentais ou sensoriais ao bebé. Nestas situacións, tras o nacemento, realizarase unha intervención social coa persoa menor e a súa unidade familiar co fin de que, se fose necesario, se declare a situación de risco ou desamparo do/da menor para a súa adecuada protección.

25.2. PUNTOS A DESTACAR

A continuación descríbense brevemente os diferentes tipos de maltrato^{6,7}.

25.2.1. MALTRATO FÍSICO

É unha agresión inflixida por un adulto a un/unha neno/a na que intervéen a forza física deliberada, ben co propio corpo, ben por medio dun obxecto, para golpear ou ferir o/a neno/a e producirlle unha lesión ou enfermidade.

Aínda que é o máis coñecido, é menos frecuente que o psicolóxico e a negligencia. A posibilidade ou sospeita de que haxa un maltrato, esixe realizar e completar todo o proceso diagnóstico. É moi importante ter en conta que non se pode dar de alta a unha persoa menor maltratada se antes non existe a seguridade de que estea debidamente

protexida. Ante unha sospeita de maltrato hai que tomar decisións, sempre tendo en conta que o que prevalece é a seguridade da persoa menor.

25.2.2. MALTRATO PSICOLÓXICO

Este tipo de maltrato, inclúe a agresividade verbal (insultos, vexacións, desprezos...) mantida no tempo e o bloqueo da interacción infantil (peches, evitación...).

Existen unha serie de condutas por parte dos proxenitores/titores da persoa menor de idade que dan lugar a este tipo de maltrato. A actuación puntual dalgunha destas maneiras non adoita representar un problema para a persoa menor de idade, pero si o será cando estas condutas son repetitivas e continuadas:

- Rexeitamento.
- Illamento.
- Aterrorizar (castigos ou berros desmesurados).
- Ignorar ou menosprezar.

Algúns autores clasifican este tipo de maltrato en tres niveis:

- Leve: non hai intención de danar o/a menor e é máis ben unha falta de habilidades e/ou coñecementos para tratar o/a neno/a.
- Moderado: pode haber intención en facer dano por parte dun dos proxenitores/titores.
- Grave: intención de danar o/a neno/a. Nestes casos adoita ser necesario separar o/a neno/a do núcleo familiar.

25.2.3. NEGLIXENCIA (FÍSICA OU PSICOLÓXICA)

É o tipo de maltrato máis frecuente, representando case o 50 % do total de tipos de maltrato rexistrados.

As persoas menores máis afectadas son as de menos de 5 anos. Inclúe a neglixencia física, emocional, educativa, médica...

A negligencia física é a non atención das necesidades básicas somáticas (hixiene, alimentación, coidados sanitarios...) e da protección do/da menor (exposición a situacións de risco). A negligencia psicolóxica é a falta de resposta emocional e a non interacción/contacto co/coa menor.

Na consulta de pediatría haberá que estar especialmente atentos aos seguintes indicadores:

- Falta de hixiene de forma habitual.
- Vestimenta non adecuada ás necesidades climáticas.
- Fatiga inhabitual.
- Baixo rendemento escolar non xustificable.
- Neno/a que foi abandonado/a.
- Falta de seguimento sanitario, atrasos na solicitude de asistencia, incumprimento terapéutico, falta de vacinación.
- Plaxiocefalia ou alopecia marcada.
- Caries dentais extensas.
- Desnutrición en ausencia de patoloxía ou situación social dificultosa.
- Somnolencia esaxerada.
- Traumatismos ou accidentes repetidos por falta de supervisión.

Desde o punto de vista sanitario, é importante descartar que as manifestacións clínicas sexan debidas a causa orgánica. Por outra banda, é importante valorar a capacidade ou non das persoas coidadoras de proporcionar á persoa menor as necesidades básicas. O fundamental será sempre salvagardar a súa saúde.

25.2.4. ABUSO SEXUAL INFANTIL

Segundo a OMS, o abuso sexual defínese como a participación dun neno ou nena en actividades sexuais que non comprende plenamente, nas que non pode consentir con coñecemento de causa ou para as que non está suficientemente desenvolvido/a, ou que transgreden leis ou tabús sociais. Os nenos e nenas poden ser obxecto de abusos sexuais por parte de persoas adultas ou doutras persoas menores que, ou en razón da súa idade ou do seu estado de desenvolvemento, estean nunha situación de responsabilidade, confianza ou poder en relación coa súa vítima¹.

Unha definición sinxela que pode facilitar a súa comprensión é a do *National Center of Child Abuse and Neglect*: contactos e interaccións entre unha persoa menor de idade e unha persoa adulta (agresora) que usa ao neno ou nena para estimularse sexualmente a si mesma, ao/á neno/a ou a outra persoa. O abuso sexual pode ser tamén cometido por unha persoa menor de 18 anos, cando esta é significativamente maior que o/a neno/a (víctima) ou cando a persoa agresora está nunha posición de poder ou control sobre a outra⁸.

É difícil establecer unha definición de abuso sexual que sexa unanimemente aceptada; pero si existe unanimidade en sinalar que o abuso sexual é considerado como unha forma de utilizar aos/ás menores para a satisfacción sexual, na que se produce unha asimetría de poder e de control sobre a vítima. No abuso sexual as persoas menores son utilizadas polas persoas que cometen o abuso ou agresión (abusadora/agresora). A relación baséase no control, a persoa agresora intenta someter a vontade da vítima de forma persistente, utilizando todas as estratexias ao seu alcance para conseguilo. Neste sentido, a maioría das descrições indican polo menos catro características clave⁸:

1. Actos con ou sen contacto con fins sexuais (explícitos ou non).
2. Sucesos entre menores ou unha persoa menor cunha adulta.
3. Non requiren probas de uso da forza ou a coacción (a diferenza de definicións legais).
4. Poden implicar unha finalidade de explotación (prostitución ou produción de imaxes).

No caso de agresión sexual, a diferenza do abuso, hai violencia e intimidación. O máximo grao de agresión sexual é a penetración ou introdución de obxectos por vía anal, vaxinal ou bucal (violación)⁹.

Principais signos de sospeita de agresión sexual⁶:

- Traumatismo anoxenital.
- Dor anal ou xenital crónico.
- Rectorraxia.
- Enfermidade de transmisión sexual.
- Infeccións urinarias de repetición.
- Infección xenital.
- Corpo estraño en vaxina ou ano.
- Dificultades para camiñar o sentarse.

Táboa 25.3. Principais consecuencias a curto prazo do abuso sexual en menores e adolescentes⁸

		Período evolutivo	
Tipo	Síntoma	Infancia	Adolescencia
Físico	Perda do control de esfínteres	*	
	Problemas de sono (pesadelos)	*	*
	Cambios nos hábitos de comida	*	*
Condutual	Hiperactividade	*	
	Baixo rendemento académico	*	*
	Consumo de drogas ou alcohol		*
	Fuxidas do fogar		*
	Condutas autolesivas ou suicidas		*
Emocional	Medo xeneralizado	*	
	Hostilidade e agresividade	*	*

Táboa 25.3. Principais consecuencias a curto prazo do abuso sexual en menores e adolescentes⁸

		Período evolutivo	
Tipo	Síntoma	Infancia	Adolescencia
	Culpa e vergoña	*	*
	Depresión e ansiedade	*	*
	Baixa autoestima e sentimentos de estigmatización	*	*
	Rexeitamento do propio corpo	*	*
	Desconfianza e rencor cara as persoas adultas	*	*
	Trastorno de estrés postraumático	*	*
Sexual	Condutas exhibicionistas	*	
	Coñecemento sexual precoz ou inapropiado para a súa idade	*	*
	Masturbación compulsiva	*	*
	Excesiva curiosidade sexual	*	*
	Problemas de identidade sexual		*
Social	Déficit en habilidades sociais	*	
	Retraemento social	*	*
	Condutas antisociais		*

25.2.5. ENFERMIDADE XERADA POLA PERSOA COIDADORA

É unha forma pouco frecuente de maltrato. Neste caso os proxenitores/titores legais responsables do coidado da persoa menor de idade inventan síntomas no/na menor ou provocan enfermidades, para xerar un proceso diagnóstico e atención sanitaria continuada, levando iso a unha importante iatroxenia.

Os proxenitores/titores legais son moi colaboradores e adoitan ter coñecementos médicos. Non mostran excesiva preocupación. A pesares de que a persoa menor está aparentemente ben, acoden con moita frecuencia ao/á médico/a e requiren de procedementos diagnósticos. Como formas máis comúns atópanse: febre, hemorraxias (hemoptise, hematuria), signos neurolóxicos (sedación, convulsións...), gastrointestinais (diarrea, vómitos).

25.2.6. ACOSO ESCOLAR

Defínese clásicamente como unha conduta de persecución física e/ou psicolóxica que realiza unha persoa menor contra outra, á que elixe como vítima de repetidos ataques. Esta acción negativa e intencionada sitúa á vítima nunha posición da que dificilmente pode saír polos seus propios medios. Cabe destacar que a reiteración das condutas é un elemento distintivo do acoso escolar, que permite diferencialo do conflito illado, aínda que o trazo que o define é a situación de desequilibrio (situación de superioridade ou vantaxe de quen perpetra a agresión fronte á desvantaxe ou inferioridade de quen a sofre)¹⁰.

Son indicadores ou síntomas de alerta o incremento de faltas de asistencia a clase, negativa a acudir ao centro, descenso marcado do rendemento escolar, ausencia de amizades, problemas de concentración e atención, somatizacións, abandono de afeccións...

Cada vez hai máis presenza do *ciberbullying* que sería a intimidación psicolóxica entre iguais, con frecuencia tamén no ámbito escolar, sostida no tempo e cometida con regularidade, mediante tecnoloxías, cuxa natureza determina as características do fenómeno (inmediatez, amplificación, difusión...), que ten como obxectivo danar á vítima.

25.2.7. OUTRAS FORMAS DE MALTRATO¹¹

25.2.7.1. VIOLENCIA CONTRA A MULLER NA PARELLA

A Asociación Americana de Pediatría estableceu no ano 1998 que o maltrato ás mulleres é tamén un problema pediátrico. Os fillos e fillas de mulleres maltratadas son vítimas directas da devandita violencia, que se manifesta en lesións físicas derivadas das agresións, retardo do crecemento, alteracións na alimentación, aumento da patoloxía psicosomática, alteracións emocionais, dificultades cognitivas e condutuais. A convivencia con situacións de violencia contra a muller na parella asóciase á aparición de maltrato en idades máis temperás, comparado con fogares nos que non existe ese tipo de violencia, sendo o pai o agresor principal.

25.2.7.2. ACOSO ENTRE PARES

Conduta agresiva física ou psicolóxica, repetida no tempo, que realiza unha persoa menor de idade (agresora) contra outra tamén menor (víctima), e na que a persoa agresora establece unha relación de dominancia que lle reporta unha gratificación social e/ou individual, e incapacita á vítima para saír desa situación, acrecentando a sensación de indefensión e illamento. Asíciase a secuelas significativas na vítima (baixa autoestima, ansiedade, illamento, absentismo escolar, fobias, trastornos psicosomáticos, depresión, ideación e intentos de suicidio). Na persoa agresora pode observarse vandalismo, abuso de tóxicos, delincuencia, fracaso escolar e profesional, uso da violencia como forma de relacionarse...

25.2.7.3. CIBERACOSO E *CYBERBULLYING*

Son prácticas de intimidación, realizadas a través de internet ou telefonía móbil, que se realizan con intención de danar, repetíndose no tempo. O *cyberbullying* dáse entre dous iguais, é dicir, entre nenos ou adolescentes. No ciberacoso ou acoso cibernético están involucradas persoas adultas.

Diferénciase do acoso entre pares tradicional polo anonimato das persoas agresoras, a posibilidade dos ataques ininterrompidos, a publicidade, e a omnipresenza da persoa agresora.

25.2.7.4. *GROOMING*

Son accións deliberadas por parte dunha persoa adulta encamiñadas a establecer contacto cunha persoa menor en internet, co obxectivo de obter unha satisfacción sexual. Pasa por varias fases, ata que a persoa *groomer* alcanza o seu obxectivo final, que é chegar a establecer unha relación estreita fingindo ser outra persoa menor e propiciar condutas/expresións de contido sexual progresivamente explícito, ata chegar á chantaxe e forzar o contacto sexual.

25.2.7.5. *SEXTING*

É o envío a través do teléfono móbil de fotografías e vídeos de contido sexual variable, gravados pola persoa protagonista dos mesmos, con voluntariedade e sen coacción. O

problema é que unha vez que a imaxe se difunde sen o seu consentimento a través da rede é imposible eliminala, podendo desencadearse situacións de escarnio ou humillación.

25.2.7.6. VIOLENCIA DE XÉNERO ENTRE ADOLESCENTES

É un patrón de comportamento caracterizado por actos ou ameazas de violencia física, sexual, verbal e/ou emocional, realizado por unha persoa adolescente fronte á súa parella actual ou pasada, conseguindo a través de ese comportamento exercer poder e control sobre esta.

25.2.7.7. MUTILACIÓN XENITAL FEMININA

Trátase dunha acción coa que se pretende o control sobre a sexualidade feminina. Consiste en diversas mutilacións dos xenitais externos femininos. En orden de prevalencia da súa realización en diferentes países, destacan: Somalia, Guinea, Exipto, Djibouti, Eritrea, Malí, Etiopía, Nixeria, Sudán.

25.3. ASPECTOS ESPECÍFICOS

Débese realizar sempre unha anamnese, e nesta é importante incluír ademais dos antecedentes persoais e familiares, a situación psicosocial do/da neno/a e o seu contorno familiar. Durante a exploración débese observar a interacción entre os proxenitores/titores e o/a neno/a.

25.3.1. SIGNOS E SÍNTOMAS DE SOSPEITA DE MALTRATO INFANTIL:

É importante saber cando se debe sospeitar da presenza dun posible maltrato.

- Ante calquera lesión por traumatismo hai que estar alerta e preguntar sempre polo mecanismo causal da lesión. Indica unha alta sospeita de maltrato, que se trate de: lesións sen explicación (ou con explicación pouco convincente), indicios de desatención, demora en consultar pola lesión, relatos contraditorios ou dun mecanismo incompatible co estadio evolutivo do/da neno/a.

- Se se atopan equimoses, é preciso estar alerta cando se localizan en “zonas de castigo”: lumbar, rexión interna de coxas, fazulas, beizo superior e freo, pescozo, orellas, xenitais...
- En caso de atopar queimaduras, a causa máis frecuente das accidentais é a salpicadura (por exemplo, cando un/unha neno/a se asoma a unha mesa e cáelle unha bebida quente). Nas intencionadas, as queimaduras adoitan ser simétricas, ben delimitadas (sen salpicaduras) e en zonas cubertas.
- Os traumatismos cranioencefálicos son a causa de morte máis frecuente en nenos/as maltratados. O motivo de consulta adoita ser variado: problemas respiratorios, obnubilación, irritabilidade, convulsións, vómitos, decaemento xeral...
- As fracturas son frecuentes nos/nas nenos/as preescolares e escolares. Débese sospeitar de posible maltrato ante fracturas nun/nunha lactante que aínda non anda ou ante nenos/as que presentan fracturas múltiples e localizacións características (escápulas, costelas, pelve, vértebras).

Son datos clínicos de sospeita de maltrato psicolóxico o atraso psicomotor, os trastornos do crecemento (fallo non orgánico do crecemento), dores abdominais crónicas (en ausencia de organicidade), trastornos de conduta, rendemento escolar baixo...

Os/as menores que están expostos a violencia familiar, teñen máis risco de maltrato. A gravidade dependerá da duración destas situacións, da frecuencia das agresións e do tipo. É importante que os/as profesionais de pediatría de AP estean atentos a estas situacións e que recoñezan os signos e síntomas que estes nenos e nenas poden presentar¹² ([Táboa 25.4](#)).

Táboa 25.4. Signos e síntomas en nenos/as expostos/as a violencia familiar

* Nenos/as pequenos/as	* Escolares
<ul style="list-style-type: none"> - Alteración de patróns do sono. - Alteración das rutinas de comida. - Atraso no desenvolvemento ponderoestatural. - Choro ou berros excesivos. - Atraso de desenvolvemento psicomotor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de concentración. - Depresión. - Condutas agresivas. - Malos resultados académicos. - Somatizacións.
* Preescolares	* Adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de conduta. - Síndrome de estrés postraumático. - Síntomas de ansiedade. - Actitudes regresivas. - Pesadelos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Abuso de tóxicos. - Promiscuidade. - Embarazo temperá. - Enfermidades de transmisión sexual. - Fracaso ou ausencia escolar.

No caso do **acoso escolar** é moi indicativo da súa existencia que os síntomas que presenta un/unha menor, como dores abdominais ou de cabeza, dificultade para conciliar o sono ou inapetencia alimentaria, non corresponden a ningún diagnóstico clínico e, non obstante, persisten no tempo, desaparecendo os fins de semana ou durante as vacacións escolares.

25.3.2. PREVENCIÓN

O maltrato infantil é unha situación complexa que se presenta con frecuencia na consulta. É por iso que os/as profesionais sanitarios/as teñen un papel fundamental na prevención e na detección ou intervención. Calquera ocasión na que a persoa menor de idade acuda a un centro sanitario pódese aproveitar para realizar prevención e detección do maltrato¹³.

25.3.2.1. PREVENCIÓN PRIMARIA

Intervén sobre a orixe multicausal do maltrato. Para iso realízanse intervencións que fomenten o benestar na infancia, tendo en conta as necesidades do/da menor en cada etapa. Ademais inclúe o seguimento de familias de risco e de embarazos de risco, a promoción da lactación materna (non unicamente desde o punto de vista nutricional), o seguimento da relación filio-parental / vínculo nos controis de saúde, o recoñecemento de medidas de disciplina inapropiada e a oferta de métodos alternativos...

Dentro da prevención dirixida á poboación xeral, co fin de evitar a presenza de indicadores potenciadores ou de risco e promover os indicadores compensadores ou protectores é importante realizar:

- Prevención de embarazos non desexados, sobre todo en mulleres novas, mediante educación sexual en centros escolares, programas de saúde infantil e facilitando recursos de planificación familiar.
- Promoción da lactación materna desde o nacemento, de maneira exclusiva ata os 6 meses e continuar, xunto coa introdución da alimentación complementaria, ata os dous anos ou ata cando a nai e o lactante o desexen. Existe unha asociación entre lactación materna e protección de maltrato infantil (nenos/as non aleitados teñen 2,6 veces máis risco de ser maltratados que os que aleitaron polo menos 4 meses)¹³.
- Avaliación da calidade do vínculo afectivo proxenitores / titores legais - fillos/as: cuidados da persoa menor, presenza de síntomas que indiquen abandono ou carencia afectiva, actitude dos proxenitores / titores fronte ao establecemento de normas e límites (azoutes, castigos ou correccións verbais desproporcionados).
- Intervención nas consultas con amabilidade e empatía cando se observen prácticas de castigo corporal na relación proxenitores-fillos, propoñendo métodos alternativos de disciplina.
- Emprego de “guías anticipadoras” para comunicar a cada idade específica os requirimentos do/da neno/a (alimentación, hixiene, sono, cólico do lactante...), recoñecendo a dificultade que entraña cada novo período de desenvolvemento, brindando orientación práctica no establecemento de disciplina construtiva e promovendo a estimulación e o crecemento emocional estable da persoa menor.
- Identificación dos puntos valiosos e positivos de actuación dos proxenitores / titores, encomiando os seus esforzos e reforzando a autoestima e a competencia.
- Débese educar aos pais / nais / titores legais para que vivían o uso de redes sociais e de internet por parte dos seus fillos e fillas. A idade de maior risco de

abuso sexual está entre os 8 e os 12 anos, existindo un predominio en nenas. As persoas que producen o abuso adoitan ser do contorno familiar ou de confianza.

25.3.2.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA:

Está orientada cara á detección precoz de situacións de maltrato, actuando sobre o período silente ou presintomático. Para iso valóranse os indicadores de risco do contorno sociofamiliar, sendo fundamental a vixilancia clínico-epidemiolóxica dos factores de risco.

A ter en conta as seguintes indicacións:

- Recoñecer situacións de abandono ou trato negligente no/na neno/a. Avaliar a situación de negligencia e consultar co Servizo de protección de menores.
- Recoñecer situacións de violencia doméstica ou de abuso da muller como medida efectiva de prevención do maltrato infantil (no 30 - 70 % das familias nas que se abusa dun adulto haberá abuso en menores).
- Remitir aos membros da familia a programas de parentalidade individuais e grupais para mellorar as habilidades dos proxenitores ou titores, reducir o estrés da parentalidade, mellorar o funcionamento psicosocial materno, mellorar a dinámica familiar ou reducir os problemas condutuais dos nenos e nenas.
- Remitir ás Unidades de Saúde Mental aos proxenitores / titores con adiccións ao alcohol ou outras drogas, ou con trastornos psiquiátricos.
- Informar ás familias que o precisen dos recursos comunitarios de axuda psicolóxica, social, laboral e económica.
- Colaborar cos/coas profesionais de traballo social da zona, na definición de obxectivos, plans, estratexias e axudas definidas para cada familia de risco.
- Realizar visitas domiciliarias por enfermería a familias de alto risco, desde a etapa prenatal ata os dous anos.
- Aumentar a frecuencia das visitas dentro do Programa de saúde infantil.

25.3.2.3. PREVENCIÓN TERCIARIA

A súa finalidade é a diminución da probabilidade ou evitar a repetición da agresión-desatención á persoa menor de idade e as lesións consecuentes. Tamén inclúe a intervención coordinada para a protección da persoa menor e a rehabilitación / reinserción do/da neno/a e da familia.

Os programas de educación e adestramento parental deberían ser incluídos na prevención da recorrencia do abuso físico.

En xeral, a prevención do acoso escolar farase desde o centro educativo.

25.3.3. INTERVENCIÓNS EN ATENCIÓN PRIMARIA ([Anexo 25.1](#))

Da intervención do persoal deste nivel asistencial poden derivarse consecuencias sociais e legais, polo que é fundamental ter presente o diagnóstico de maltrato (en calquera das súas formas) na consulta de pediatría.

O neno ou nena son suxeitos de pleno dereito. A valoración psicosocial é un elemento clave na práctica pediátrica. Velar polo interese do/da menor obriga a actuar con todos os medios posibles para restablecer a súa saúde e como primeiro paso, preservar a súa seguridade. O maltrato é, ante todo, un problema de saúde pública; os problemas sociais e/ou legais virán unha vez se detecta un problema de saúde. O equipo sanitario ten como obxectivo principal preservar e restaurar a saúde do/da neno/a.

Outros obxectivos poderíanse resumir como segue:

- Previr.
- Sospeitar / detectar o problema de saúde.
- Realizar o diagnóstico diferencial.
- Realizar o diagnóstico.
- Instaurar o tratamento.
- Curar.

- Asegurar a protección do/da neno/a.
- Realizar a comunicación ás autoridades xudiciais (xulgado de garda).

Unha vez realizada a consulta pódense atopar 2 situacións¹¹:

1- Violencia extrafamiliar: neste caso, os/as profesionais colaborarán cos proxenitores / titores na asunción de medidas destinadas á protección do seu fillo ou da súa filla, pero asumindo que a responsabilidade corresponde aos proxenitores / titores.

2- Violencia intrafamiliar: será precisa a coordinación cos/coas profesionais dedicados á atención e protección da infancia.

25.3.4. NOTIFICACIÓN^{13,14,15}

A detección e a notificación son as primeiras condicións para intervir nun caso de maltrato á infancia e poder así axudar á familia e ao neno/a que sofren este problema.

No momento da detección, a información que recollen os/as profesionais dos servizos de protección de menores pretende a consecución dos seguintes obxectivos:

1. Determinar se o caso constitúe unha situación de maltrato ou desprotección infantil e, polo tanto, ten que ser atendido polos devanditos servizos, ou se a problemática é doutra índole e a súa abordaxe corresponde a outros/as profesionais, ou debe ser remitido a outro servizo.

2. Recoller información relevante para identificar as persoas relacionadas co caso (menor, familia, persoa que perpetra o maltrato, informante...), coñecer a situación notificada e as particularidades esenciais ligadas a ela, realizar unha avaliación inicial da severidade do caso e determinar o proceso a seguir.

Neste senso en Galicia merece especial atención o artigo 22º da Lei 3/1997, do 9 de xuño, galega da familia, a infancia e a adolescencia¹⁵, que sinala o deber de comunicación de toda persoa que teña coñecemento dunha situación grave de risco para un/unha menor. O mesmo artigo garante a reserva absoluta e anonimato da persoa comunicante.

O **Rexistro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI)** é un sistema de rexistro de ámbito nacional creado co obxectivo de detectar calquera alerta de maltrato infantil e actuar coa maior rapidez posible. A súa utilidade é facilitar o proceso de información sobre unha situación susceptible de ser un caso de desprotección infantil. Unha notificación efectuada mediante este instrumento, chega inmediatamente aos servizos de protección da infancia, que poderán, así, adoptar as medidas oportunas para coñecer a situación do/da menor e, se é o caso, adoptar as medidas de protección que correspondan. Esta notificación non equivale a unha denuncia, nin substitúe á elaboración dos informes pertinentes, pero pode ser decisiva para evitar que unha situación de risco se agrave.

As follas de notificación foron elaboradas polo Grupo de traballo sobre maltrato Infantil do Observatorio da Infancia, órgano colexiado integrado no Ministerio de Sanidade. Existe unha **folla de notificación específica para o ámbito sanitario**¹⁶ e estase a traballar na implementación dun sistema electrónico de notificación na Comunidade Autónoma de Galicia.

25.4. RECOMENDACIÓNS

A pesar de que o maltrato é unha situación frecuente e emerxente no noso contorno, moitas veces pasa desapercibido, polo que se debe ter presente na práctica clínica diaria. Para iso é fundamental a identificación de grupos e factores de risco e realizar unha valoración global en cada atención realizada. Hai que ter en conta que non identificar o maltrato xera secuelas significativas nas persoas menores que o sofren.

Son recomendacións a ter en conta na práctica clínica diaria¹³:

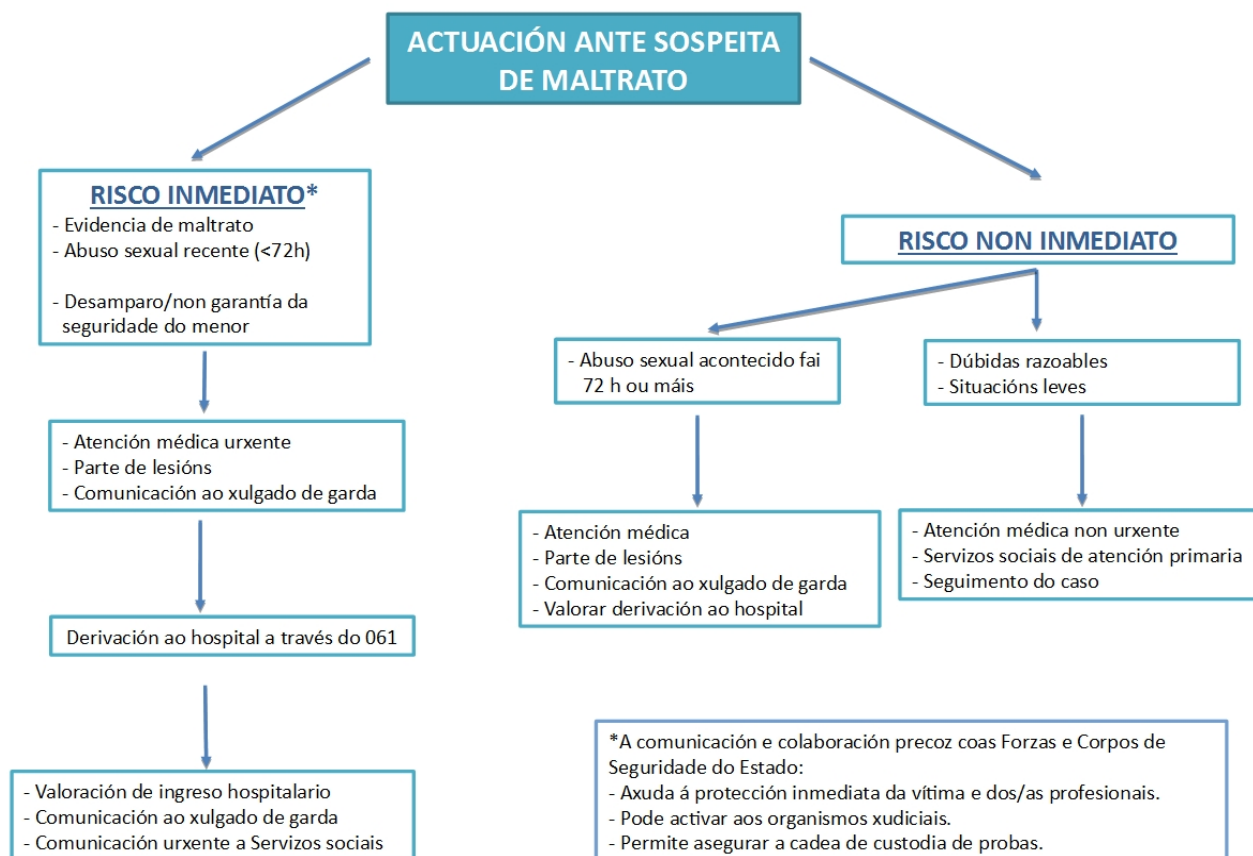
- Incluir na historia clínica do/da neno/a información de aspectos psicosociais, dinámica familiar... É importante actualizar dita información en cada control de saúde e avaliar a calidade do vínculo afectivo proxenitores / titores - fillos/as, os cuidados do/da neno/a, a presenza de síntomas que suxiran abandono ou carencia afectiva, a actitude dos proxenitores / titores ao establecer normas e límites.
- Recoñecer situacións de violencia.

- Promover a lactación materna.
- Aconsellar evitar a “síndrome do neno sacudido”.
- Ante a sospeita ou certeza de maltrato infantil recoméndase¹³:
 - Tratar as lesións e as súas secuelas físicas.
 - No caso de agresión sexual, establecer medidas protectoras ante a sospeita de risco de contaxio (inmunización, tétanos, hepatitis B, tratamento profiláctico de enfermidades infecto contaxiosas ou lesións físicas, controis serolóxicos de enfermidades de transmisión sexual) e medidas de prevención de embarazo secundario á agresión sexual.
 - Asegurar o tratamento emocional e psicolóxico, remitindo ao/á menor á Unidade de saúde mental infanto-xuvenil.
 - Coordinarse cos servizos sociais da zona, respectando as áreas de traballo, facilitando a comunicación, a toma de decisións e realizando informes periódicos do estado de saúde física do/da neno/a.
 - Facer un seguimento da familia e do/da neno/a para o tratamento das crises (secuelas, repetición de maltrato, problemas de saúde asociados).
 - Remitir as familias a grupos de axuda mutua, educadores familiares e/ou psicoterapia familiar.
 - Procurar a atención ao grupo familiar, adoptando as medidas terapéuticas oportunas cando corresponda (alcoholismo, toxicomanías, trastornos psiquiátricos, planificación familiar...). Favorecer a atención ao/á menor na súa propia familia, sempre que sexa posible, procurando a participación dos proxenitores e familiares próximos no proceso de normalización da súa vida social.

Os e as profesionais da saúde deben garantir ante todo a protección da persoa menor, notificando cando corresponda, a outros dispositivos.

ANEXOS

ANEXO 25.1. ALGORITMO DE ACTUACIÓN ANTE SOSPEITA DE MALTRATO^{6,9,17}



Fonte: elaboración propia.

ANEXO 25.2. MANEXO INICIAL DO ABUSO SEXUAL NA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

A actuación de pediatría de AP ante unha situación de sospeita de abuso sexual⁷, debe orientarse a **describir e rexistrar os indicadores**, tanto físicos como condutuais, posibles relatos da vítima ou das persoas acompañantes, a **valorar** se se trata dun posible caso de abuso sexual intrafamiliar e se existe risco vital ou de desprotección (se é probable que puidese sucederlle un novo episodio de abuso). Nese caso deberanse **adoptar as medidas de protección** e de **asistencia médica urxente e psicolóxica** que precise a vítima; é preciso ser conscientes da importancia de **evitar accións que poidan obstruír a recollida de evidencias**⁹.

Posteriormente deberase decidir a súa **derivación** a algún dispositivo asistencial hospitalario e notificar a sospeita.

En todos os casos en que exista verbalización de abuso sexual do/da menor ou dos seus familiares e naqueles nos que se detectaron lesións, débese emitir **parte de lesións** (remitir ao Xulgado de Garda)^{7,9} e **informe médico** que inclúa o estado físico e psíquico da vítima (ten a consideración de proba xudicial⁹), así mesmo débese comunicar as Forzas e Corpos de Seguridade do Estado, sen prexuízo de prestarlle o auxilio inmediato que precise.

BIBLIOGRAFÍA

1. Butchart A, Harvey AP, Mian M, Fúrniss T. Prevención del maltrato infantil: qué hacer, y cómo obtener evidencias. Ginebra: OMS; 2009. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44228/9789243594361_spa.pdf?sequence=1.
2. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Dirección General de Servicios para las Familias y la Infancia, Observatorio de la Infancia. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Boletín número 20. Datos 2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018. Disponible en: http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/productos/pdf/Boletin_20_DEFINITIVO.pdf.
3. Cambeiro Lourido MC, Caride Gómez JA, Castro Martínez P, García Alonso A, Gradaílle Pernas R, Gutiérrez Moar MC et al. La infancia en Galicia 2018. Santiago de Compostela: UNICEF Comité Galicia; 2018. Disponible en: https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/La_infancia_en_Galicia_2018.pdf.
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en: http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/productos/pdf/MaltratoInfantil_accesible.pdf.
5. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Boletín Oficial del Estado núm. 180, de 29 de julio de 2015.
6. Grupo de trabajo de atención al maltrato infantil de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia. Madrid: Ergon; 2015. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/gt/maltrato_aproximacion.pdf.
7. Gil Arrones J, De Manuel Vicente C. Abuso sexual infantil. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, editor. Congreso de actualización pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 267-75.

8. Centro Universitario Cardenal Cisneros (CUCC), Equipo de Investigación «Protección al Menor»; Escribano C, Silva I, García A, Fernández R, Maillo I. Guía de Abuso sexual infantil "No te calles, cuéntalo". Madrid: Fundación Edelvives; 2018. Disponible en: <https://www.notecallescuentalo.org/wp-content/uploads/2019/05/Guia-de-prevencion-adultos.pdf>.
9. Xunta de Galicia. Protocolo de actuación en abusos sexuais a menores da Xunta de Galicia. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2000. Disponible en: https://politicassocial.xunta.gal/sites/w_polso/files/arquivos/xeral/protocolo_abusos_2000.pdf.
10. Grupo de trabajo de la Guía de actuación contra el acoso escolar en los centros educativos. Guía de actuación contra el acoso escolar en los centros educativos. Madrid: Comunidad de Madrid; 2017. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM016330.pdf>.
11. Gancedo Baranda A. Abordaje integral del maltrato infantil. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, editor. Curso de actualización pediatría. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 535-43.
12. Pou Fernández J. El pediatra y el maltrato infantil. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2017.
13. Soriano Faura FJ. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de salud. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [Internet]; 2011 [acceso 19 febreiro 2020]. Disponible en: <http://previnfad.aepap.org/monografia/maltrato-infantil>.
14. Xunta de Galicia. Guía para a detección do maltrato infantil. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2000. Disponible en: https://politicassocial.xunta.gal/sites/w_polso/files/arquivos/publicacions/guia_deteccion_maltrato_infantil.pdf.
15. Lei 3/1997, do 9 de xuño, galega da familia, da infancia e da adolescencia. Diario Oficial de Galicia núm. 118, de 20 de xuño de 1997.
16. Observatorio de la Infancia, Grupo de trabajo sobre maltrato infantil. Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos

Sociales; 2001. Disponible en:
<https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/HojasDeteccion.pdf>.

17. Domingo-Salvany F. El maltrato y el abuso sexual infantil en atención primaria de salud. Los pediatras: parte del problema y parte de la solución. *Pediatr Integral*. 2013;XVII(10):694-712.

26. Prevención do embarazo na adolescencia e das infeccións de transmisión sexual

Autoras: M^a Dolores Martínez Romero e Cristina Márquez Riveras

Embarazo na adolescencia

26.1. INTRODUCCIÓN

A **saúde sexual e reprodutiva** está salvagardada polos dereitos sexuais e reprodutivos (artigo 96 da Plataforma de Acción de Beijing de 1995), que se basea nos dereitos humanos de igualdade e dignidade.

A **saúde sexual** é un estado de benestar físico, mental e social en relación coa sexualidade que implica un enfoque positivo e respectuoso, así como a posibilidade de ter

experiencias sexuais pracentiras e seguras, libres de toda coacción, discriminación e violencia¹.

A **adolescencia** comprende o período de crecemento e desenvolvemento humano que se produce logo da infancia e antes da idade adulta, entre os 10 e os 19 anos. A **puberdade** marca o paso da infancia á adolescencia.

O **embarazo** dunha adolescente, xeralmente non planeado nin desexado, supón un problema de saúde reprodutiva con repercusión biolóxica, psicolóxica, económica e social, capaz de condicionar definitivamente o estilo de vida da moza. Nalgún caso, o embarazo resulta de relacións sexuais forzadas, ou que se concretan mediante abuso ou coerción².

A adolescente embarazada con frecuencia, oculta ou nega a posibilidade dun embarazo, polo que o diagnóstico de xestación adoita ser tardío, o que implica un maior risco de sufrir complicacións no caso de optar por realizar unha interrupción voluntaria do embarazo (IVE), se esta se realiza no segundo trimestre, ou que sexa imposible a súa realización dentro dos prazos legais. No caso de que decida continuar co embarazo, a atención prenatal é tardía, polo que aumenta o risco de morbilidade perinatal.

Nos últimos anos, en Galicia, ao igual que no resto de España, existe unha tendencia á baixa no número de IVE na poboación xeral; esta tendencia tamén se observa na poboación de mulleres menores de 20 anos, pasando dunha taxa de 13,05 por cada 1.000 mulleres no 2010 a 8,96 no 2018. Na maioría das rapazas ás que se lle practica unha IVE, faise ás 8 semanas ou menos de xestación³ ([Anexo 26.1](#)).

No caso da IVE en menores de 18 anos será preciso ter en conta que ademais da manifestación da súa vontade, é preciso o consentimento expreso das persoas titulares da patria potestade (*Lei Orgánica 11/2015 de 21 de setembro sobre a protección de menores e mulleres con capacidade modificada xudicialmente no caso de IVE*⁴).

Desde a Sociedade Española de Contracepción estase a promover a utilización de métodos anticonceptivos eficaces para evitar embarazos non desexados, xunto co uso do preservativo (*dobre método, dobre protección ou dobre seguridade*), especialmente en

grupos de poboación máis sensibles (xente nova, parellas con relacións esporádicas, etc.)⁵.

26.2. PUNTOS A DESTACAR NA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NON DESEXADOS

O/a profesional está obrigado/a a gardar o segredo profesional, e a menor ten dereito á intimidade e confidencialidade do seu historial médico (*Lei 41/2002 básica reguladora da autonomía do paciente*⁶).

Unha combinación de intervencións educativas e de promoción de métodos anticonceptivos parece reducir o embarazo non desexado entre os adolescentes; sendo limitada a evidencia respecto de que tipo de intervención é máis efectiva⁷.

Aspectos a ter en conta:

1. Demanda de anticoncepción por parte dunha persoa menor de idade⁸

- Ante a demanda de anticoncepción por parte dunha persoa menor de idade hai que ter en conta cuestións de índole ético-legal, como en que casos se debe informar aos proxenitores, ou quen ten que dar o consentimento e asumir as responsabilidades derivadas dos posibles efectos secundarios da medicación. O marco ético-legal para o uso de anticonceptivos en menores está baseado no concepto do *menor maduro* e o *dereito á autonomía* do mozo ou da moza, así como no coñecemento e aplicación da lexislación.
- Corresponde ao persoal médico a *valoración da madurez* da persoa menor de idade.
- A madurez debe establecerse en relación á demanda requirida. A solicitude dun método anticonceptivo implica en si mesma, unha conduta responsable.
- Hai que valorar a capacidade de comprensión das vantaxes e inconvenientes de cada método anticonceptivo.

2. Anticoncepción

O método anticonceptivo máis utilizado polos mozos é o preservativo e polas mozas os anticonceptivos hormonais orais.

Non existe un método anticonceptivo ideal para adolescentes; pero debe cumprir unha serie de requisitos: ser reversible, eficaz, fácil de usar, económico, que non interfira no seu desenvolvemento e que se adapte ás características da súa actividade sexual.

A idade por si soa non é unha limitación para o uso dun método anticonceptivo. Cada adolescente coa súa parella, despois de informarse e tendo en conta as súas circunstancias e peculiaridades, optará por aquel método contraceptivo que máis se adapte as súas preferencias, características sociais, económicas e condutuais.

En xeral, os mozos e mozas adolescentes, teñen relacións sexuais irregulares, pouco frecuentes e imprevistas (espontáneas e sen planificación), e tamén é habitual unha monogamia sucesiva.

2.1. Preservativo:

Prevén as infeccións de transmisión sexual (ITS) e o embarazo; pero hai que ter en conta que os/as adolescentes non o usan sempre nas súas relacións sexuais porque lle encontran unha serie de inconvenientes: diminúe a sensibilidade, altera a espontaneidade ou senten vergoña para compralos, para pedirlle á parella que os use ou para poñelo e quitalo.

2.2. Anticoncepción hormonal oral:

Non adoitan ser regulares na toma diaria da pílula anticonceptiva e o índice de abandono do tratamento é máis alto que a outras idades. Débese ter en conta que non protexen das ITS.

2.2.1. Anticoncepción hormonal oral de emerxencia^{9,10}:

É importante que as adolescentes non usen a anticoncepción oral de emerxencia como un método anticonceptivo habitual e tamén que os/as profesionais da saúde que traballan con adolescentes, coñezan como utilizar a anticoncepción de

emergencia. Tamén é necesario informar das opcións de anticoncepción de emergencia dispoñibles, tendo en conta a limitación da efectividade do tratamento en función do tempo transcorrido desde a relación coital sen protección ou do fallo de método anticonceptivo utilizado. Recomendarase administrar o tratamento o antes posible despois de manter relacións coitais sen protección ou fallo do método anticonceptivo utilizado:

- Dentro das primeira 72 horas (3 días) no caso de utilizar 1,5 mg de levonorxestrel.

- Dentro das primeiras 120 horas (5 días) no caso de utilizar 30 mg acetato de ulipristal.

No caso de vómitos nas 3 horas seguintes á toma da pílula, adminístrala de novo.

2.3. Anticonceptivos reversibles de acción prolongada (LARC):

Informar dos LARC, especialmente para poboacións con alto risco de embarazo non desexado. Débese ter en conta que non protexen das ITS.

O dispositivo intrauterino (DIU) de cobre tamén se usa como un método anticonceptivo de emergencia, debe inserirse antes das 120 horas (5 días) desde a relación coital sen protección ou do fallo do método anticonceptivo utilizado. No caso de detectar signos ou síntomas dunha ITS, confirmar diagnóstico e non inserir un dispositivo intrauterino ata completado o tratamento⁹.

26.3. INTERVENCIÓNS NA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

26.3.1. REALIZAR ANAMNESE SOBRE:

- Idade.
- Menarquia, ciclo menstrual, dismenorrea.

- Identidade sexual.
- Comprobar calendario vacinal, especialmente fronte á hepatite B e ao virus do papiloma humano, segundo o calendario sistemático recomendado.
- Hábitos tóxicos (alcohol, tabaco, cánnabis e outras substancias psicoactivas).
- Identificar actividade sexual, actitudes, coñecementos e habilidades adecuadas á súa idade.
- Comprobar que coñece os medios para evitar un embarazo non desexado e unha ITS, así como o modo de utilizalos.
- Verificar que ten coñecementos actualizados sobre a sexualidade.

26.3.1.1. NO CASO DE DEMANDA DE PRESCRICIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO:

- É importante que as persoas adolescentes tomen conciencia da importancia de integrar aos seus proxenitores / titores na toma de decisión no caso da prescrición dun método contraceptivo. Isto é especialmente importante no caso de menores de 14 a 16 anos, xa que os proxenitores / titores legais teñen dereito a ser informados.

Mantendo a confidencialidade da consulta o/a profesional pode ofrecerse como mediador/a, informando aos proxenitores / titores, se así o solicita o/a menor. No caso da existencia de perigos graves para a saúde do/da menor ou de terceiras persoas, directamente derivados da forma en que levan a cabo as prácticas sexuais, débese informar aos proxenitores / titores, advertíndollo previamente ao/á menor^{8,10,11}.

- Comprobar a súa madurez para comprender a información necesaria, co fin de tomar unha decisión libre e informada e rexistrar na historia clínica que se comprobou a súa madurez. O/a menor maduro/a ten os mesmos dereitos que a persoa adulta respecto da garantía da protección de datos de carácter persoal relativos á saúde^{8,10,11}.

- Informar das vantaxes e inconvenientes de cada método anticonceptivo para que elixa o que mellor se adapte ás súas necesidades. Non aconsellar a abstinencia como única opción preventiva de embarazo e informar da necesidade de usar métodos de prevención de ITS (preservativo masculino / feminino e bandas de látex).
- A idade por si mesma non é unha contraindicación médica para o uso dun método anticonceptivo, establecéndose a menarquia como criterio para o posible inicio da anticoncepción hormonal^{8,9}.

26.3.1.2. SE XA INICIOU RELACIÓNS SEXUAIS:

- Realizar consello individualizado adaptado ao risco, coñecementos, habilidades e actitudes.
- Identificar comportamentos e prácticas de risco, así como relacións sexuais con coacción ou abusos.
- Comprobar que fai un uso correcto da protección fronte ás ITS e anticoncepción.
- Valorar a actitude, os coñecementos e as habilidades no uso de métodos anticonceptivos.
- Reforzar a súa utilización en cada relación sexual na que haxa posibilidade de embarazo e/ou de transmisión de ITS.

26.4. RECOMENDACIÓNS

- Informar da importancia de planificar a protección desde a primeira relación sexual, pola posibilidade dun embarazo non desexado e/ou para previr unha ITS^{2,8}.
- Ofrecer información verbal e escrita con empatía, confidencialidade, apoio e actitude non enxuzadora².
- Promover a responsabilidade individual^{5,8}.

- Informar sobre métodos anticonceptivos, incluídos os LARC^{5,8,9}.
- Identificar mitos ou prexuízos sobre o uso de preservativos e mellorar o nivel de información da xente nova adolescente para aumentar a súa utilización^{2,5,8}.
- Ensinarlles e adestralos no uso adecuado do preservativo ([Anexo 26.2](#))^{2,5,8}.
- Promover o dobre método para previr o embarazo non desexado e as ITS^{5,8,9}.
- Realizar intervencións educativas en adolescentes a nivel escolar e sanitario, sobre prevención de embarazos non desexados e ITS².

Infecções de transmisión sexual

26.5. INTRODUCCIÓN

Cando se fala de ITS estámonos a referir a infeccións que se transmiten maioritariamente por vía sexual, ou ben nas que este tipo de transmisión ten unha especial relevancia. As ITS son consecuencia de condutas de risco, o que implica que o seu manexo debe ser integral (físico, psicolóxico e social). As ITS máis habituais poden verse no [Anexo 26.3](#).

26.5.1. FACTORES E MARCADORES DE RISCO

Os factores de risco para adquirir unha ITS son o uso incorrecto e/ou inconsistente do preservativo, o consumo de drogas antes ou durante as relacións sexuais, o número de parellas sexuais, o inicio temperá das relacións sexuais, ter outra ITS, baixos recursos socioeconómicos, etc. Ser muller é un marcador de risco para adquirir unha ITS, xa que

implica unha maior susceptibilidade física pola anatomía xenital feminina e unha maior vulnerabilidade psicosocial polos condicionantes de xénero¹².

26.5.2. A CONDUTA SEXUAL NA ADOLESCENCIA

A adolescencia é unha etapa da vida na que, por diversos motivos, existe maior vulnerabilidade á adquisición de ITS. Os datos da mostra española (mocidade de 11-18 años) da última edición do estudo internacional *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC, Organización Mundial da Saúde, 2018) indican que a porcentaxe de mocidade que declarou ter mantido relacións sexuais coitais na adolescencia é maior nos mozos ca nas mozas e aumentou en ambos sexos nos últimos anos: nos mozos varóns o rango foi 27 - 37 % e nas mozas foi 25 - 34 %. Ademais, o uso do preservativo na adolescencia diminuíu no período entre o 2002 a 2018, do 84 % ao 75 %¹³.

26.5.3. EPIDEMIOLOXÍA DAS ITS

Aínda que antes se mencionou a maior vulnerabilidade das mulleres ás ITS, en Galicia e no noso contorno, afectan maioritariamente a homes. O número de novos diagnósticos de ITS que se declaran anualmente en menores residentes en Galicia é pequeno; polo que non se poden obter conclusións da análise dos datos. Non obstante, se fora de interese, pode consultarse no [Anexo 26.4](#) o número casos declarados de gonococia, sífilis e VIH que se produciron en menores de idade en Galicia en 2018.

26.6. PUNTOS A DESTACAR

26.6.1. DESCARTAR ABUSO SEXUAL

A detección dunha ITS en nenos/as prepuberais require un estudo polo miúdo, no que hai que descartar en primeiro lugar e de forma exhaustiva un abuso sexual, aínda que é necesario considerar outras formas de transmisión como a perinatal, a accidental, por auto ou por heteroinoculación. Débese ter presente tamén que a mocidade adolescente puido contraer unha ITS como consecuencia de abuso sexual, polo que hai que descartar esta situación¹⁴.

26.6.2. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Existen peculiaridades diagnósticas das ITS en nenos/as prepuberais e adolescentes, que deben terse en conta para unha asistencia de calidade. O Ministerio de Sanidade publica periodicamente documentación técnica de consenso sobre o diagnóstico e tratamento das ITS. Esta documentación actualízase periodicamente e pode consultarse na páxina web do *Plan nacional sobre el sida*¹⁵.

26.6.2.1. DESCARTAR A COINFECCIÓN

A persoa que mantén relacións sexuais non seguras pode adquirir varias ITS ao mesmo tempo e unha ITS pode facilitar a transmisión e adquisición doutras. Por este motivo, ante o diagnóstico dunha ITS deben descartarse outras, entre as que se atopa a infección por VIH.

26.6.2.2. MANEXO CORRECTO DA GONOCOCIA

Dada a situación internacional de resistencia antimicrobiana do gonococo, é especialmente relevante realizar un correcto diagnóstico e tratamento da infección gonocócica. Para iso é preciso:

1. Recoller correctamente unha primeira mostra para cultivar e realizar antibiograma.
2. Administrar o tratamento indicado segundo as recomendacións actualizadas¹⁶.
3. Recoller unha segunda mostra despois do tratamento, que terá en conta a presenza ou non de sintomatoloxía.

Os antibióticos recomendados deben estar dispoñibles en todos os centros de saúde e servizos de urxencias do Servizo Galego de Saúde. Pode consultarse máis información sobre este tema na páxina web da Dirección Xeral de Saúde Pública¹⁶.

26.6.3. ESTUDO DE CONTACTOS

O estudo de contactos sexuais e o tratamento da parella sexual presenta importantes beneficios: evita a reinfección da persoa diagnosticada, a parella sexual pode beneficiarse do diagnóstico e tratamento temperá, e diminúe a probabilidade de complicacións.

26.7. ASPECTOS ESPECÍFICOS

26.7.1. PREVENCIÓN

O preservativo é o principal método para previr as ITS. A súa efectividade depende do tipo de ITS e do seu correcto uso e conservación. A mocidade pode adquirir preservativos de balde en diversos puntos, como os centros Quérote+ da Xunta de Galicia. Os recursos humanos públicos dispoñibles para ofrecer información e proporcionar asistencia gratuíta á mocidade en relación ás ITS son os/as profesionais sanitarios/as de atención primaria, os dos Centros de orientación familiar, os dos Centros Quérote+¹⁷. Ademais pódese atopar información nas páxinas preventivas de ITS (*Sex Invaders*) do Plan galego anti VIH / sida e outras ITS¹⁸.

26.7.2. DIAGNÓSTICO PRECOZ

A solicitude de probas diagnósticas de ITS está recomendada cando a historia sexual do/da adolescente o xustifique ou sempre que aparezan signos ou síntomas que puideran ser causados por unha ITS¹³. Estas recomendacións poden consultarse na páxina do *Plan nacional sobre el sida*¹⁵.

A realización de citoloxías de detección precoz de cancro de cérvix debe iniciarse despois dos 25 anos, independentemente da idade de inicio das relacións sexuais¹⁹.

26.7.3. INTERVENCIÓNS EN ATENCIÓN PRIMARIA

A información que se proporcione o/a menor debe estar actualizada e adaptada ao uso das novas tecnoloxías. Ten que conseguirse unha percepción axeitada do risco, unha abordaxe responsable da idade de inicio das relacións sexuais, a comunicación efectiva coa parella e o uso de medidas preventivas efectivas²⁰.

26.8. RECOMENDACIÓNS

A detección dunha ITS nun/nunha neno/a prepuberal require dun estudo polo miúdo, no que hai que descartar en primeiro lugar e de forma exhaustiva un abuso sexual¹¹.

En caso de abuso sexual ou sospeita deste, débese asegurar a protección adecuada do/da menor e a notificación adecuada do caso ás autoridades xudiciais¹² (ver [Anexo 25.2](#) do capítulo 25).

Os/as profesionais da saúde que atendan a adolescentes deben integrar a saúde sexual na práctica clínica. Recoméndase aconsellar aos/ás adolescentes sobre os comportamentos sexuais que se asocian cun maior risco de contraer ITS e educar sobre as estratexias de prevención de riscos asociados ás ITS¹².

Os documentos técnicos de consenso sobre o diagnóstico e tratamento das ITS na infancia e adolescencia están en constante actualización, polo que se recomenda consultar as páxinas web nas que se publica esta documentación técnica^{13,14}.

ANEXOS

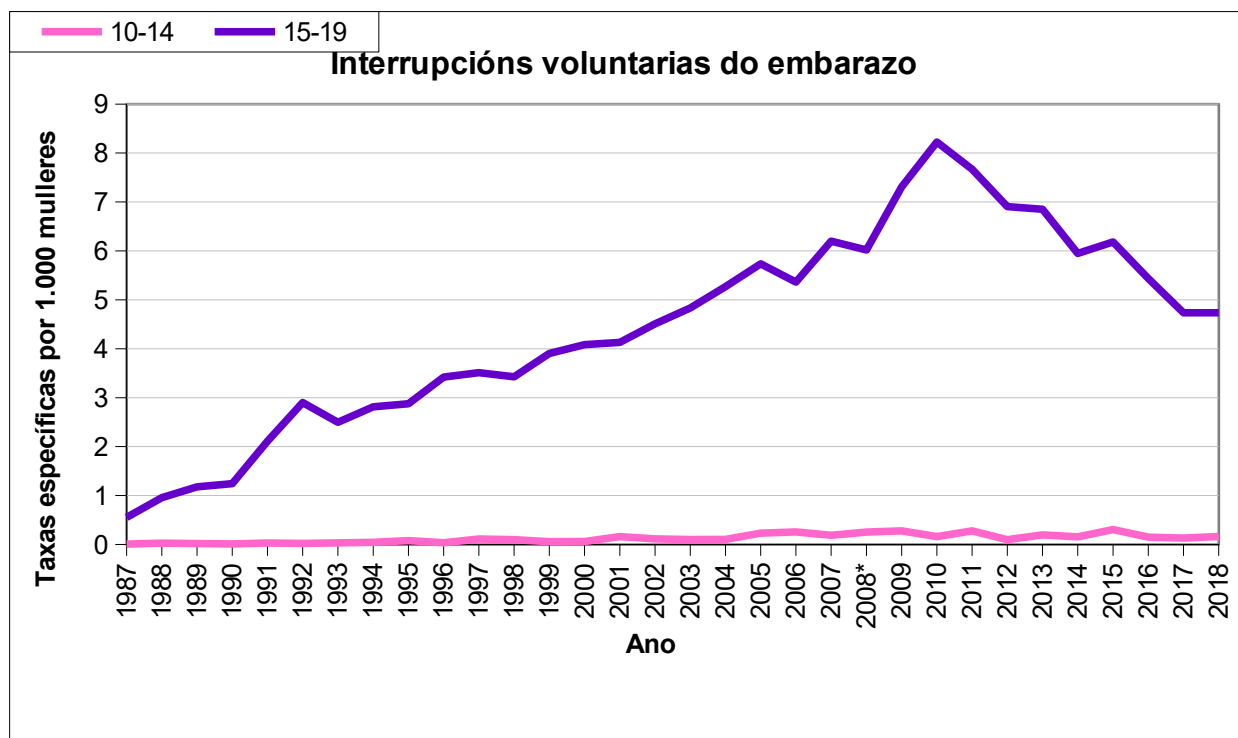
ANEXO 26.1. DATOS IVE

Táboa 26.1. Taxas IVE por 1.000 mulleres de menos de 20 anos de idade. España/Galicia 2010-2018.

Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
España	12,71	13,68	13,02	12,23	9,92	9,38	8,97	8,84	8,96
Galicia	8,38	7,95	7,00	7,05	6,10	6,49	5,58	4,86	4,89

Fonte: elaboración propia. Fonte de datos: Ministerio de Sanidade.

Gráfica 26.1. Taxas específicas de IVEs nas nenas de 10-14 e nas mozas de 15-19 anos por 1.000 mulleres. Galicia, 1987-2018.



Fonte: elaboración propia. Fonte de datos²¹: Consellería de Sanidade. I.V.E. Interrupcións voluntarias do embarazo. Datos estatísticos [Internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia [acceso 4 marzo 2020]. Dispoñible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/IVE-Datos-estatisticos>

ANEXO 26.2. RECOMENDACIÓNS PARA O USO CORRECTO DO PRESERVATIVO

1. Usar o preservativo en todas as relacións coitais.
2. Comprobar a integridade e a data de caducidade do preservativo antes de usalo.
3. Abrir o envoltorio, evitando o uso dun instrumento cortante que podería erosionar o preservativo.
4. Colocar o preservativo no pene desde o inicio da erección. O pequeno anel no que está enroscado débese colocar cara ao exterior. Pinzar o extremo do condón antes de desenrolalo sobre o pene, para que quede un pequeno espazo libre de aire.
5. Desenroscar completamente o preservativo ata a base do pene antes da penetración. Se o preservativo non ten reservorio no extremo distal, deixar un pequeno espazo libre no extremo do preservativo para que actúe de reservorio do seme.
6. Se é necesario lubricar o preservativo, non usar vaselinas ou lubricantes a base de derivados do petróleo, aceite ou graxa vexetal, xa que pode danar o látex do preservativo. Hanse de usar soamente os xeles a partir de auga ou ben as cremas espermicidas. Non usar a saliva, pois pode conter xermes responsables de ITS.
7. Se rompe o preservativo, retirar inmediatamente do pene e substituílo. Nestes casos pode ser necesario o uso dun método complementario contraceptivo de urxencia.
8. Logo da exaculación, retirar o pene aínda en erección, mantendo o bordo do preservativo ben suxeito para evitar a saída de esperma ou que o preservativo quede retido na vaxina.
9. Usar un novo preservativo en cada coito. Tirar ao lixo o preservativo logo do seu uso.
10. Non hai que poñer un preservativo sobre outro para obter maior seguridade, xa que o rozamento dun sobre outro implica risco de rotura.
11. Os preservativos que están caducados ou pegados non deben ser usados, do

mesmo xeito que os que non están íntegros.

12. Gardar os preservativos en lugar seco e fresco (non gardalos moito tempo na guanteira do coche, nun peto ou nunha billeiteira).

13. Non empregar o mesmo preservativo para diferentes prácticas nun mesmo encontro.

Fonte²²: modificado de González Marcos MI, Ramos Ramos MC. Manejo práctico de anticonceptivos y anticoncepción postcoital en adolescentes. Casos clínicos con enfoque ético-legal. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, editor. Curso de actualización pediatría. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 215-26.

ANEXO 26.3. INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Tipo de microorganismo	Axente etiolóxico	Infección de transmisión sexual
Bacteria	<i>Treponema Pallidum</i>	Sífilis ou lúes
	<i>Neisseria Gonorrhoeae</i> ou gonococo	Gonococia ou gonorrea ou blenorraxia
	<i>Chlamydia Trachomatis</i> Serotipos D, E, F, G, H, I, J, K	Clamidiase
	<i>Chlamydia Trachomatis</i> Serotipos L1, L2, L3	Linfogranuloma venéreo (LGV)
Virus	Virus herpes simple tipo 2	Infección por VHS2
	Virus papiloma humano	Condilomas acuminados e cancro de cérvix e doutras localizacións
	<i>V. Molluscum contagiosum</i>	Lesións por <i>M. contagiosum</i>
	VHA, VHB, VHC	Hepatite A, B e C
	VIH	Infección por VIH e sida
Protozoo	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Tricomoniase
Parasitos	<i>Ptirus pubis</i>	Infestación por piollos pato ("ladillas")
	<i>Sarcoptes Scabiei</i>	Sarna

Fonte: elaboración propia.

ANEXO 26.4. EPIDEMIOLOXÍA DAS ITS EN MENORES EN GALICIA

Táboa 26.4. Número anual de NOVOS DIAGNÓSTICOS de gonococia, sífilis, sífilis conxénita e infección por VIH declaradas en menores de 18 anos. Galicia, 2018.

ITS	Ano 2018
Gonococia	5
Sífilis	3
Sífilis conxénita	0
Infección por VIH	1

Elaboración: Servizo de Control de Enfermidades Transmisibles, Dirección Xeral de Saúde Pública, Consellería de Sanidade; 2019.
Fonte de datos: Servizo de Epidemioloxía e Servizo de Control de Enfermidades Transmisibles, Dirección Xeral de Saúde Pública, Consellería de Sanidade; 2019.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia. Un periodo de transición de crucial importancia. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
2. Colomer Revuelta J; Grupo PrevInfad. Prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [Internet]; 2013 [acceso 20 febreiro 2020]. Disponible en: http://previnfad.aepap.org/sites/default/files/2017-04/previnfad_endits.pdf.
3. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social; 2019. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2017.pdf.
4. Lei Orgánica 11/2015, do 21 de setembro, para reforzar a protección das menores e das mulleres con capacidade modificada xudicialmente na interrupción voluntaria do embarazo. Boletín Oficial del Estado, suplemento en lingua galega ao núm. 227, de 22 de setembro de 2015.
5. Sociedad Española de Contracepción. Posicionamiento de la Sociedad Española de Contracepción sobre el uso de los LARCs (contracepción reversible de larga duración); 2017.
6. Lei 41/2002, do 14 de novembro, básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica. Boletín Oficial del Estado núm. 274, do 15 de novembro de 2002.
7. Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A, Ehiri JE. Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2:CD005215.

8. González Marcos MI, Ramos Ramos MC. Anticoncepción en adolescentes. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, editor. Curso de actualización pediatría. Madrid: Exlibris Ediciones; 2009. p. 219-31.
9. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de anticoncepción hormonal e intrauterina. Guía de práctica clínica de anticoncepción hormonal e intrauterina. Zaragoza: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2019. Guías de práctica clínica en el SNS. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc_585_anticoncepcion_iacs_coompl.pdf.
10. Sanz Álvarez E, Rodríguez Fernández Oliva CR. Anticoncepción y sexualidad en el menor maduro [editorial]. BSCP Can Ped. 2006;30(1):5-7.
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4ª ed. Ginebra: OMS; 2009. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44710/9789243563886_spa.pdf;jsessionid=233D955845B3BDE6E1906F918B528931?sequence=1.
12. Marquez Riveras C, Lopez Pereiras M, Lema Mougán R, Taboada Rodríguez JA, Cereijo Fernández J, Yáñez Pérez de Vargas F, et al. Plan galego anti VIH/sida e outras infeccións de transmisión sexual (ITS) 2015-2018. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2014. Disponible en: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/179/Plan_galego_anti_VIHsida_e_outras ITS.pdf.
13. Moreno C, Ramos P, Rivera F, Sánchez-Queija I, Jimenez-Iglesias A, García-Moya I, et al. Informe comparativo de las ediciones 2002-2006-2010-2014-2018 del Estudio HBSC en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/Comparativo2002a2018/HBSC_Comparativo2002_2018.pdf.
14. Grupo de expertos del Grupo de estudio de sida de la SEIMC (GESIDA); Secretaría del Plan nacional sobre el sida (SPNS); Grupo de estudio de ITS de la SEIMC (GEITS);

Grupo español para la investigación de las enfermedades de transmisión sexual de la Academia Española de Dermatología y Venerología y de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. Madrid: GESIDA, SPNS, GEITS, SEIP; 2017. Disponible en: http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/06/Documento_de_consenso_sobre_diagnostico_y_tratamiento_de_las_infecciones_de_transmision_sexual_en_adultos_02.pdf.

15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan nacional sobre el sida [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [acceso 23 febreiro 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/planNaISida/planNSida.htm>.

16. Consellería de Sanidade. Saúde Pública [Internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia [acceso 23 febreiro 2020]. Disponible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica>.

17. xuventude.net [Internet]. Santiago de Compostela: Consellería de Política Social [acceso 23 febreiro 2020]. Disponible en: <http://xuventude.xunta.es/querote-mais>.

18. Consellería de Sanidade. VIH e outras ITS [Internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia [acceso 23 febreiro 2020]. Disponible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/VIH-e-outras-ITS>.

19. Consellería de Sanidade, Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Guía técnica do proceso de detección precoz de cancro de cervix. Versión 2. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2013. Disponible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IdPaxina=40008&IDCatalogo=2289>.

20. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan estratégico de prevención y control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Prorroga2017_2020_15Jun18.pdf.

21. Consellería de Sanidade. I.V.E. Interrupcións voluntarias do embarazo. Datos estatísticos [Internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia [acceso 4 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.sergas.es/Saude-publica/IVE-Datos-estadisticos>.

22. González Marcos MI, Ramos Ramos MC. Manejo práctico de anticonceptivos y anticoncepción postcoital en adolescentes. Casos clínicos con enfoque ético-legal. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, editor. Curso de actualización pediatría. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 215-26.

27. Prevención dos trastornos do sono

Autor: Manuel Sampedro Campos

27.1. INTRODUCCIÓN

O sono é un estado no que interveñen diferentes sistemas que se inflúen mutuamente. É un fenómeno activo, necesario, periódico, complexo e que segue unha periodicidade circadiana (20 - 28 horas), que no adulto é aproximadamente de 24 horas. É ademais, un proceso evolutivo que comeza xa na etapa prenatal, gobernado principalmente por factores madurativos, constitucionais e xenéticos, de tal forma que durmir toda a noite, é un logro no desenvolvemento psicomotor. O bo durmir é o resultado da combinación das leis biolóxicas, o apego e a actitude da familia. O ser humano emprega, aproximadamente, un terzo da súa vida en durmir, o que demostra que é unha actividade absolutamente necesaria na que se levan a cabo funcións fisiolóxicas imprescindibles para o equilibrio psíquico e físico^{1,2}.

27.2. PUNTOS A DESTACAR

27.2.1. FASES DO SONO

En circunstancias normais, o sono divídese en dous estados diferenciados:

I. Fase NREM (*Non Rapid Eye Movement*) ou “sono lento”. É un sono profundo no que resulta difícil espertar á persoa.

II. Fase REM (*Rapid Eye Movement*) tamén chamado sono paradoxal ou sono MOR (movementos oculares rápidos). Asíciase cunha elevada actividade cerebral.

27.2.2. CONCEPTO DE HIPNOGRAMA

Chámase **hipnograma** á representación gráfica das diferentes fases do sono ao longo dunha noite, isto é, á representación da arquitectura do sono.

O sono, como o resto de funcións do organismo, funciona mediante **ciclos**, o que quere dicir que se repite de forma reiterativa cada determinado tempo.

Ao longo da noite hai varios ciclos de sono, a duración dos mesmos vaise alargando desde 40 minutos na infancia a 80 - 90 minutos na persoa adulta, nos que se alternan ambos estados NREM e REM¹.

27.2.3. REGULACIÓN DO CICLO SONO - VIXILIA

Considérase que o sono e a vixilia obedecen a tres tipos de procesos:

- a) **Homeostático**, que controla a produción sucesiva do sono e vixilia.
- b) **Circadiano**, que determina a organización do sono e a vixilia en torno a un ciclo de 24 horas.
- c) **Ultradiano**, que produce dentro do sono as oscilacións entre sono NREM e sono REM.

O ciclo vixilia - sono é un claro exemplo de ritmo circadiano¹.

27.2.4. DURACIÓN DO SONO

A cantidade total de sono exprésase polo número de horas e a profundidade do mesmo. Cada persoa ten unhas necesidades específicas, no caso dos/das nenos/as pode coincidir ou non co que os pais e as nais desexan, de tal xeito que pódese obrigar a durmir máis aos/as nenos/as, pero isto fai que diminúa a profundidade do sono, ademais da eficiencia do mesmo.

EFICIENCIA DO SONO: Tempo durmido / Tempo na cama.

Non existe unha cantidade de sono exacta, senón que as necesidades de sono dependen de cada neno/a e idade. Os **percentís** permiten coñecer se a duración do sono se atopa dentro dos límites considerados como normais para a maioría dos nenos e das nenas da súa idade³.

Tendo en conta o concepto de eficiencia do sono e os hábitos de sono individual, pódese establecer unha clasificación das persoas en relación cos **patróns de sono**:

- **Durmidores curtos**: necesitan poucas horas de sono para atoparse plenos durante o día (estarían en percentís 3 - 25 das curvas de sono).
- **Durmidores longos**: necesitan máis horas de sono que a media (percentís por enriba de 75).
- **Durmidores tipo alondra**: necesitan deitarse e levantarse cedo.
- **Durmidores tipo moucho**: desexan trasnoitar e, por conseguinte, levantarse máis tarde.

27.2.5. EVOLUCIÓN DO SONO COA IDADE: ONTOXENIA DO SONO

O concepto de ontoxenia do sono describe os cambios do desenvolvemento do sono, asociados á idade^{1,4,5}.

Cambios dos patróns de sono por idade^{1,6,7,8}:

a) Nenos/as pretermos:

Sobre as 36 - 37 semanas de xestación a alternancia vixilia - sono organízase ao longo das 24 horas de forma cíclica, con períodos de sono de media de 3 horas de duración e cun tempo de vixilia nas 24 horas de 2 - 3 horas en total.

b) Etapa neonatal en nenos/as a termo:

Neste período os estadios de sono denomínanse sono activo (equivalente ao sono REM), sono tranquilo (equivalente ao NREM) e sono indeterminado. A duración media do ciclo de sono é aproximadamente de 40 - 50 minutos, sendo maior a proporción de sono activo, que vai diminuindo coa idade. Dorme aproximadamente 17 horas e o sono está

condicionado pola alimentación, de tal xeito que cada 3 - 4 horas aproximadamente repite os mesmos ritmos. Non se alcanza o ritmo circadiano ata os 6 - 7 meses.

c) O/A lactante ata os 3 meses:

Durante este período vanse producindo cambios, de tal xeito que os períodos de vixilia case se duplican aos 3 meses. O sono iníciase en fase REM, que ocupa o 40 % do sono total. Os breves espertares son moi frecuentes. Ata a sexta semana de vida o período de sono máis longo pode ser indistintamente tanto de día como de noite.

Aos 3 meses organízase o sono NREM coincidindo co desenvolvemento dos hemisferios cerebrais. O 70 % dos nenos e nenas teñen un período de sono nocturno de 5 horas. Establécese un patrón diúrno de sono, de tal xeito que unha porcentaxe moi alta de nenos/as fai sestaxas diúrnas á mesma hora. Tamén se establecen algúns dos ritmos circadianos, como os de liberación de melatonina e cortisol.

d) O/A lactante de 3 a 6 meses:

Durante este período vaise consolidando o sono nocturno e establécese o ritmo da temperatura, feito importante no devir do sono, xa que existen evidencias que indican que os ritmos da secreción de melatonina e a temperatura corporal están directamente relacionados co ciclo vixilia - sono.

O patrón de sono é un ritmo multimodal de sono: sestaxas pola mañá, sestaxas pola tarde e longo sono nocturno.

e) Segundo semestre da vida:

Nesta etapa vai diminuindo a dependencia sono - alimentación, persiste a maduración e organización dos ritmos biolóxicos e o/a neno/a pode ter xa un ritmo no que comeza o día sobre as 6 - 8 da mañá, pode ter unha sesta matinal, unha sesta ao mediodía e outra terceira máis tarde. Presentan un longo sono nocturno con varios espertares.

Nesta etapa pode aparecer un choro de reclamo: choro nocturno en bebés que sempre durmiron ben. É un reclamo, consciente de que os seus proxenitores están noutro lugar. É recomendable, aínda que xa o pode ter desde antes, un obxecto transicional: obxecto querido, tranquilizador, que lle aporta seguridade e compañía durante a noite

f) O sono entre o primeiro e segundo ano:

Entre os 15 - 18 meses adoita desaparecer a sesta matinal e aparece un ritmo bimodal, cunha única sesta ao mediodía.

g) O sono de 2 a 5 anos:

Os/as nenos/as de 4 anos non adoitan durmir sesta todos os días e unicamente o 50 % a realizan unha ou dúas veces á semana.

A supresión precoz das sestas, a miúdo por motivos escolares ou sociais, implica con frecuencia somnolencia diúrna nos nenos e nas nenas.

h) O sono desde os 5 aos 10 anos:

Desaparecen as sestas diúrnas. Se estas persisten de forma constante debe facer pensar na existencia dalgún proceso patolóxico. Comeza a haber unha estabilidade nos patróns de sono, que se van parecendo cada vez máis aos dos adultos. A cantidade de sono vai diminuindo aproximadamente 20 minutos por ano⁹.

i) Adolescencia:

Entre os cambios que existen ao chegar á adolescencia, quizais un dos máis importantes é o das características do seu sono. O/a preadolescente tende a durmirse a unha hora relativamente temperá e cunha latencia de sono xeralmente curta, pero cando empeza a puberdade o ritmo vixilia - sono atrasase e a latencia de sono alárgase. Os estudos de Carskadon suxiren que o período circadiano nos adolescentes é máis prolongado, aproximadamente de 25 horas, o que indica que a tendencia ao **atraso de fase** é primariamente biolóxica¹⁰.

En moitos casos a consecuencia desta tendencia biolóxica ao atraso de fase é que os/as adolescentes teñen dificultade para deitarse cedo (durante o período no que a súa temperatura corporal está aumentada) e levantarse cedo (no período no que a súa temperatura corporal está descendida). Isto crea un círculo vicioso de privación de sono.

27.3. ASPECTOS ESPECÍFICOS

27.3.1. DEFINICIÓN DE PROBLEMAS E TRASTORNOS DO SONO

A miúdo na idade pediátrica existen problemas do sono en lugar de verdadeiros trastornos do sono⁹:

Os **problemas** do sono son fáciles de definir, trátase de patróns de sono que son insatisfactorios para os proxenitores, o/a neno/a ou o/a pediatra. Poden estar relacionados co benestar do/da neno/a ou da familia. Non todos os problemas do sono son anormalidades, nin todos precisan tratamento.

O **trastorno**, pola contra, definirase como unha alteración real, non unha variación dunha función fisiolóxica que controla o sono e opera durante o mesmo.

Así pois, o trastorno representa unha función anormal, mentres que o problema pode representala ou non.

Frecuentemente o problema é para os proxenitores e non para o/a neno/a. Situacións que para unhas familias son problemáticas non o son para outras do mesmo contorno. Calcúlase que no primeiro ano de vida do/da neno/a os proxenitores adoitan perder entre 400 e 750 horas de sono.

27.3.2. CLASIFICACIÓN DOS PROBLEMAS E TRASTORNOS DO SONO

Os problemas e trastornos do sono poden clasificarse en 3 categorías⁹:

I. O/a neno/a ao que lle custa durmirse: insomnio por hixiene do sono inadecuada, insomnio condutual, síndrome de pernas inquietas, síndrome de atraso de fase.

II. O/a neno/a que presenta eventos anormais durante a noite: síndrome de apnea - hipopnea obstrutiva do sono pediátrico (SAHS), somnambulismo, terrores do sono ou nocturnos, espertar confusional, pesadelos, movementos rítmicos relacionados co sono.

III. O/a neno/a que se dorme durante o día: privación crónica do sono de orixe multifactorial, narcolepsia.

27.4. VALORACIÓN NA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

En cada exame de saúde:

- Anamnese de sono.
- Consellos de saúde de sono.
- Percentís de sono: cada neno/a, como cada adulto/a, ten unhas necesidades individuais de sono e non existen datos absolutos⁹. As gráficas de percentís de sono ([Anexo 27.1](#)) permiten coñecer se a duración do sono de cada neno/a se atopa dentro dos límites considerados normais para a maioría dos/das nenos/as da súa idade².

Ante a sospeita de trastornos do sono existen ferramentas de axuda útiles para a valoración xeral do neno/a e adolescente, como son a axenda / diario de sono ou os cuestionarios estruturados / escalas (BISQ, BEARS, SDSC...)¹¹.

A **axenda ou diario de sono** é unha ferramenta fundamental para o diagnóstico e seguimento das alteracións do sono. Consiste nun rexistro dos horarios de sono durante todo o día. Recoméndase que se realice, polo menos, durante 15 días para que proporcione información e que inclúa a fin de semana⁹. Aporta unha visión mais obxectiva sobre os patróns de sono do neno/a, e tamén é útil para que os proxenitores asuman a importancia das rutinas e hábitos nos problemas de sono¹² ([Anexo 27.2](#)).

O **BISQ (Brief Infant Sleep Questionnaire)** validado ao español, é un cuestionario multidimensional para nenos/as entre 3 - 30 meses, dirixido a detectar factores de risco de morte súbita do lactante, rutinas para durmir e detección por parte dos proxenitores de problemas de sono en lactantes³. Dada a variabilidade dos patróns de sono nestas idades e o carácter semicualitativo deste cuestionario, non pretende establecer un diagnóstico de trastorno do sono, senón identificar de forma precoz e sinxela aos/ás nenos/as que se poden beneficiar de melloras nos hábitos de sono ou dun seguimento mais próximo³ ([Anexo 27.3](#)).

O **cuestionario BEARS** (*B= bedtime issues, E= excessive daytime Sleepiness, A= night awakenings, R= regularity and duration of Sleep, S= snoring*) emprégase en nenos/as

entre 2 e 18 anos, establecéndose 3 grupos de idade: 2 - 5 anos, 6 - 12 anos e 13 - 18 anos, con preguntas dirixidas a nenos/as e proxenitores^{3,9}. Valora 5 aspectos do sono: existencia de problemas ao deitarse, somnolencia diúrna excesiva, despertares nocturnos, regularidade e duración do sono e presenza de ronquido^{3,9} ([Anexo 27.4](#)).

Se algunha das respostas é positiva, deberá realizarse un cuestionario mais amplo e detallado como a **Escala de trastornos do sono para nenos de Bruni (SDSC, Sleep Disturbance Scale for Children)**. Consta de 26 ítems e está deseñada para detectar trastornos do sono, avaliándose os últimos 6 meses. Segundo as respostas alteradas orienta ao tipo de trastorno do sono: inicio e mantemento, problemas respiratorios, desordes do arousal, alteracións do tránsito vixilia / sono, somnolencia excesiva ou hiperhidrose do sono^{3,9} ([Anexo 27.5](#)).

27.4.1. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ATENCIÓN HOSPITALARIA

Realizarase a derivación a atención hospitalaria cando o/a pediatra de atención primaria considere que hai unha patoloxía demandante de probas complementarias (polisomnografía, electroencefalograma, probas de imaxe...).

27.5. RECOMENDACIÓNS NA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

27.5.1. RECOMENDACIÓNS SOBRE HIXIENE DO SONO¹¹

a) Medidas preventivas en embarazadas: nos últimos días de embarazo (2 semanas), aconséllase non someterse a situacións estresantes: a elevación de cortisol e a diminución da concentración de melatonina na placenta, alteran o ritmo de sono do feto e do/da recentemente nado/a.

b) Ata os 2 meses de idade: cada neno/a marca o seu ritmo de sono, que se debe respectar. É recomendable que os nenos/as se durman por si mesmos, evitando arrolalos para durmillos. Recoméndase colocar o/a neno/a esperto/a no berce, e que a nai siga o mesmo ritmo de sono que o/a seu/súa fillo/a.

c) De 2 a 5 meses: sono de calidade diúrno, mellora o sono nocturno. Recoméndase seguir a mesma rutina ao deitalo, tranquilizar o/a neno/a antes de que se durma, realizar movementos só para tranquilizalo e non espertar o/a neno/a para alimentalo.

d) Aos 6 meses: os espertares nocturnos son habituais e normais; ante un espertar, recoméndase non alimentalo para durmilo/a, non acender a luz, nin sacalo/a do berce. Consolalo/a con caricias e frases cariñosas, buscar un peluche que sexa o seu compañeiro no berce, deixar a porta da habitación do bebé aberta...

e) Aos 12 meses: decálogo do bo durmir

- O ambiente da habitación será tranquilo e escuro.
- Manter unha rutina á hora de deitarse e levantarse.
- A temperatura da habitación debe ser comfortable.
- O ruído ambiental será o mínimo posible.
- Evitar deitalo/a con fame ou con exceso de líquidos.
- Debe aprender a durmir só/a.
- Durmir non se trata de ningún castigo.
- 1 - 2 horas antes de deitalo/a, non se recomenda realizar actividade física vigorosa.
- Evitar estimulantes: colas, chocolate, debuxos agresivos, televisión, tabletas, teléfono.
- Non se recomendan as sestas tardías nin prolongadas.

f) De 2 a 5 anos: deben durmir sesta, favorecer que se durma na súa cama. Se a partir dos 5 anos dorme sesta, é un indicador de problema de sono.

g) Adolescentes: recoméndanse horarios regulares, tamén os fins de semana, exposición a luz intensa pola mañá, regularidade no horario das comidas e practicar exercicio físico. Unha hora antes de durmir, non se recomenda televisión, teléfono, tableta, internet, nin alimentos ou bebidas estimulantes logo de mediodía,.

Informar á familia dos cambios na adolescencia:

- Atraso fisiolóxico do inicio de sono.
- Maiores necesidades de durmir.
- Recoñecer os signos de déficit de sono.
- Sensibilizar á familia sobre a importancia do sono.
- Importancia do exemplo de bos hábitos por parte dos proxenitores.

27.5.2. PAUTAS DE ACTUACIÓN¹³

Tras a avaliación do sono e a aproximación diagnóstica, os/as profesionais de pediatria de atención primaria poderán darlle ao/á neno/a e á súa familia unhas pautas de actuación, que serán diferentes segundo a idade e o tipo de trastorno ou problema de sono:

1. Entre o nacemento e os 4 meses: os espertares frecuentes para alimentarse ou por outros motivos son fitos normais no desenvolvemento do sono. O/a pediatra deberá informar da devandita normalidade e prever a aparición de dinámicas de intervención perniciosas por parte de pais, nais ou cuidadores/as.

2. Entre os 4 e os 12 meses de idade: adoitan aparecer espertares, rexeitamento a deitarse, coleito reactivo e ritmias do sono, para os que se pode recomendar o establecemento dun apego seguro, as rutinas presono, medidas de hixiene de sono e extincións / espertares programados.

3. Os preescolares entre 1 e 4 anos: adoitan presentar insomnio de inicio ou de mantemento e ritmias do sono, para os cales se debe restablecer o apego seguro, afianzar o ritual presono fixando límites claros, realizar reforzo positivo, usar obxectos transicionais, etc.

4. Os escolares (dos 3 aos 8 anos): adoitan presentarse con terrores e pesadelos para os que se pode recomendar extremar as medidas de hixiene de sono, evitando estímulos desencadeantes (televisión, videoxogos...) e reforzos ou beneficios. Nalgunha ocasión

recomendarase usar despertares programados e remitiranse a atención hospitalaria casos moi seleccionados.

5. Entre os 8 e 12 anos son frecuentes o somnambulismo e a soliloquia, nos que se debe recomendar medidas de seguridade e incrementar a hixiene de sono, informar aos proxenitores sobre que facer durante o episodio, realizar despertares programados e nalgún caso seleccionado derivar a atención hospitalaria.

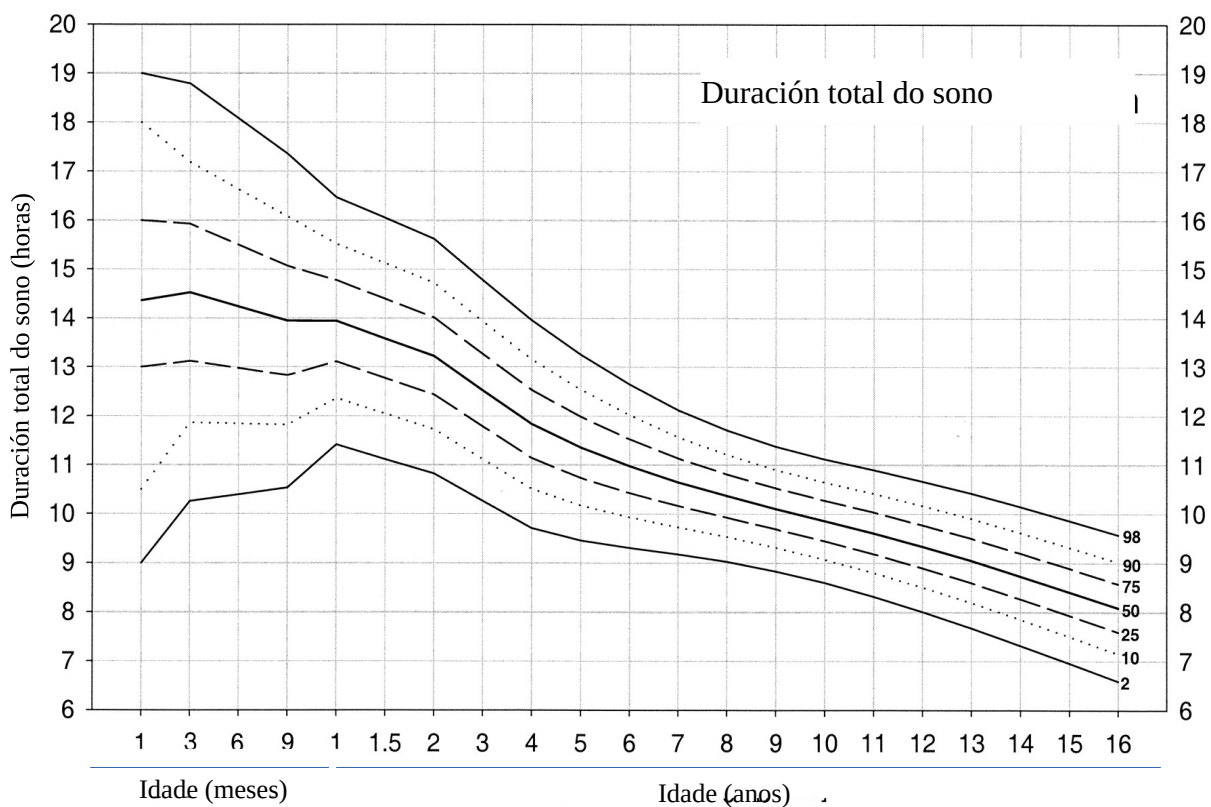
Tamén comeza a aparecer o insomnio por incorrecta hixiene de sono, que se debe previr mediante a información e educación de hábitos de sono correctos.

6. Na adolescencia ademais do insomnio por hábitos de sono incorrectos, aparecen a síndrome de atraso de fase e a narcolepsia, para os que se debe instaurar uns límites e horarios de sono precisos, realizar educación de hábitos de sono correctos, e remitir a atención hospitalaria en determinados casos.

7. A calquera idade poden aparecer os trastornos respiratorios do sono (en especial a síndrome de apnea - hipopnea do sono [SAHS]), que se debe remitir ao Servizo de otorrinolaringoloxía, a síndrome de pernas inquietas e a síndrome de movemento periódico que precisarán tamén atención hospitalaria.

ANEXOS

ANEXO 27.1. PERCENTÍS DE DURACIÓN DO SONO EN 24 HORAS DESDE A INFANCIA ATA A ADOLESCENCIA



Fonte¹⁴: modificado de Iglowstein I, Jenni OG, Molinari L, Largo RH. Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics*. 2003;111(2):302-7.

ANEXO 27.2. AXENDA / DIARIO DO SONO^{3,9,13}

Nome:	Idade:																			Motivo do rexistro:					
Hora	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Puntos
Luns			↓												↑						↓			↑	
Martes																									
Mércores																									
Xoves																									
Venres																									
Sábado																									
Domingo																									
Luns																									
Martes																									
Mércores																									
Xoves																									
Venres																									
Sábado																									
Domingo																									
Luns																									

Pinte unha frecha cara abaixo, cando inicie o ritual do sono e unha frecha cara arriba, cando se levante.

Tanto no sono de noite como durante as sestras.

Escureza a área do cadro que corresponde ao tempo en que o/a seu/súa fillo/a está a durmir. Deixe en branco a área do cadro que corresponde ao tempo no que está esperto/a.

Escriba unha "X" cando realice a conduta anómala durante o sono (choro, movementos...).

Na última columna puntúe de 0 a 5 a calidade da noite (0 = moi mala noite).

ANEXO 27.3. CUESTIONARIO BISQ (BRIEF INFANT SLEEP QUESTIONNAIRE). ADAPTACIÓN DO BISQ AO ESPAÑOL¹⁵

Nombre del entrevistado: _____ Fecha de hoy: _____
 Especifica el vínculo con el niño/a: Padre Madre Abuelo/a Otros, especificar: _____
 Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: Día Mes Año Sexo del niño/a: Masculino Femenino
 Orden entre los hermanos, si los tiene: Es el mayor Es intermedio Es el pequeño

DÓNDE
 Lugar donde duerme el niño/a:
 Duerme en la cuna/cama, en una habitación independiente Duerme en la cuna/cama, en una habitación compartida
 Duerme en la cuna, en la habitación de los padres Duerme en la cama de los padres
 Otros (especificar) _____
 ¿Cuál es la posición en la que el niño/a duerme la mayor parte del tiempo? Boca abajo De lado Boca arriba

CUÁNTO
 ¿Cuánto tiempo duerme el niño/a durante la NOCHE? (entre las 8 de la tarde y las 7 de la mañana): Horas: _____ Minutos: _____
 ¿Cuánto tiempo duerme el niño/a durante el DÍA? (entre las 7 de la mañana y las 8 de la tarde): Horas: _____ Minutos: _____
 ¿Cuántas veces se despierta durante la noche? (en promedio): _____
 ¿Cuánto tiempo pasa despierto durante la noche? (entre las 8 de la tarde y las 7 de la mañana): Horas: _____ Minutos: _____
 ¿Cuánto tiempo tarda en dormirse después de acostarse? Horas: _____ Minutos: _____

CÓMO
 ¿Cómo consigues que se quede dormido?:
 Mientras come En su cuna/cama, en habitación independiente En su cuna/cama, en la habitación de los padres
 En la misma cama de los padres Meciéndole en la cuna o similar Meciéndole en brazos
 Sosteniéndole en brazos sin mecer Otros (especificar) _____
 Entre semana: ¿sobre qué hora suele quedarse dormido/a por la noche?: Horas: _____ Minutos: _____
 ¿Consideras los hábitos de sueño del niño/a un problema?
 Sí, un problema muy serio Sí, aunque es un problema menor No, no es un problema

Nome do/da entrevistado/a: _____ Data de hoxe: _____
 Especifica o vínculo co/coa neno/a: Pai Nai Avó/a Outros, especificar: _____
 Nome do/da neno/a: _____ Data de nacemento: _____ Sexo: Feminino Masculino
 Orde entre os irmáns, se os ten: É o maior É intermedio É o pequeno

ONDE
 Lugar onde dorme o neno/a:
 Dorme no berce / cama, nunha habitación independente Dorme no berce / cama, nunha habitación compartida
 Dorme no berce, na habitación dos proxenitores Dorme na cama dos proxenitores
 Outros (especificar): _____
 Cal é a posición na que o/a neno/a dorme a maior parte do tempo? Boca abaixo De lado Boca arriba

CANTO
 Canto tempo dorme o/a neno/a durante a NOITE? (entre as 8 da tarde e as 7 da mañá): Horas: _____ Minutos: _____
 Canto tempo dorme o/a neno/a durante o DÍA? (entre as 7 da mañá e as 8 da tarde): Horas: _____ Minutos: _____
 Cantas veces se esperta durante a noite? (en media): _____

Canto tempo pasa esperto/a durante a noite? (entre as 8 da tarde e as 7 da mañá): Horas: Minutos:

Canto tempo tarda en durmirse despois de deitarse? Horas: Minutos:

COMO

Como consigues que quede durmido?:

Mestres come No seu berce / cama, en habitación independente No seu berce / cama, na habitación dos proxenitores

Na mesma cama dos proxenitores Arrolándoo no berce ou similar Arrolándoo en brazos

Sosténdoo en brazos sen arrolar Outros (especificar):

Entre semana: sobre que hora adoita quedar durmido/a pola noite?: Horas: Minutos:

Consideras os hábitos de sono do/da neno/a un problema?

Si, un problema moi serio Si, aínda que é un problema menor Non, non é un problema

Nota: traducido ao galego polos autores.

ANEXO 27.4. CUESTIONARIO BEARS (B= BEDTIME ISSUES, E= EXCESSIVE DAYTIME SLEEPINESS, A= NIGHT AWAKENINGS, R= REGULARITY AND DURATION OF SLEEP, S= SNORING) CRIBADO DE TRASTORNOS DE SONO NA INFANCIA¹⁶

	2 - 5 anos	6 - 12 anos	13 - 18 anos
1. Problemas para deitarse	<ul style="list-style-type: none"> O/a seu/súa fillo/a ten algún problema á hora de irse á cama ou para quedar durmido? 	<ul style="list-style-type: none"> O/a seu/súa fillo/a ten algún problema á hora de deitarse? (P). Tes algún problema á hora de deitarte? (N) 	<ul style="list-style-type: none"> Tes algún problema para durmir á hora de deitarte? (N)
2. Somnolencia diúrna excesiva	<ul style="list-style-type: none"> O/a seu/súa fillo/a parece canso/a ou somnolento/a durante o día? Aínda dorme sestas? 	<ul style="list-style-type: none"> Ao/a seu/súa fillo/a cústalle espertarse polas mañás, parece somnolento/a durante o día ou dorme sestas? (P) Sénteste moi canso? (N) 	<ul style="list-style-type: none"> Tes moito sono durante o día, no colexio, mentres conduces? (N)
3. Espertares durante a noite	<ul style="list-style-type: none"> O/a seu/súa fillo/a esperta moito durante a noite? 	<ul style="list-style-type: none"> Parécelle que o/a seu/súa fillo/a esperta moito durante a noite? - Somnambulismo ou pesadelos? (P) Espertas moito pola noite? (N) Tes problemas para volver a durmir, cando espertas? (N) 	<ul style="list-style-type: none"> Espertas moito pola noite? (N) Tes problemas para volver a durmir, cando espertas? (N)
4. Regularidade e duración do soño	<ul style="list-style-type: none"> O/a súa fillo/a vaise á cama e espértase máis ou menos á mesma hora? A que hora? 	<ul style="list-style-type: none"> A que hora vai o/a seu/súa fillo/a á cama e espértase os días que hai colexio? E as fins de semana? Vostede pensa que dorme o suficiente? (P) 	<ul style="list-style-type: none"> A que hora vaise á cama os días que hai colexio? E as fins de semana? Canto tempo dormes habitualmente? (N)
5. Ronquidos	<ul style="list-style-type: none"> O/a seu/súa fillo/a ronca moito polas noites ou ten dificultade para respirar? 	<ul style="list-style-type: none"> O/a seu/súa fillo/a ronca forte polas noites ou ten dificultade para respirar? (P) 	<ul style="list-style-type: none"> O/a seu/súa fillo/a ronca forte polas noites? (P)
(P): preguntas dirixidas aos proxenitores (N): preguntar directamente ao/á neno/a			

ANEXO 27.5. ESCALA DE TRASTORNOS DO SONO PARA NENOS/AS DE BRUNI (SDSC, *SLEEP DISTURBANCE SCALE FOR CHILDREN*)¹⁷

Nome:		Idade:		Data:	
Motivo de consulta:					
1. Cantas horas dorme a maioría das noites?					
1 9 - 11 h	2 8 - 9 h	3 7 - 8 h	4 5 - 7 h	5 < 5 h	
2. Canto tarda en durmirse? (minutos)					
1 < 15 m	2 15 - 30 m	3 30 - 45 m	4 45 - 60 m	5 > 60 m	
<p>Nas seguintes respostas, valore:</p> <p>1 = nunca;</p> <p>2 = ocasionalmente (1 - 2 veces ao mes);</p> <p>3 = algunhas veces (1 - 2 por semana);</p> <p>4 = a miúdo (3 - 5 veces/semána);</p> <p>5 = sempre (diariamente)</p>					
<p>3. Vaise á cama de mal humor.</p> <p>4. Ten dificultade para coller o sono pola noite.</p> <p>5. Parece ansioso/a ou medroso/a cando "cae" durmido/a.</p> <p>6. Sacode ou axita partes do corpo ao durmirse.</p> <p>7. Realiza accións repetitivas tales como rotación da cabeza para durmirse.</p> <p>8. Ten escenas de "soños" ao durmirse.</p> <p>9. Súa excesivamente ao durmirse.</p> <p>10. Espértase máis de dúas veces cada noite.</p> <p>11. Despois de espertarse pola noite ten dificultades para durmirse.</p> <p>12. Ten tiróns ou sacudidas das pernas mentres dorme, cambia a miúdo de posición ou dá "patadas" á roupa de cama.</p> <p>13. Ten dificultades para respirar durante a noite.</p> <p>14. Dá boqueadas para respirar durante o sono.</p> <p>15. Ronca.</p> <p>16. Súa excesivamente durante a noite.</p> <p>17. Vostede observou que camiña durmido/a.</p> <p>18. Vostede observou que fala durmido/a.</p> <p>19. Rincha os dentes durmido/a.</p> <p>20. Espértase cun berro.</p> <p>21. Ten pesadelos que non lembra ao día seguinte.</p> <p>22. É difícil espertalo/a pola mañá.</p> <p>23. Ao espertarse pola mañá parece canso/a.</p> <p>24. Parece que non se poida mover ao espertarse pola mañá.</p> <p>25. Ten somnolencia diúrna.</p> <p>26. Dórmese de súpeto en determinadas situacións.</p>					

TOTAL:		Preguntas	Rango normal
- Inicio e mantemento do sono:		1, 2, 3, 4, 5, 10 e 11	9,9 ± 3,11
- Trastornos respiratorios do sono: preguntas 13, 14 e 15		13, 14 e 15	3,77 ± 1,45
- Desordes do arousal		17, 20 e 21	3,29 ± 0,84
- Alteracións do tránsito vixilia / sono		6, 7, 8, 12, 18 e 19	8,11 ± 2,41
- Trastornos de somnolencia excesiva		22, 23, 24, 25 e 26	7,11 ± 2,57
- Hiperhidrose do sono		9 e 16	2,87 ± 1,69
Punto de corte de trastorno global do sono: 39			

Interpretación: a liña de corte está situada en 39. Isto significa que si da suma das puntuacións de todas as preguntas alcanzase esta cifra, pódese sospeitar que existe un trastorno do sono e hai que analizar as puntuacións de cada grupo de trastorno. Para cada grupo vólvese a indicar a puntuación de corte e o intervalo para considerar se o/a neno/a pode presentar ese trastorno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pin Arboledas G, Sampedro Campos M. Bases fisiológicas y anatómicas del sueño. Fisiología del sueño y sus trastornos. Ontogenia y evolución del sueño a lo largo de la etapa pediátrica. Relación del sueño con la alimentación. Clasificación de los problemas y trastornos del sueño. *Pediatr Integral*. 2018;XXII(8):358-71.
2. Heath AC, Kendler KS, Eaves L, Martín NG. Evidence for genetic influences on sleep disturbance and sleep patterns in twins. *Sleep*. 1990;13:318-35.
3. Pla Rodríguez M, Navarro Albert A, Lluch Roselló A, Albares Albares J. Herramientas diagnósticas. Nuevas tecnologías. Educación de los hábitos de sueño. Medidas preventivas en familia. *Pediatr Integral*. 2018;XXII(8):372–84.
4. Tomisaki E, Tanaka E, Shinohara R, Sugisawa Y, Tong L, Hirano M, et al. A longitudinal study on social competence development and sleeping habits. *J Epidemiol*. 2010;20(2):S742-5.
5. Lampl M, Johnson ML. Infant growth in length follows prolonged sleep and increased naps. *Sleep*. 2011;34(5):641-50.
6. Ardura J, Andrés JM, Aldaa J, Aragón MP. Desarrollo del sistema circadiano en el recién nacido. En: Madrid JA, Rol de Lama MA, editores. *Cronobiología básica y clínica*. Madrid: Editec@red; 2006.
7. Parmelee AH, Wermer WH, Schultz HR. Infant sleep patterns from birth to 16 weeks of age. *J Pediatr*. 1964;65:576-82.
8. Pin Arboledas G, Cubel Alarcón M, Morell Salort M. Particularidades de los trastornos del sueño en la edad pediátrica [Internet]. Valencia: 2004 [acceso 20 febreiro 2020]. Disponible en: <http://magdacubel.es/wp-content/uploads/2015/10/edad-pediatica.pdf>.
- 9.- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre trastornos del sueño en la infancia y adolescencia en atención primaria. *Guía de práctica clínica sobre trastornos del sueño en la infancia y adolescencia en atención primaria*. Madrid: Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidad

de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo; 2011. Guías de práctica clínica en el SNS: UETS N.º 2009/8. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_489_Trastorno_sueño_infadol_Lain_Entr_compl.pdf.

10. Herman JH. .Cronobiology of sleep in children. En: Sheldon S et al., editores. Principles and practice of pediatric sleep medicine. Philadelphia: Saunders; 2005. p. 85-99.

11. Lluch MA, Callol MT, Ferrando A, Chorda G, Mateos AB, Ruiz E. Prevención de los trastornos del sueño: funciones del pediatra y de la enfermería de A.P. *Pediatr Integral*. 2010;XIV(9):744-8.

12. Hidalgo Vicario MI, De la Calle Cabrera T, Jurado Luque MJ. Insomnio en la infancia y adolescencia. *Pediatr Integral*. 2018;XXII(8):396-411.

13.- Cruz Navarro IJ. Alteraciones del sueño infantil. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, editor. Curso de actualización pediatría 2018. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 317-29.

14. Iglowstein I, Jenni OG, Molinari L, Largo RH. Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics*. 2003;111(2):302-7.

15. Cassanello P, Díez-Izquierdo A, Gorina N, Matilla-Santander N, Martínez-Sánchez JM, Balaguer A. Adaptación y estudio de propiedades métricas de un cuestionario de valoración del sueño para lactantes y preescolares. *An Pediatr (Barc)*. 2018;89(4):230-7.

16. Owens JA, Dalzell V. Use of the 'BEARS' sleep screening tool in a pediatric residents' continuity clinic: a pilot study. *Sleep Medicine*. 2005;6:63-9.

17. Bruni O, Ottaviano S, Guidetti V, Romoli M, Innocenzi M, Cortesi F, Giannotti F. The sleep disturbance scale for children (SDSC). Construction and validation of an instrument to evaluate sleep disturbances in childhood and adolescence. *J Sleep Res*. 1996;5:251-61.



Servizo Galego
de Saúde



Asistencia Sanitaria

Guías

96
D

