

Curso EIR 2019/2020

Inf⁺

NIÑO SANO/ NIÑO ENFERMO

ESENCIALES A⁺





Esenciales Aulaplas
Niño sano/Niño enfermo
Curso EIR 2019/20

Aulaplas Formación, S. L.
www.aulaplasformacion.es
info@aulaplasformacion.es

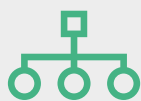
Diseño, maquetación e ilustraciones:
Aulaplas Formación, S. L.
Shutterstock, Flaticon

Impresión: www.aulaplasformacion.es

Sumario



Estadísticas



**Mapas
conceptuales**



**Líneas
de tendencia**



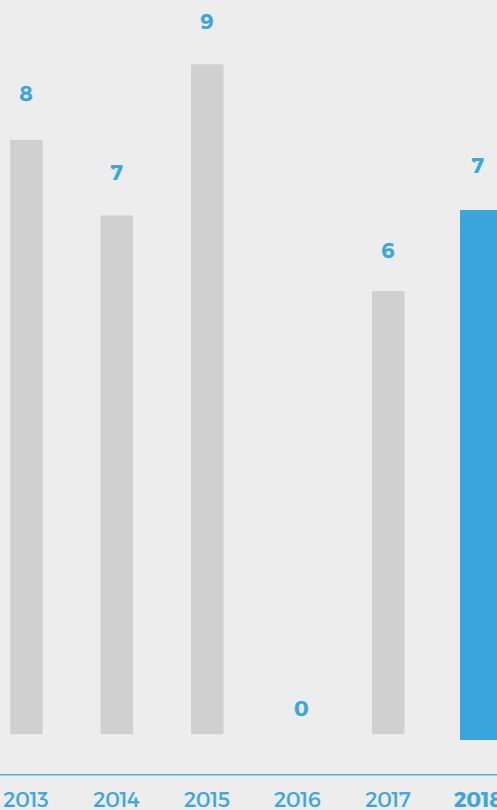
**Resumen
Esquemas**



Actualizaciones



Tendencia general (2013-2018)



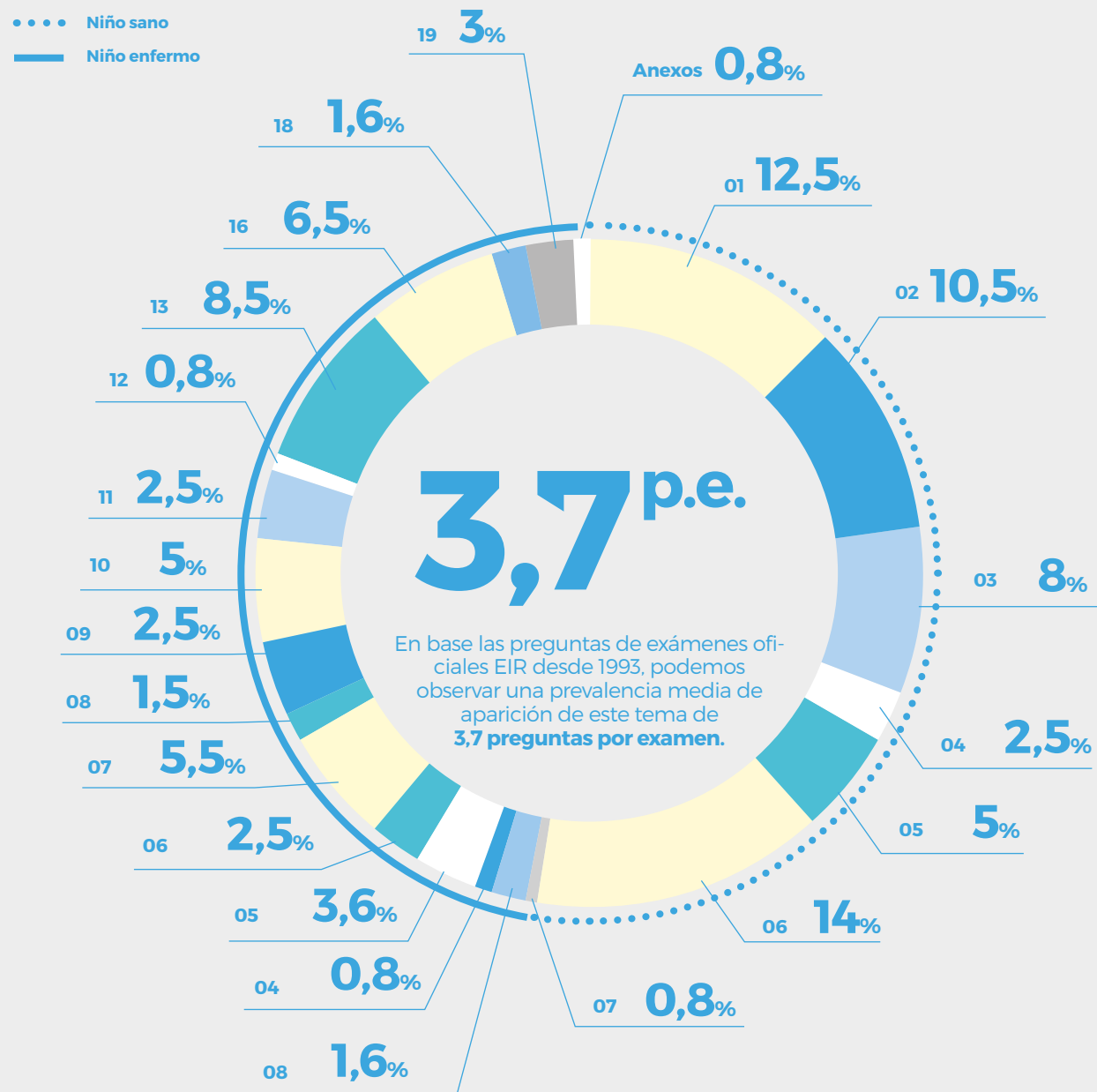
Importancia de la asignatura dentro del histórico de exámenes EIR

ASIGNATURA	N.º Preg.	%
Salud Pública y Comunitaria	246	6,8 %
Fundamentos	219	6,1 %
Maternal	202	5,6 %
Epidemiología	202	5,6 %
Respiratorio/equilibrio	202	5,6 %
Psicosocial	199	5,5 %
Neurología	178	4,9 %
Cardiología	172	4,8 %
Nutrición	164	4,6 %
Farmacología	163	4,6 %
Salud mental	157	4,4 %
Investigación	150	4,2 %
Gestión	136	3,7 %
Oncohematología	135	3,7 %
INFANTIL	121	3,3 %
Geriatría	120	3,3 %
Bioética	120	3,3 %
Digestivo	112	3,1 %
Traumatología	100	2,8 %
Endocrinología	94	2,7 %
Modelos	89	2,4 %
Nefrourología	85	2,3 %
Urgencias	82	2,3 %
Quirúrgico	76	2,1 %
Dermatología	73	2 %

Enfermería infantil: niño sano y enfermo

Distribución por temas en el histórico del EIR.

Total: **121 preguntas.**



NIÑO SANO

01 Introducción al niño sano	12,5%
02 Características morfológicas del recién nacido	10,5%
03 Características funcionales del recién nacido	8%
04 Atención inmediata al recién nacido	2,5%
05 Cuidado del recién nacido y lactante	5%
06 Desarrollo y crecimiento	14%
07 Detección de las alteraciones visuales en la infancia	0,8%
08 Alimentación infantil	1,6%
09 Alimentación y nutrición en la infancia-adolescencia, consejos de salud y programa bucodental	
Anexos	

NIÑO ENFERMO

01 Introducción	
02 Reanimación neonatal	
03 Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN)	
04 Patología respiratoria del recién nacido	0,8%
05 Patología respiratoria del lactante y del niño mayor	3,6%
06 Patología cardiovascular y cardiopatías congénitas	2,5%
07 Patología digestiva	5,5%
08 Patología metabólica	1,5%
09 Patología termorreguladora	2,5%
10 Patología hematológica	5%
11 Patología neurológica	2,5%
12 Patología renal y del tracto urinario	0,8%
13 Patología infectocontagiosa	8,5%
14 Patología cromosómica	
15 Patología oncológica	
16 Maltrato en la infancia	6,5%
17 Autismo	
18 Procedimientos en enfermería infantil	1,6%
19 Valoración del dolor en la infancia	3%
20 Efectos de la hospitalización	
Anexos	0,8%



Líneas de tendencia

Niño sano y enfermo

Total: **121 preguntas** de las cuales se distribuyen en líneas de tendencia las siguientes:

01 RECIÉN NACIDO	42 p.
02 DESARROLLO Y CRECIMIENTO	15 p.
03 PATOLOGÍA EN EL RECIÉN NACIDO	42 p.
04 MALTRATO INFANTIL	9 p.

01 RECIÉN NACIDO

N.º Preguntas: **42**

Conceptos clave

Las preguntas en esta línea de tendencia se realizan desde el examen **EIR de 1993**, con una pregunta relacionada con los genitales masculinos del recién nacido. A partir de este momento las preguntas se han centrado en diversos aspectos del recién nacido, siendo las distintas **características anatómicas del RN** los conceptos más preguntados con 14 preguntas (cabeza, cara, abdomen, somatometría...). Por otro lado, con 10 preguntas tenemos **la valoración del RN y los test más utilizados**. Los demás aspectos tienen preguntas más dispersas que han seguido la siguiente distribución: clasificación del recién nacido (RN) (1 pregunta), valoración del recién nacido y test asociados (10 preguntas), características anatómicas del RN (14 preguntas) y cambios en el nacimiento (3 preguntas), características funcionales (5 preguntas), cuidados inmediatos RN (3 preguntas), cuidados al RN (6 preguntas).

Nivel complejidad

Estas preguntas han seguido un patrón bastante similar, siendo preguntas de un **nivel sencillo**. Si bien, es cierto que la extensión de contenidos nos obliga a tener un manejo conceptual general de estos contenidos, pues la dispersión de preguntas, como acabamos de analizar, tiende a abordar muchos conceptos clave.

Tendencia esperada:



La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:

1. Preguntas específicas sobre test de valoración del recién nacido, de mayor dificultad sobre los test ya preguntados, o de otros test que aún no han sido preguntados, como Velasco o Ballard.
2. Preguntas básicas de características anatómicas y funcionales del RN sobre contenidos sin preguntar, o de mayor precisión sobre los ya preguntados, como pueden ser preguntas sobre somatometría más concretas (perímetro abdominal, torácico...)
3. La tendencia a hacer preguntas sobre cuidados del recién nacido y las publicaciones, que al respecto tiene el Ministerio de Sanidad, hace fácil que encontremos preguntas de las mismas.

Conceptos clave

Las preguntas en esta línea de tendencia se realizan desde el examen **EIR de 1995**, con una pregunta relacionada con alteraciones visuales en la infancia. Las preguntas de estos contenidos **se estructuran en tres partes diferenciadas**: desarrollo pondoestatural, desarrollo sexual y desarrollo psicomotor. Todos estos contenidos se llevan a la práctica clínica a través de programas de seguimiento en la infancia, a través de atención primaria, en la que encontramos protocolos y cribados poblacionales, como el de displasia de cadera, auditivos, oftalmológicos, de metabolopatías, entre otros.

Además, las preguntas relacionadas con el desarrollo neurológico, a través de la psicomotricidad, relacionadas con la adquisición de hitos, son bastantes frecuentes.

La distribución de preguntas se ha centrado en el desarrollo y crecimiento: pondoestatural (5 preguntas), sexual (2 preguntas), psicomotor (8 preguntas).

Nivel complejidad

El nivel de complejidad de las preguntas es creciente, siendo las preguntas cada vez más **concretas y precisas**, en cuanto a los conceptos clave que acabamos de describir, sobre todo en lo relacionado con el desarrollo psicomotor, que contiene diversos test de seguimiento y valoración que requieren un análisis pormenorizado. Unido a estos controles, cuando hay alteraciones, se derivan en situaciones patológicas, que también son objeto de preguntas de mayor complejidad, como puede ser el cribado de metabolopatías, y preguntas asociadas a la definición y características clínicas de las principales patologías metabólicas.

Tendencia esperada:

La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:

1. Preguntas de mayor complejidad relacionadas con los cribados y herramientas de seguimiento y monitorización de la salud en la infancia, desde test y cribados en lactante hasta el resto de infancia.
2. Preguntas de mayor nivel relacionadas con hitos y su periodo de consecución normal.
3. Preguntas relacionadas con las guías del Ministerio de sanidad, relacionadas con los cuidados en el recién nacido, en el que se concreta muchos de estos aspectos de valoración e intervención inicial, desde profilaxis, a cribados y cuidados generales del recién nacido.

03 PATOLOGÍA EN EL RECIÉN NACIDO

N.º Preguntas: 42

Conceptos clave

Desde el EIR de 1993 hemos tenido preguntas relacionadas con las patologías metabólicas e infecciosas. De hecho, podemos observar en la distribución de preguntas que estos dos grupos de alteraciones patológicas han sido de los contenidos más preguntados en la historia de preguntas EIR. Estas preguntas se han distribuido en patologías de origen: **respiratorio (8 preguntas)**, cardiovascular (3 preguntas), digestivo (7), metabólico (3), termorregulador (3), **hematológico (6)**, neurológico (2), urinario (1), **infectocontagioso (9)**.

La dispersión de preguntas, en un contenido extenso, y la tendencia que siguen las preguntas nos deja claro la relevancia de dominar conceptos clave de las patologías en la infancia, y conceptos de mayor profundidad en aquellas patologías de mayor tendencia, que son: infecciosas, respiratorias, digestivas, hematológicas y metabólicas. Atención a las alteraciones metabólicas asociadas con el cribado metabólico al recién nacido.

Nivel complejidad

Las preguntas han sido de un nivel sencillo, centrándose en los aspectos clave que estamos describiendo. Podemos observar como las preguntas de los últimos años, han seguido una tendencia y nivel similar a preguntas que hemos tenido en los exámenes EIR de los años 90.

Si bien, las preguntas sobre los grupos de patologías más relevantes, tienden a aumentar su complejidad, por lo que debemos estar especialmente atentos a las mismas.

Tendencia esperada:

La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:

1. Preguntas de mayor dificultad relacionadas con las patologías en la infancia más preguntadas en el examen EIR: infectocontagiosas, respiratorias, digestivas y hematológicas. Además, preguntas de nivel similar a las que tenemos, de alteraciones que aún no han sido preguntadas.
2. Criterios diagnósticos, a través de los cribados en la infancia, para determinar la presencia o no de alteración.

Conceptos clave

Aunque estos contenidos tienen muy pocas preguntas, la marcamos como una tendencia porque las preguntas se están concentrando en los últimos exámenes EIR. Los conceptos clave de las mismas se suelen dirigir a factores de riesgo, tipos de maltrato, modelos explicativos e indicadores de maltrato infantil.

Nivel complejidad

La complejidad de las preguntas es **baja**, aunque debemos estar atentos por la tendencia creciente, a tener preguntas un poco más complejas.

Tendencia esperada:

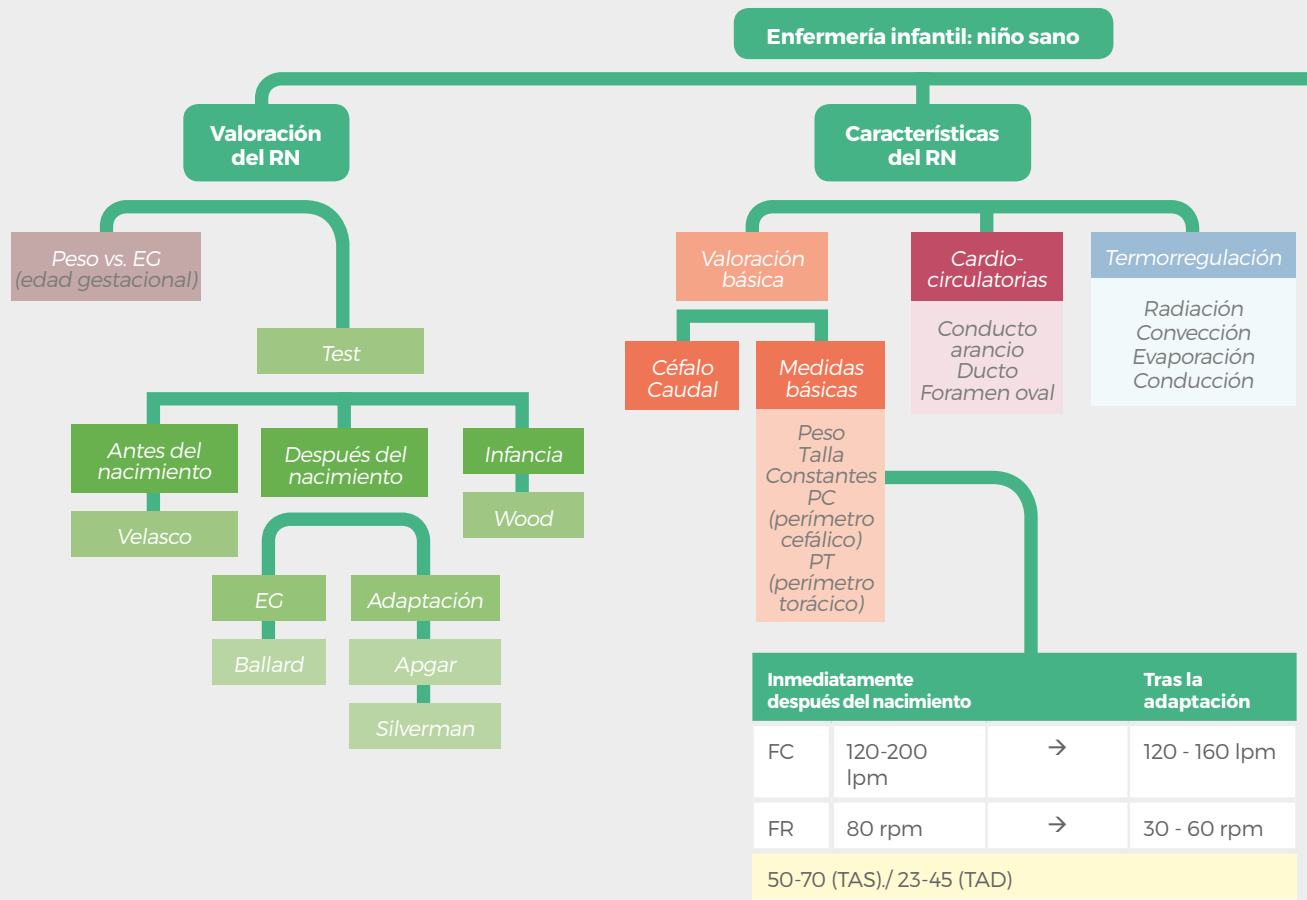
La **caja invisible** de preguntas nos lleva a construir preguntas esperadas centradas en:

1. Preguntas de mayor dificultad relacionadas con el maltrato infantil, en base a las publicaciones del observatorio de la infancia, en el que encontramos: protocolos de actuación ante trata de seres humanos, traslados en menores de edad, intervención familiar ante maltrato y hojas de notificación de maltrato en el ámbito sanitario.

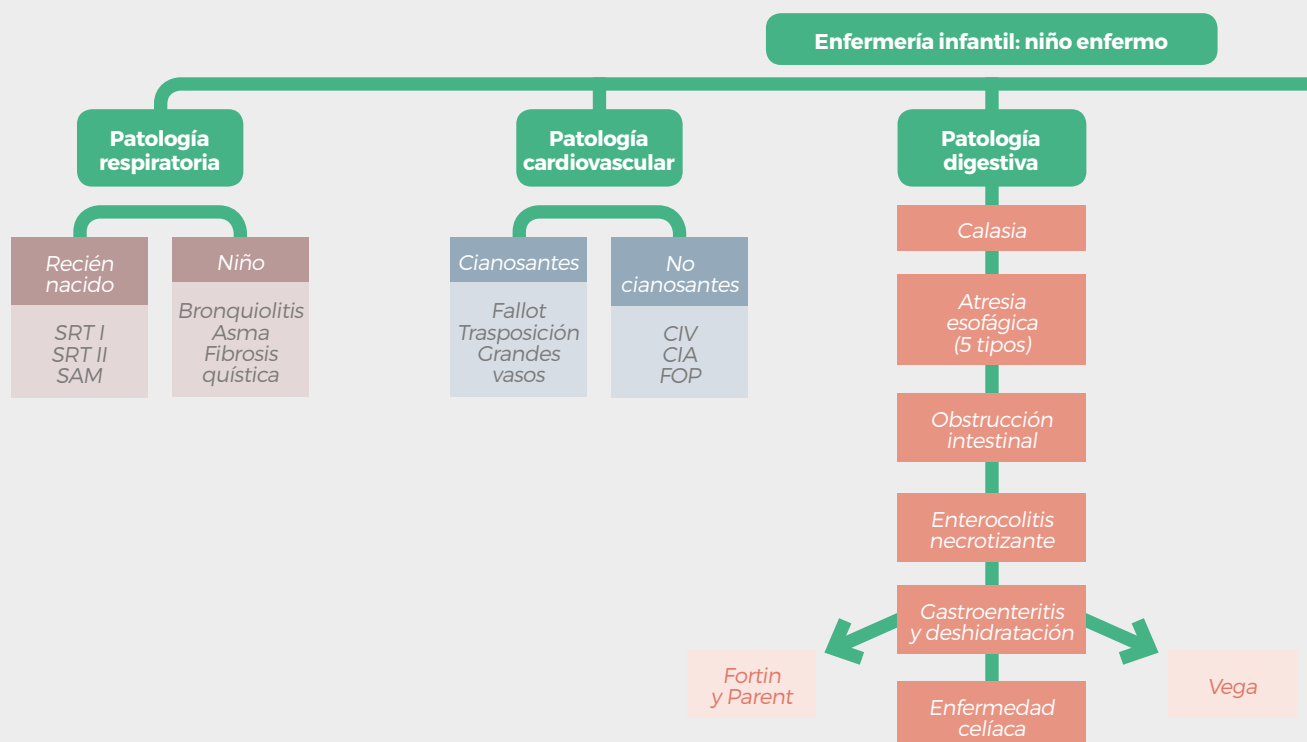
<http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/estadisticas/protocolos/estatales/home.htm>

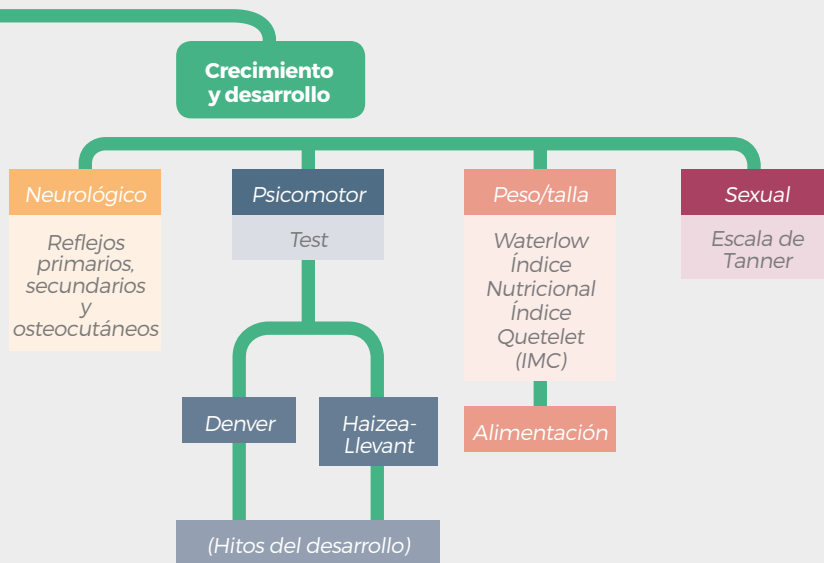
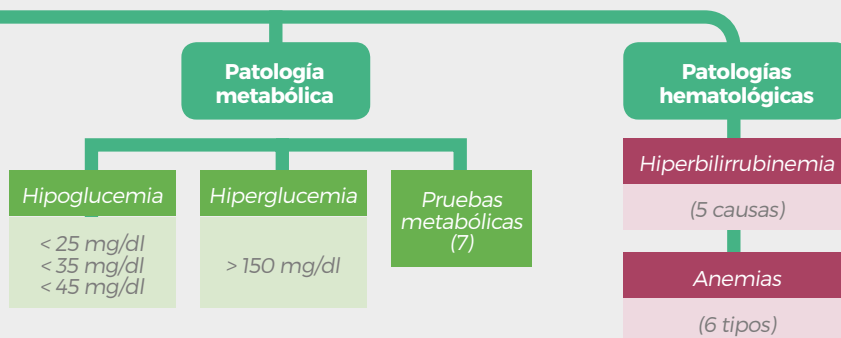


Mapa conceptual



Inmediatamente después del nacimiento			Tras la adaptación
FC	120-200 lpm	→	120 - 160 lpm
FR	80 rpm	→	30 - 60 rpm
50-70 (TAS)/ 23-45 (TAD)			







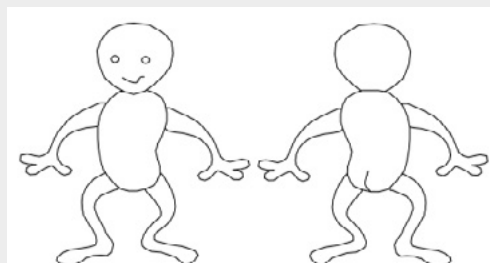
Anexo I

Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario

L = Leve M = Moderado G = Grave

Maltrato físico

☐ L	☐ M	☐ G	Magulladuras o moratones ¹
☐ L	☐ M	☐ G	Quemaduras ²
☐ L	☐ M	☐ G	Fracturas óseas ³
☐ L	☐ M	☐ G	Heridas ⁴
☐ L	☐ M	☐ G	Lesiones viscerales ⁵
☐ L	☐ M	☐ G	Mordeduras humanas ⁶
☐ L	☐ M	☐ G	Intoxicación forzada ⁷
☐ L	☐ M	☐ G	Síndrome del niño zarandeado ⁸



Señale la localización de los síntomas

Negligencia

☐ L	☐ M	☐ G	Escasa higiene ⁹
☐ L	☐ M	☐ G	Falta de supervisión ¹⁰
☐ L	☐ M	☐ G	Cansancio o apatía permanente
☐ L	☐ M	☐ G	Problemas físicos o necesidades médicas ¹¹
☐ L	☐ M	☐ G	Es explotado, se le hace trabajar en exceso ¹²
☐ L	☐ M	☐ G	No va a la escuela
☐ L	☐ M	☐ G	Ha sido abandonado

Otros síntomas o comentarios:

Maltrato emocional

☐ L	☐ M	☐ G	Maltrato emocional ¹³
☐ L	☐ M	☐ G	Retraso físico, emocional y/o intelectual ¹⁴
☐ L	☐ M	☐ G	Intento de suicidio
☐ L	☐ M	☐ G	Cuidados excesivos / Sobreprotección ¹⁵

Abuso sexual

☐ S	Sin contacto físico
☐ S	Con contacto físico y sin penetración ¹⁶
☐ S	Con contacto físico y con penetración
☐ S	Dificultad para andar y sentarse
☐ S	Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada
☐ S	Dolor o picor en la zona genital
☐ S	Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal
☐ S	Cerviz o vulva hinchados o rojos
☐ S	Explotación sexual
☐ S	Semen en la boca, genitales o ropa
☐ S	Enfermedad venérea ¹⁷
☐ S	Apertura anal patológica ¹⁸

Configuración del himen¹⁹

Identificación del caso (tache o rellene lo que proceda)

Identificación del niño		Caso Fatal (fallecimiento del niño) ☐ Sí	
Apellidos <input type="text"/>		Nombre <input type="text"/>	
Domicilio <input type="text"/>		Localidad <input type="text"/> Teléfono <input type="text"/>	
Sexo ☐ V ☐ M		Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input type="text"/>	
Acompañante Padre ☐ Madre ☐ Tutor ☐ Policía ☐ Vecino ☐ Otro (especificar) <input type="text"/>			
Identificación del notificador		Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input type="text"/>	
Centro: <input type="text"/>		Servicio / Consulta: <input type="text"/>	
Nombre: <input type="text"/>		Área sanitaria <input type="text"/>	
Profesional ☐ Médico ☐ Enfermera ☐ Trabajador Social ☐ Matrona ☐ Psicólogo ☐		N.º Colegiado <input type="text"/>	

Sospecha: No existen datos objetivos, sólo la sospecha, que se deduce de su historia clínica no creíble o contradictoria, o de la excesiva demora en la consulta.

L (Leve): circunstancias que requieren un seguimiento,

M (Moderado): necesita apoyo / ayuda de los servicios sociales, sanitarios, educativos,...

G (Grave): requiere intervención urgente de los servicios sociales.

- 1 Magulladuras o moratones en diferentes fases de cicatrización, en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos, con formas no normales, agrupados o como señal o marco del objeto con el que han sido inflingidos, en varias áreas diferentes, indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.
- 2 Quemaduras de puros o cigarrillos. Quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (en guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de bñuelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente. Quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas. Quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.).
- 3 Fracturas en el cráneo, nariz o mandíbula. Fracturas en espiral de los huesos largos (brazos o piernas), en diversas fases de cicatrización. Fracturas múltiples. Cualquier fractura en un niño menor de 2 años.
- 4 Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías u ojos. En los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
- 5 Lesiones viscerales (abdominales, torácicas y/o cerebrales). Hinchazón del abdomen. Dolor localizado. Vómitos-constantemente. Son sugestivos los hematomas duodenales y las hemorragias pancreáticas, o alteraciones del sensorio sin causa aparente.
- 6 Señales de mordeduras humanas, especialmente cuando parecen ser de un adulto (más de 3 cms de separación entre las huellas de los caninos) o son recurrentes.
- 7 Intoxicación forzada del niño por ingestión o administración de fármacos, heces o venenos.
- 8 Hemorragias retinianas e intracraneales, sin fracturas.
- 9 Constantemente sucio. Escasa higiene. Hambriento o sediento. Inapropiadamente vestido para el clima o la estación. Lesiones por exposición excesiva al sol o al frío (quemadura solar, congelación de las partes acras).
- 10 Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando acciones peligrosas o durante largos períodos de tiempo.
- 11 Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej. heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios: no seguimiento del calendario de vacunación, ni otras indicaciones terapéuticas, caries dental extensa, alopecia localizada por postura prolongada en la misma posición, cráneo aplanado.
- 12 Incluye a niños que acompañan a adultos que «piden», vendedores en semáforos y a todos aquellos sin escolarizar debiendo estarlo.
- 13 Situaciones en las que el adulto responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del niño. Incluye menos-

precio continuo, desvalorización, insultos verbales, intimidación y discriminación. También están incluidos amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua. Temor al adulto.

14 Retraso del crecimiento sin causa orgánica justificable. Incluye retraso psíquico, social, del lenguaje, de la motilidad global o de la motilidad fina.

15 Sobreprotección que priva al niño del aprendizaje para establecer relaciones normales con su entorno (adultos, niños, juego, actividades escolares).

16 Incluye la mutilación, ablación quirúrgica del clítoris, que habrá de especificarse en el apartado «Otros síntomas comentarios».

17 Enfermedad de transmisión sexual por abuso sexual. Incluye gonococia y sífilis no neonatal. Son sospechosos de abusos sexual: Chlamidia, condilomas acuminados, tricomonas vaginales, herpes tipo I y II.

18 Incluye fisuras anales (no siempre son abusos), cicatrices, hematomas y acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual. desgarros de la mucosa anal, cambios de la coloración o dilatación excesiva (> 15 mm, explorado el ano decúbito lateral, especialmente con ausencia de heces en la ampolla rectal). La presencia de condilomas acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual.

19 Normal, imperforado.

La información aquí contenida es confidencial. El objetivo de esta hoja es facilitar la detección del maltrato y posibilitar la atención. La información aquí contenida se tratará informáticamente con las garantías que establece la Ley.

Instrucciones de uso de la Hoja de Notificación

Este instrumento es un cuestionario para la notificación y recogida de información sobre casos de maltrato infantil y abandono. Este cuestionario no es un instrumento diagnóstico sino una hoja estandarizada de notificación de los casos de maltrato evidente o de sospecha de maltrato que puedan aparecer en nuestras consultas.

Para utilizar el cuestionario se debe tachar con una «X» todos los síntomas de los que se tenga evidencia o de los que se sospeche su presencia, rellenar la ficha de identificación y enviar el cuestionario por correo. El cuestionario consta de un inventario de síntomas, una figura, un dibujo anatómico, un recuadro para comentarios, una leyenda explicativa de los síntomas y un apartado de identificación del caso.

El inventario de síntomas se desglosa por apartados de tipologías. Éstos son: síntomas de maltrato físico, síntomas de negligencia en el trato del menor, síntomas de maltrato emocional y síntomas de abuso sexual. Es importante resaltar que los síntomas no son exclusivos entre sí.

Con frecuencia será necesario utilizar uno o varios indicadores de los distintos apartados de síntomas para perfilar el caso.

El primer apartado a rellenar se encuentra en la esquina superior derecha. En este recuadro se debe tachar si se trata de un caso evidente de maltrato o si sólo existe la sospecha de que existe maltrato. En las leyendas se encuentra una definición de lo que es la sospecha.

El inventario de síntomas sirve de guía para recordar los síntomas más frecuentes de maltrato. Es posible elegir varios indicadores de todos y cada uno de los apartados. Los indicadores no son exclusivos entre sí.

En los tres primeros apartados (maltrato físico, negligencia y maltrato emocional), se puede elegir el grado de gravedad del síntoma. La gravedad se indica tachando la «L» si es leve, la «M» si es moderado y la «G» si es grave. Si sólo existe la sospecha, deben indicarse los síntomas pertinentes como leves.

En el apartado de maltrato sexual se deben tachar aquellos indicadores de los que se tenga evidencia o sospecha de su presencia. Será frecuente que los indicadores de maltrato sexual aparezcan asociados a los síntomas de maltrato emocional. Cuando sea pertinente, se deberá rellenar la configuración del himen y/o el tamaño de la hendidura himenal en milímetros.

Algunos de los síntomas poseen una nota aclarativa, la cual se indica mediante un número. La aclaración se encuentra situada en la parte posterior del cuestionario. Es recomendable leer estas notas cuando el indicador no resulte evidente, hasta familiarizarnos con los indicadores.

Si existieran otros síntomas no contemplados en el listado, se deberá hacer uso del apartado de comentarios y reflejarlos allí.

El dibujo anatómico debe ser utilizado para indicar la localización de los síntomas. Bastará con sombrear sobre la figura la zona en la que se aprecia el síntoma. Si existieran varios síntomas que se desea localizar y su ubicación sobre el dibujo no fuera suficientemente evidente por el contexto del indicador, se puede indicar con una flecha el indicador al que se refiere el sombreado.

Existe un recuadro en el que se pueden escribir otros síntomas que no aparezcan reflejados en el cuestionario original. También es posible reflejar aquí comentarios que puedan ser pertinentes para la aclaración del caso o sospechas (por ejemplo de tipo biográfico, referentes a la credibilidad de la historia narrada por el sujeto o debidas a la reiteración de síntomas y visitas) que lleven al profesional a comunicar el caso.

En el apartado de identificación del caso se recogen los datos que permitirán localizar y describir al sujeto en la base de datos acumulativa. Es imprescindible recoger las iniciales del paciente, su sexo y su fecha de nacimiento (si se conoce).

Si la notificación se deriva de la defunción del sujeto, deberá tacharse la casilla correspondiente. Debe consignarse la fecha de la notificación ya que pueden realizarse diversas notificaciones de un mismo caso en el mismo centro o en centros diferentes.

Por último, existe un área dedicada a la identificación de la persona que realiza la notificación. La información recogida en este apartado no se consigna en la base de datos del registro acumulativo de casos y se utiliza exclusivamente para asegurar la veracidad de la información contenida en la notificación. Por ello, es imprescindible rellenar este apartado para que la notificación surta efecto.

Cada hoja de notificación consta de tres copias en papel autocopiativo. Una copia deberá permanecer en la historia clínica para el seguimiento del caso si fuera necesario, otra copia se enviará por correo al servicio de proceso de datos y una tercera copia se entregará al profesional de los servicios sociales.

IMPORTANTE: Cada notificación debe realizarse en un cuestionario nuevo, incluso cuando se refiera al mismo caso en fechas posteriores a la primera detección.

La eficacia de esta Hoja de Notificación depende en gran medida de la calidad de las notificaciones y del esmero con que sea utilizada. La cumplimentación descuidada puede invalidar la notificación del caso.

Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse al teléfono de Información Administrativa 012.

http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/productos/pdf/Hoja_notificacion_maltrato_infantil_en_el_ambito_sanitario.pdf

Anexo II

Actuaciones para la detección y atención de víctimas de trata de seres humanos (TSH) menores de edad

Objetivos específicos de este documento:

- Proporcionar a profesionales una herramienta concreta que favorezca la toma de decisiones en la intervención con víctimas de TSH menores de edad.
- Aumentar la sensibilización, formación e información de los profesionales ante las situaciones de mayor vulnerabilidad, adecuando su intervención a las características individuales de las víctimas de TSH menores de edad.
- Fomentar la colaboración y coordinación interinstitucional, favoreciendo la correcta identificación por la autoridad competente y la derivación a servicios de atención adecuados.

Ámbito de aplicación

A todas las personas menores de 18 años que presenten indicios de ser víctimas del delito de TSH1, tanto si son directas por perseguir la red su explotación directa a través de alguna finalidad típica de la TSH, como si son indirectas al estar instrumentalizadas con la finalidad de asegurar la explotación de una persona adulta.

Catálogo común de indicios para la detección de víctimas de TSH menores de edad

Con carácter previo hay que aclarar que no se puede determinar un perfil de NNA víctima de TSH, pudiendo ser cualquier menor de edad, nacional o extranjero, en cualquier situación administrativa o legal. No obstante, existen algunas características que hacen más probable que determinados NNA estén expuestos a encontrarse en estas situaciones.

NNA en riesgo o situación de vulnerabilidad para su captación como víctimas de TSH.

Partiendo del trabajo conjunto realizado para la elaboración de las Directrices para la Detección de Víctimas de Trata en Europa, se encontrarán en mayor riesgo de trata los siguientes NNA:

- NNA que sufren violencia, abuso o abandono, o bien proceden de un contexto familiar o social desestructurado, son más proclives a ser captados por las redes de trata o incluso a ser entregados por sus familias.
- NNA que viven en situaciones sociales o económicas difíciles, analfabetos o con un nivel educativo limitado se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad.
- NNA extranjeros, en particular los menores extranjeros no acompañados (MENAS).
- NNA acompañados por personas adultas que pueden haber sido captadas por una red de TSH, que son utilizados por la red para someter a explotación a la persona adulta que los tiene a cargo. Se considerarán NNA en situación de riesgo aquellos, acompañados o no, que entren de manera irregular en el territorio (generalmente por costas).
- NNA con un grado bajo de madurez o que presentan una capacidad cognitiva disminuida, así como aquellos que sufren una discapacidad intelectual o que presentan problemas de salud mental. Son, por lo general, más fácilmente objeto de captación y sometimiento a una situación de trata y siendo menos probable que conozcan y entiendan sus derechos.
- NNA localizados en lugares aislados o en remotos u ocultos, que generalmente desconocen o no se relacionan con su entorno.
- NNA pertenecientes a una comunidad o minoría que pueden estar siendo explotadas por otras de su propia comunidad, lo que hace que tengan un escaso acceso a personas del exterior.
- NNA sometidos y explotados a partir de una adicción.
- NNA que fueron captados mediante engaño, con promesas de “dinero fácil” a cambio de realizar actividades de forma ocasional, tales como cometer pequeños hurtos, ejercer la prostitución o la mendicidad, o mediante falsas promesas de amor o matrimonio como ocurre con los “lover-boys”.
- NNA activos en las redes de internet que pueden haber sido captados por este sistema.

Indicios generales de TSH (acciones de captación, transporte, traslado, alojamiento, acogida del menor víctima de trata de seres humanos):

A) Indicios en la entrada al país:

- Carencia de documentos de identidad y de inmigración o falsedad de los mismos o incoherencia entre lo que en ellos se refleja y lo observado, por ejemplo, en el equipaje, aspecto del NNA, su comportamiento y competencias lingüísticas teniendo en cuenta su edad, etc.
- Posibilidad de haber sufrido daños y no tener cubiertas necesidades vitales esenciales (alimentación y alojamiento).
- Desconocimiento del idioma local.
- Desconocimiento de la ruta del viaje desde el lugar de origen hasta el destino.
- Necesidad de ocultarse durante el transporte e incomunicación durante el mismo.

- Aislamiento de sus familiares y miembros de su etnia o comunidad religiosa o porque terceras personas contestan, en su nombre, a las preguntas que se le formulan y/o traducen todas las conversaciones. En el caso de los menores ese aislamiento puede detectarse porque no están acompañados o viajan sin la compañía de adultos, sin sus padres o parientes o lo hacen con personas a las que parecen temer o no conocer.
- Pertenencia a un grupo de población que ha sido discriminado o no goza de los mismos derechos en la sociedad (por razones de sexo, condición de refugiado/asilo, etnicidad, discapacidad, condición de huérfano o por formar parte de un colectivo cultural o religioso o minoritario...).
- Procedencia de una zona afectada por desastres naturales, conflictos políticos o armados, crisis económicas.
- Incapacidad para comunicarse libremente con amigos o familiares.

B) Indicios relativos al entorno:

- Falta de escolarización.
- Convivencia con personas a las que no se conoce.
- Hacinamiento en las zonas destinadas a dormir, condiciones de alojamiento insalubres, limitación de la libertad de movimientos y privacidad limitada o inexistente.
- Presencia de ropa, juguetes y otros enseres de NNA en lugares poco adecuados como lugares de trabajo, burdeles, etc.

C) Indicios conductuales no verbales:

- Las víctimas muestran señales de miedo o ansiedad: sudor, temblor, dificultad a la hora de contestar preguntas directamente, retraimiento excesivo, evita el contacto visual (por razones no relacionadas con su cultura) o bien hacen declaraciones que son incoherentes, demasiado fantásticas o que indican adoctrinamiento.
- El comportamiento no corresponde a la edad que aparenta.
- Retraso en el aprendizaje del lenguaje en relación a su edad.
- Psicomotricidad lenta o hiperactividad.
- Evidencias de consumo de drogas, alcohol u otras sustancias intoxican téis.
- Aparición de conductas delictivas o autodestructivas hacia sí mismos o agresivas en su relación con los otros, conductas regresivas, fobias repetidas y variadas, problemas psicosomáticos o labilidad afectiva, sentimientos de culpa o vergüenza extremos.
- Muestra conductas sexuales impropias de su edad: masturbación compulsiva, caricias bucogenitales, conductas sexualmente seductoras, conocimientos o afirmaciones impropios de su edad, etc.

D) Indicios de salud física de la víctima

- Dificultad para sentarse o caminar.
- Desnutrición, deshidratación y escasa higiene personal.
- Infecciones y enfermedades de transmisión sexual.
- Signos visibles de cortes, magulladuras, desgarros, quemaduras, moratones, huesos rotos u otras señales de problemas que no han sido tratados médicamente.
- Trastornos en el control de esfínteres (enuresis o encopresis) e infecciones en zonas genitales y urinarias.

- Anomalías en el desarrollo físico: estatura muy baja en relación a su edad, malformación, deterioro dental o subdesarrollo de sistemas reproductivos en el caso de los adolescentes.

Indicios con respecto a las víctimas de TSH menores de edad de explotación sexual.

- En edad preescolar: los niños/as pueden presentar somatizaciones, regresiones y sexualización de la conducta.
- Entre los 6 y los 12 años: baja autoestima, problemas escolares, trastornos de sueño, reacciones psicosomáticas, dolor abdominal.
- En edad adolescente: baja autoestima, fugas de casa, depresión, embarazo, automutilaciones, agresividad y aislamiento.

Indicios con respecto a las víctimas de TSH menores de edad de imposición de trabajo o de servicios forzados, esclavitud o prácticas similares a la esclavitud, a la servidumbre o a la mendicidad.

- El NNA no tiene la edad legal para trabajar (mayor de 16 años) o, en su caso, no existe un permiso del tutor o representante legal.
- Retención por parte del empleador de documentos de identidad.
- Realización de actividades ilícitas o humillantes o trabajos peligrosos sin el equipamiento de protección adecuado.
- Entorno laboral insalubre, con poca luz y ventilación, ausencia de calefacción y de muy difícil acceso.
- No hay advertencias de seguridad o salud en el lugar de trabajo.
- Las condiciones de trabajo infringen la legislación laboral y los convenios colectivos.
- El NNA tiene un aspecto cansado, agotado o desaliñado.
- El NNA no sabe dónde se encuentra ni conoce la dirección.
- Pago del salario en especie.
- Pago de todo o parte del salario por parte del empresario a un intermediario y no al trabajador.
- Grupo étnico excesivamente representado en el lugar de trabajo.
- Los trabajadores viven en el lugar de trabajo.
- El NNA mendiga durante todo el día, incluso si está enfermo.
- Se traslada al NNA de un lugar a otro para que mendigue sin su consentimiento.
- Tiene un aspecto cansado y agotado.
- Aparenta padecer una discapacidad.
- Está vendiendo/ocultando/transportando armas o sustancia ilícitas.
- Parece atemorizada.
- No lleva encima dinero en efectivo.

http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/productos/pdf/Anexo_Protocolo_Marco_Menores_Victimas_TSH_aprobado_por_Pleno1_12_2017.pdf

Anexo III Programa de Salud Infantil. AEP (2009)

Aunque este programa propuesto por la Asociación Española de Pediatría, es de 2009, contiene algunos cribados de los que no hemos tenido preguntas, por tanto, tampoco han sido abordados conceptualmente, pero podemos realizar una lectura comprensiva de los mismos. Marcamos los más interesantes, sobre los que podemos realizar una lectura ágil:

1. Cribado de ambliopía, estrabismo y trastornos de refracción.
2. Promoción de la salud bucodental.
3. Supervisión del crecimiento físico y desarrollo puberal.
4. Cribado de criptorquidia.
5. Supervisión del desarrollo psicomotor y afectivo. Trastornos asociados.
6. Cribado de displasia evolutiva de la cadera.
7. Cribado neonatal de enfermedades congénitas.
8. Cribado y prevención de ferropenia.
9. Cribado de hipoacusia.
10. Cribado de hipercolesterolemia.
11. Cribado de hipertensión arterial.
12. Promoción de la lactancia materna.
13. Prevención y detección de maltrato.
14. Cribado y prevención de obesidad.
15. Cribado de tuberculosis.
16. Vacunaciones sistemáticas.
17. Profilaxis con vitamina D.
18. Prevención del déficit de yodo.



NOTA

En el siguiente documento (actualización 4) dejamos algunas recomendaciones actuales de la SEMFYC en relación a algunas de las propuestas sobre estos cribados:

<https://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-salud-infantil/intervencion-y-cribado>

Anexo IV Marco estratégico de la Atención Primaria y Comunitaria. Salud infantil.

Este Marco Estratégico se articula en 6 estrategias. A continuación, analizamos las aportaciones que cada una de ellas indica en relación al cuidado de la infancia:

En la **ESTRATEGIA A**, “Reforzar el compromiso del Consejo Interterritorial del SNS con el liderazgo de la Atención Primaria de Salud”, el objetivo 4, que es “Actualizar la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud”, una de las acciones a ejecutar a corto plazo es protocolizar la valoración social de la persona mayor, con fragilidad

Marco Estratégico
para la Atención
Primaria y
Comunitaria
10 de Abril de 2019

SAU-000001-0117
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL Y MINISTERIO SOCIAL

o con deterioro funcional o con patología compleja crónica y/o personas en situación de dependencia y de toda persona en situación de vulnerabilidad, riesgo social o **situación de maltrato**, destacando la valoración social de mujeres víctimas de violencia de género, mujeres embarazadas, **menores** y personas mayores”

Otra acción relacionada con este objetivo es la de **garantizar el cumplimiento de la Cartera Básica** de todas las actuaciones en salud bucodental en CS y las Unidades de Salud Bucodental, con especial énfasis en las actividades dirigidas **a población infantil**, embarazadas y personas con diversidad funcional.

En la **ESTRATEGIA E** “Potenciar el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs)”, tenemos el objetivo de “Proporcionar herramientas de ayuda para la toma de decisiones y seguimiento de programas clínicos y de atención sociosanitaria”, para el que se proponen una serie de acciones destacando: Establecer avisos de garantía en la Historia de Salud Digital para apoyar los programas de cribado poblacional de cáncer y **detectar población diana que no haya participado en los cribados neonatales** poblacionales. Lo cual pone de manifiesto la relevancia en la aplicación y monitorización de los cribados en la infancia.

Estos objetivos dejan ver la preocupación creciente con el maltrato, y el llamamiento al desarrollo de protocolos de intervención eficaces.

La infancia en España

Desde 1989, tras aprobarse la **Convención sobre los Derechos del Niño**, la situación de los niños y las niñas no solo de España, sino de todo el mundo, ha mejorado considerablemente, ya que el reconocimiento de los derechos de la infancia y adolescencia ha producido numerosas modificaciones legislativas y ha incrementado, sin duda, la sensibilidad social en favor de este colectivo tan vulnerable.

Los avances en nuestro país son un hecho indiscutible, aunque, como es lógico, abierto siempre a mejoras. Podemos afirmar, que en general, las niñas y los niños españoles se encuentran bien valorados en sus familias, todavía extensas en comparación con otros países de nuestro entorno, que perciben con bastante normalidad y los cambios familiares que se han venido produciendo y que demandan mayor relación de convivencia con los padres.

También podemos afirmar según todos los indicadores, que los menores de 18 años gozan de una buena salud, en términos generales, así como también que pueden disponer de una educación formal y de una mayor protección social.

El hecho es, por tanto, que en España tenemos una infancia saludable, formada y progresivamente protegida, junto a la que coexisten importantes retos que tenemos que afrontar para que ese bienestar conseguido en términos generales no se vea amenazado por los riesgos de la nueva sociedad (hábitos alimenticios, de consumo y de ocio no adecuados, accidentes domésticos y/o de tráfico, uso inapropiado y excesivo de pantallas como televisión, videojuegos e Internet, violencia etc.)

Los niños y adolescentes son un colectivo caracterizado por una especial vulnerabilidad y que en tanto que sujetos en desarrollo necesitan de terceros que les cuiden, asistan, eduquen y representen. El niño y la niña, como ciudadanos de derecho que son, requieren una adecuada protección jurídica

ca y administrativa, de forma que se garantice la atención de sus necesidades, el pleno desarrollo de su personalidad y su integración social. Esta función “protectora” de los poderes públicos toma forma en casos de desprotección, desamparo o maltrato infantil con el fin de prevenir y evitar situaciones de exclusión social en la infancia.

En la actualidad, se puede afirmar que asistimos en nuestro país a un cambio de modelos sobre la infancia, cambio que se fundamenta en los siguientes hechos:

- Gran avance en desarrollo legislativo dirigido a garantizar, promover y defender Derechos de la Infancia (Ley Orgánica 1/96, modificada por la Ley Orgánica 5/2015 y la Ley 26/2015, la Ley 5/2000, Reguladora de la responsabilidad Penal de los Menores y Leyes de Comunidades Autónomas.).
- Evolución científica: nuevos conocimientos sobre desarrollo evolutivo de la infancia basado en sus necesidades, consecuencias del maltrato infantil, etc.
- Mayor sensibilidad social y protagonismo de la iniciativa social; cambios políticos: cambio de concepción, incorporación del ‘Buen-trato’ referido a la atención a la infancia, potenciando las relaciones parentales positivas como un factor prioritario que propicie el cambio en esta cultura.
- Los poderes públicos han superado el antiguo marco asistencial y dirigen sus actuaciones hacia la mejora de la calidad de vida y la prevención de los riesgos que amenazan a la infancia, sin olvidar la prioridad que significa la atención a los colectivos infantiles-juveniles más vulnerables y excluidos.
- El Sistema Público de Servicios Sociales engloba el sistema de atención social a la infancia, apoyado en la cooperación y colaboración técnica entre el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y las Comunidades Autónomas. En definitiva, la búsqueda del bienestar de la infancia se ha asumido como una responsabilidad compartida con las Administraciones Públicas, la iniciativa social y los ciudadanos en su conjunto.
- También se ha creado una cultura de participación de la sociedad en los temas relacionados con la infancia a través del movimiento asociativo, impulsando, así mismo, las condiciones para hacer efectiva la participación de los niños y niñas en la vida social, en todas sus dimensiones. La concepción del niño que incorpora la Convención, como sujeto de derechos, creativo y participativo, capaz de modificar y de influir en su entorno, está arraigándose en nuestra sociedad.

En este contexto, esta nueva concepción de corresponsabilidad en las políticas de infancia para la aplicación de la Convención de los Derechos del Niño implica incentivar el desarrollo de proyectos integrales que, con la intervención de todos los agentes, puedan dar respuesta a realidades sociales que implican mayor complejidad en las actuaciones.

Con la puesta en marcha del Observatorio se pretende favorecer la homogeneidad en la interpretación de la información para preservar la garantía de igualdad en el ejercicio de los derechos de todos los ciudadanos, independientemente de su lugar de residencia, como establece la Constitución.

Los objetivos del Observatorio de la Infancia de España son:

- Conocer el estado de la calidad de vida de la población infantil, así como los cambios que acontecen en esta situación en nuestro país.
- Realizar el seguimiento de las políticas sociales que afectan a la infancia y adolescencia.
- Hacer recomendaciones en relación a las políticas públicas que afectan a los niños, niñas y adolescentes.
- Estimular la investigación y el conocimiento de la infancia y la adolescencia para prevenir situaciones problemáticas.
- Publicar estudios y hacer informes periódicos que contribuyan a una mejor aplicación de los derechos de la infancia y adolescencia, así como al conocimiento de sus necesidades.

<http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/queEs/home.htm>

Este desarrollo se ha plasmado a través de distintos programas de ámbito nacional de atención a la infancia, que se resumen en:

- I Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (2006-2009).
- Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (Versión adaptada para chicos y chicas).
- II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (2013-2016).
- Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (Informe de evaluación intermedia del II PENIA).
- Informe Ejecutivo de Evaluación Final II PENIA.
- III Plan de Acción contra la Explotación de la Infancia y la Adolescencia (2010-2013).
- Informe de evaluación final del III Plan de contra la Explotación Sexual de la Infancia y la Adolescencia.
- **Estrategia Nacional de Prevención y lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2019-2023.** Esta Estrategia de Gobierno se concibe desde un punto de vista integral y multidimensional, en el que actúan las políticas claves que inciden en la reducción de la pobreza y la desigualdad y la promoción de la inclusión social. La Estrategia se estructura en **cuatro metas estratégicas, 13 objetivos y 85 líneas de actuación** que han sido definidos a partir de los resultados del diagnóstico de necesidades y de los desafíos identificados.

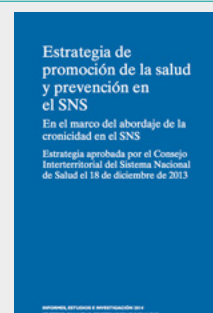


Meta 1.	Combatir la pobreza
Meta 2.	Inversión social en las personas
Meta 3.	Protección social ante los riesgos del ciclo vital
Meta 4.	Eficacia y eficiencia de las políticas (transversal)

<http://plataformadeinfancia.org/wp-content/uploads/2019/06/estrategia-nacional-de-prevencion-y-lucha-contra-la-pobreza-y-la-exclusion-social-2019-2023.pdf>

Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS

Los factores abordados en la Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS se engloban en aspectos del estilo de vida y son: **actividad física, alimentación saludable, consumo de riesgo y nocivo de alcohol, consumo de tabaco, bienestar emocional y seguridad y lesiones no intencionales.**



En la primera fase de esta estrategia se han priorizado para la acción dos poblaciones: la infancia (menores de 15 años) y los mayores de 50 años.

En la **actualización de los PAPPs 2018: infancia y adolescencia**, tenemos varias actualizaciones que tenemos que tener en cuenta: Protocolo de seguimiento para el recién nacido con un peso menor de 1.500 g o con menos de 32 semanas de gestación (< 1.500 < 32); Vacunas en la infancia y adolescencia; Cribado de alteraciones visuales en la infancia; Cribado de la hipoacusia en la infancia; Detección precoz de los trastornos del desarrollo; Manual de trabajo.

<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656718303676>

Protocolo de seguimiento para el recién nacido con menos de 1.500 g o menor de 32 semanas de gestación

Es una herramienta de trabajo que abarca todos los aspectos que los profesionales dedicados al seguimiento de los prematuros van a necesitar, con una descripción precisa de los objetivos, la población diana, los aspectos generales del seguimiento, los aspectos éticos y la transición desde el hospital al domicilio.

Los profesionales de atención primaria son los que durante más tiempo y con mayor intensidad van a tener contacto con los niños que han sido prematuros y sus familias, y conocerán a fondo los problemas, no solo médicos, sino también sociales. El programa de seguimiento y las recomendaciones generales para atención primaria se resumen en:

Recomendación general sobre el programa de seguimiento			
Recomendación	Fuerza de la recomendación	Certeza ética	Certeza jurídica
La sociedad Española de Neonatología recomienda que todos los niños < 1.500 g. o < 32 semanas pasen a formar parte de un programa de seguimiento estandarizado hasta la edad escolar (6-7 años).	B	Alta	Alta

Recomendaciones generales para atención primaria	
Recomendación	Fuerza de la recomendación
Se recomienda realizar el programa de seguimiento de los < 1.500 g. o < 32 semanas de gestación en los contenidos que competen a AP y que se irán destallando	B
Se recomienda diseñar estrategias desde AP para evitar los abandonos del programa de seguimiento	B
Se recomienda mantener un sistema de formación continuada que asegure la adecuada implantación del programa de seguimiento en AP	B
Se recomienda que el informe de alta y el plan de cuidados se comenten con el equipo AP antes del alta	Posicionamiento I
Se recomienda que la primera visita a AP se organice antes del alta	Posicionamiento I
En relación con el carnet/cartilla de salud, se recomienda que, además de cumplimentar los datos correspondientes hasta el alta hospitalaria, se adjunten los resguardos de los lotes de las inmunizaciones administradas y el número de registro del test de cribado	Posicionamiento I
En relación con la historia clínica electrónica, se recomienda que los profesionales implicados en el cuidado del niño (hospital, AP y centro de atención temprana) tengan acceso a los diferentes registros informáticos	Posicionamiento I
Se recomienda que todos los datos de alta hospitalaria de los < 1.500 g o < 32 semanas de gestación sean valorados por el pediatra de AP en un tiempo nunca superior a los 5 días después del alta	B
En situación de riesgo socioambiental, se recomienda que el equipo de AP confirme la implicación de los trabajadores sociales y que trabaje de forma coordinada con ellos	Posicionamiento I

Cribado de alteraciones visuales en la infancia

El cribado de las alteraciones visuales en la infancia tiene importancia para detectar precozmente los trastornos que pue-den causar problemas en el desarrollo de la visión, en el rendimiento escolar o, a veces, como en el caso del retinoblastoma, que suponen un riesgo vital.

En el recién nacido y el lactante, el cribado busca la detección precoz de problemas oculares, como la catarata congénita o el retinoblastoma. En los preescolares, tiene como objetivo la detección de la ambliopía y los trastornos que suponen un factor de riesgo para desarrollarla, como el estrabismo o los errores de refracción. En la edad escolar, el cribado se basa en la detección de la disminución de la agudeza visual por errores de refracción. La **evidencia** sobre los beneficios del

cribado visual en el **recién nacido y el lactante es escasa**, y no es posible establecer una recomendación basada en el balance entre los beneficios y los riesgos.

Existe una certeza moderada de que el cribado de la ambliopía y los factores de riesgo ambliogénico en niños de 3 a 5 años produce un beneficio neto moderado.

La evidencia sobre el cribado visual en la edad escolar es insuficiente para establecer un balance entre el beneficio y el riesgo. No se conoce su efectividad. La determinación de la agudeza visual ofrece buena sensibilidad y especificidad para la detección de la miopía, pero es poco precisa para la detección de la hipermetropía y el astigmatismo. No hay pruebas de que el tratamiento de los errores de refracción en niños asintomáticos mejore el resultado respecto al tratamiento iniciado tras la aparición de síntomas.

Cribado visual en la infancia. Recomendaciones de previnfa	
Recomendación	Grado de recomendación
Incluir la inspección ocular y la prueba del reflejo rojo en las visitas de salud de los primeros 6 meses de vida; se debe considerar que, aunque la calidad de la evidencia es baja, el balance esperado de la intervención probablemente sea positivo	Dado que el reflejo rojo no reúne las condiciones necesarias para que se considere una prueba de cribado, no es posible establecer un grado de recomendación para el cribado de alteraciones visuales en neonatos y lactantes
Realizar el cribado de alteraciones visuales (ambliopía, estrabismo y errores de refracción) a la edad de 3-5 años	Grado de la recomendación B
Detección de agudeza visual en escolares: la evidencia para evaluar el balance entre los beneficios y los riesgos del cribado de la disminución de la agudeza visual por errores de refracción en niños de 6 a 14 años es insuficiente	Posicionamiento I

Cribado de la hipoacusia en la infancia

La prevalencia de hipoacusia neurosensorial de grado moderado a profundo (> 40 dB) es de 1 a 2 por 1.000 nacidos. La pérdida de audición puede producir trastornos irreparables en la adquisición del lenguaje y en el desarrollo emocional e intelectual del niño. Un diagnóstico tardío (después de los 12 meses) provocará dificultades en la comunicación oral, en el aprendizaje de la lectura y en la capacidad de expresión del pensamiento.

Los programas de cribado auditivo neonatal universal se han extendido ampliamente, a pesar de la falta de pruebas sólidas que avalen su eficacia y su coste-efectividad. Las pruebas de cribado disponibles son fiables y tienen unos niveles aceptables de sensibilidad y especificidad.

El cribado neonatal universal no detecta los casos de sordera progresiva o de comienzo tardío. La valoración de los factores de riesgo permite identificar a los niños que pasan el cribado neonatal, pero que tienen riesgo de desarrollar una hipoacusia de comienzo tardío. Estos niños deben tener un seguimiento audiológico hasta los 3-5 años. En la edad escolar hay un claro predominio de las hipoacusias de conducción, leves y transitorias, sobre las hipoacusias permanentes. Es poco probable que el cribado auditivo a los 4-5 años sea eficaz para aumentar el número de casos con hipoacusia identificados o para reducir la edad media de la identificación y, por tanto, es poco probable que represente una buena opción en términos de valor por dinero.

Indicadores de riesgo asociados con hipoacusia. Joint Committee on Infant Hearing, 2007

- Preocupación de los padres* sobre la audición, el habla, el lenguaje o el desarrollo.
- Historia familiar* de sordera infantil permanente.
- Estancia en la unidad de cuidados intensivos neonatales de más de 5 días o cualquiera de los siguientes, independientemente de la duración de la estancia: ECMO*, ventilación asistida, exposición a medicamentos ototóxicos (gentamicina y tobramicina) o diuréticos de asa (furosemida), o hiperbilirrubinemia que precisa exanguinotransfusión.
- Infección intrauterina por citomegalovirus*, rubeola, sífilis, herpes o toxoplasmosis.
- Anomalías craneofaciales, incluidas las anomalías morfológicas del pabellón auricular y del conducto auditivo, apéndices preauriculares, fositas preauriculares y anomalías del hueso temporal.
- Signos físicos, como un mechón de pelo blanco, asociados a un síndrome que incluye una hipoacusia neurosensorial o de conducción permanente.
- Síndromes asociados a hipoacusia congénita o de aparición tardía*, como la neurofibromatosis, la osteopetrosis o el síndrome de Usher; también se incluyen los síndromes de Waardenburg, de Alport, de Pendred y el de Jervell y Lange-Nielson.
- Trastornos neurodegenerativos* como el síndrome de Hunter, o neuropatías como la ataxia de Friedreich o el síndrome de Charcot-Marie-Tooth.
- Infecciones posnatales con cultivo positivo asociadas a hipoacusia neurosensorial*, incluidas las meningitis bacteriana y viral (especialmente por herpes y varicela) confirmadas.
- Traumatismo craneal que precisa hospitalización, especialmente las fracturas basales del cráneo o del hueso temporal*
- Quimioterapia*.

ECMO: oxigenación por membrana extracorpórea.

*Indicadores que implican un mayor riesgo de hipoacusia tardía

Detección precoz de los trastornos del desarrollo

Se estima que alrededor de un 16% de todos los niños tiene algún trastorno englobado dentro de los trastornos del desarrollo (TD). En España, un 11% de los niños de 0 a 6 años asignados a un cupo de atención primaria presentan problemas del desarrollo o trastornos de aprendizaje.

El término trastorno del desarrollo es un concepto amplio, dentro del cual se incluyen los trastornos del espectro autista (TEA). El TD se define como toda desviación en el neurodesarrollo por debajo de -1,5 desviaciones estándar de la media esperada para la edad. Es una limitación en el funcionamiento cognitivo o adaptativo que se inicia en la infancia y produce alteraciones de conducta en el hogar, la escuela o la comunidad, o un déficit intelectual que puede manifestarse como retraso del lenguaje, trastornos en el aprendizaje, en el razonamiento o en el juicio práctico, en la capacidad para solucionar problemas o una incapacidad para el razonamiento abstracto. El autismo o TEA es un trastorno del neurodesarrollo de base genética, que consiste en la afectación de 2 ejes mayores de la conducta: comunicación e interacción social y patrones de conducta repetitivos con intereses restrictivos.

Los TD son trastornos prevalentes en los que la intervención temprana produce mejoras. No se dispone de escalas

lo suficientemente sensibles y específicas para el cribado de los TD en población general de bajo riesgo. Es importante la supervisión oportunista, longitudinal y en equipo de los TD, así como hablar con los padres de sus preocupaciones sobre el desarrollo en cada oportunidad que tenga el profesional de atención primaria.

Recomendaciones

- Se sugiere hacer el cribado auditivo neonatal universal
- Se sugiere hacer el seguimiento audiológico de los niños con factores de riesgo.
- Se sugiere no hacer cribado de la hipoacusia en la edad escolar.

Cribado de los trastornos del espectro autista

El cribado masivo de los TEA en población de bajo riesgo daría lugar a un valor predictivo positivo estimado en nuestro medio de alrededor del 38%, con un exceso de derivación a servicios especializados y efecto de etiquetado sobre los pacientes. Se considera más adecuado el cribado en población de riesgo o ante la sospecha por parte de padres o profesionales. para el manejo de pacientes con trastornos del Espectro Autista en atención primaria.

Recomendaciones de PrevInfad para el cribado de los trastornos del desarrollo (TD) y de los trastornos del espectro autista (TEA)	
TD	TEA
Se sugiere preguntar a los padres por sus preocupaciones acerca del desarrollo de sus hijos en las visitas de supervisión y seguimiento	Se sugiere no hacer cribado universal con escalas de tipo M-CHAT ^a
Se sugiere no aplicar escalas de cribado para la valoración del desarrollo infantil si no existen signos de sospecha de TD	Se propone hacer cribado con escalas de tipo M-CHAT/R/Fa en individuos de alto riesgo ^b
^a M-CHAT, M-CHAT/F, M-CHAT/R, M-CHAT/R/F. ^b Antecedentes familiares de TEA en hermanos, trastornos neurológicos asociados con TEA, prematuridad, trastornos de la comunicación social o presencia de conductas repetitivas o de signos de alerta de TEA. I	



AULA+

www.aulaplusformacion.es