

**ACTIVIDADES DE
INTERVENCIÓN
Y CRIBADO EN
SITUACIONES
DE RIESGO**

CRIBADO DE LA DEPRESIÓN POST PARTO

Población diana:

- Mujeres en situación de riesgo de depresión postparto en tercer trimestre de embarazo y puérperas.

Periodicidad:

- Visitas prenatales y visitas hasta las 6 semanas postparto, regladas o a demanda.
- En consultas a demanda específicas.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Actividades:

La depresión postparto (DPP) puede afectar negativamente a la experiencia de la maternidad y la crianza.

Puede ocurrir que durante los diez primeros días tras el parto se produzca la denominada tristeza postparto, *maternity blues* o *baby blues* un trastorno leve y transitorio del estado de ánimo. En este sentido, muchas mujeres se sienten especialmente culpables por tener sentimientos depresivos cuando creen que deberían estar contentas, y puede darse el caso de que sean reticentes a manifestar sus síntomas o sus sentimientos negativos hacia el niño.

La situación se complica si se agravan estos síntomas o persisten más allá de los 7-10 días, lo cual es más probable en mujeres con antecedentes de episodios depresivos mayores o que presenten alguno de los factores de riesgo enumerados más adelante.

Entre las manifestaciones se incluyen: ansiedad, crisis de angustia, desinterés por el nuevo hijo, insomnio, llanto espontáneo, fatiga, irritabilidad hacia la pareja y otros hijos o hijas, ansiedad específica sobre el bebé, falta de apetito, insomnio, falta de interés por el sexo, etc., que pueden prolongarse durante varios meses.

- **VISITA PRENATAL (EDUCACIÓN MATERNAL EN GRUPO)**

Informar sobre la diferencia entre estado anímico de tristeza y depresión.

- **VISITA PUERPERAL**

Cribado de depresión postparto en mujeres que pertenezcan a uno de los siguientes grupos de riesgo:

- Adolescentes.
- Consumo de alcohol, alucinógenos, drogas de abuso

- Embarazo no deseado.
- Trastorno de ansiedad o del estado anímico antes del embarazo, incluyendo depresión en un embarazo anterior.
- Suceso estresante durante el embarazo y/o el parto, incluyendo una enfermedad propia, muerte o enfermedad de un ser querido, parto difícil o de emergencia, parto prematuro o enfermedad o anomalía del bebé.
- Familiar cercano que haya experimentado depresión o ansiedad.
- Mala relación con la pareja u otro ser querido en su vida o ausencia de pareja.
- Escasa red de apoyo familiar o social.
- Dificultades financieras (bajos ingresos, vivienda deficiente).
- Intentos previos de suicidio.

Signos de alarma:

- Agitación e irritabilidad
 - Disminución del apetito
 - Dificultad para concentrarse o pensar
 - Sentimiento de inutilidad o culpa
 - Sentimiento de retraimiento, aislamiento social o desconexión
 - Falta de placer en todas o en la mayoría de las actividades
 - Pérdida de energía
 - Sentimientos negativos hacia el bebé
 - Pensamientos de muerte o suicidio
 - Dificultad para dormir
- **PRIMERA VISITA DE SEGUIMIENTO DE SALUD INFANTIL (ANTES DEL MES DE VIDA).**

Cribado de depresión en los casos de riesgo no detectados en la visita puerperal.

Seguimiento del estado de ánimo de la madre y derivación al profesional pertinente en caso de persistir la sintomatología depresión.

Herramientas:

Escala de Depresión Postparto de Edimburgo (Anexo 1). Es útil como método de cribado del riesgo de DPP en Atención Primaria. Puede ser aplicada bien a todas las puérperas de forma universal, o bien sólo a los grupos de riesgo o con signos de sospecha.

CRIBADO DE LA DEPRESIÓN POST PARTO

ANEXO 1

ESCALA DE DEPRESIÓN POSTPARTO DE EDIMBURGO. (Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Br J Psychiatry 1987; 150: 782-6)

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber como se ha estado sintiendo. Por favor marque la respuesta que más se acerca a como se ha sentido en los últimos 7 días.

1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:	6. Las cosas me oprimen o agobian:
0 Tanto como siempre	0 Sí, casi siempre
1 No tanto ahora	1 Sí, a veces
2 Mucho menos	2 No, casi nunca
3 No, no he podido	3 No, nada
2. He mirado el futuro con placer:	7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:
0 Tanto como siempre	0 Sí, casi siempre
1 Algo menos de lo que solía hacer	1 Sí, a menudo
2 Definitivamente menos	2 No muy a menudo
3 No, nada	3 No, nada
3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:	8. Me he sentido triste y desgraciada:
0 Sí, casi siempre	0 Sí, casi siempre
1 Sí, algunas veces	1 Sí, bastante a menudo
2 No muy a menudo	2 No muy a menudo
3 No, nunca	3 No, nada
4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo:	9. He estado tan infeliz que he estado llorando:
0 No, nada	0 Sí, casi siempre

1 Casi nada	1 Sí, bastante a menudo
2 Sí, a veces	2 Sólo ocasionalmente
3 Sí, a menudo	3 No, nunca
5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:	10. He pensado en hacerme daño a mí misma:
0 Sí, bastante	0 Sí, bastante a menudo
1 Sí, a veces	1 Sí, a menudo
2 No, no mucho	2 Casi nunca
3 No, nada	3 No, nunca
Versión traducida al español por el Departamento de Psicología de la Universidad de Iowa: (mike-ohara@uiowa.edu).	

Instrucciones de uso:

1. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores a la visita
2. Tienen que responder las diez preguntas.
3. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
4. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que sus conocimientos del idioma sean limitados o que tenga problemas para leer.
5. La EPDS se puede usar entre las 6 y 8 semanas para evaluar a las mujeres en la etapa de post-parto. La consulta de pediatría, la cita de control de post-parto o una visita al hogar pueden ser oportunidades convenientes para realizarla.

Pautas para la evaluación:

- A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)
- Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 10+ muestra la probabilidad de una depresión, pero no su gravedad. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta **número 10**, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente.
- La puntuación de la EPDS está diseñada para ayudar al diagnóstico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.

CRIBADO Y PREVENCIÓN DE HIPERCOLESTEROLEMIA

Población diana:

Cribado:

- Población con edad entre 2-18 años con riesgo aumentado de hipercolesterolemia y de enfermedad cardiovascular en la vida adulta:
 - Padre o madre con dislipemia genética con alto riesgo cardiovascular (principalmente hipercolesterolemia familiar heterocigota e hiperlipemia familiar combinada).
 - Cuando al menos uno de los progenitores presente valores de colesterol total (CT) igual o superiores a 240mg.
 - En caso de desconocerse estos antecedentes, se pueden valorar de forma individual los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura en primera o segunda generación (antes de los 55 años en varones y antes de los 65 años en mujeres). Esto incluye: infarto agudo de miocardio, angor, vasculopatía periférica, enfermedad cerebrovascular, muerte súbita de origen cardíaco, demostración mediante arteriografía de una arteriosclerosis coronaria, angioplastia o cirugía de derivación de arteria coronaria
 - Independientemente de la historia familiar, si se asocian otros factores de riesgo: HTA, obesidad (IMC > p 95), diabetes mellitus, tabaquismo en mayores de 10 años.

Prevención:

- Toda la población de 0 a 14.

Periodicidad:

Cribado:

Al menos una determinación de CT en mayores de 2 años de edad (grupos de riesgo)

Prevención:

- En todas las visitas de seguimiento del programa de salud infantil.
- En consultas a demanda específicas.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Actividades:

- Determinación de Colesterol en grupos de riesgo
- Recomendaciones dietéticas generales
- Control de otros factores de riesgo

• DETERMINACIÓN DE COLESTEROL EN GRUPOS DE RIEGO:

1. Si colesterol aceptable < 170 mg/dl

- Consejos nutricionales y sobre la disminución de los factores de riesgo.
- Repetir a los 5 años.

2. Si colesterol en los límites 170-199 mg/dl, repetir y hacer promedio

- Si <170mg/dl pasar a punto 1
- Si > 170mg/dl pasar a punto 3

3. Si colesterol elevado >200 mg/dl

Hacer perfil lipídico con análisis de lipoproteínas en ayunas de 12 h, repetir en 3-4 semanas y hallar el valor promedio de LDL-col:

- Si LDL-c aceptable < 110mg/dl
Consejos nutricionales y sobre disminución de factores de riesgo
Repetir a los 5 años
- Si LDL-c en los límites:110-129 mg/dl
Consejos sobre factores de riesgo
Tratamiento dietético (dieta fase I)
Revalorar en un año
- Si LDL-c elevado \geq 130mg/dl
Valorar causas secundarias
Estudio de toda la familia
Tratamiento dietético (Dieta fase I y II, anexos)
Valorar tratamiento farmacológico en mayores de 10 años.

Categoría	Colesterol total mg/dl	LDL-colesterol mg/dl	Intervención dietética
Aceptable	<170	<110	Recomendaciones dietética generales
Limite	170-199	110-129	Dieta de fase I Intervención en otros factores de riesgo
Elevado	>=200	>=130	Dieta de fase I Dieta de fase II si fuera necesario

Tomado de National Education Program. Report of the Expert Panel on Blood Cholesterol Levels in Children and Adolescents

• **RECOMENDACIONES DIETÉTICAS GENERALES:**

- Consumir preferentemente lácteos y derivados desnatados y semidesnatados. El máximo consumo de leche entera 200 ml diarios.
- Consumir aceites vegetales, oliva, girasol, soja y limitar mantequillas, margarinas y salsas ricas en grasa.
- Carnes magras, aves sin piel y cortes menos grasos. Limitar los embutidos.
- Aumento de la ingesta de pescado, sobre todo azul.
- Limitar el consumo de alimentos con azúcares y salsas añadidos, incluidos refrescos y zumos.
- Aumentar el consumo de hidratos de carbono complejos presentes en pasta, legumbres, pan y cereales (sobre todo integrales).
- Aumentar el consumo de frutas y verduras preferentemente frescas.
- Preparación de los alimentos a la plancha, cocidos, al vapor; evitar fritos.
- Prestar atención al etiquetado de productos prefabricados, bollería, panadería, postres y comidas prefabricadas de forma industrial, porque son fuente importante de grasas saturadas e isómeros trans. Evitar el consumo de estos productos.
- Adecuar el consumo de alimentos al gasto energético diario según nivel de actividad.

- **CONTROL DE OTROS FACTORES DE RIESGO:**

- Incrementar actividad física diaria.
- Mínimo 60 minutos de ejercicio físico diario.
- Intervención tabaquismo en adolescentes.
- Control adecuado de HTA, Obesidad, Diabetes Mellitus .

En menores con factores de riesgo y valores normales de colesterol se realizarán recomendaciones relativas al estilo de vida para prevenir la hipercolesterolemia: ejercicio físico regular (30-60 minutos diarios), limitar actividades sedentarias a menos de dos horas al día, dieta rica en verduras, fruta fresca y productos lácteos bajos en grasas.

Herramientas:

- Determinar el CT con el paciente en ayunas en sangre obtenida por punción venosa.
- Si precisa un estudio de lípidos (ayunas de al menos 10-12h) determinar: CT, HDLc ,y TG ,
Calcular el $LDLc = CT - HDLc - (TG/5)$

CRIBADO Y PREVENCIÓN DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA

ANEXO 1

DIETAS FASE I y FASE II

Nutrientes	Dieta de fase I	Dieta fase II
Grasas totales	<30% de calorías totales	Igual
Ac. grasos saturados	<10% de calorías totales	<7% de calorías totales
Ac. grasos polinsaturados	Hasta un 10% calorías totales	Igual
Ac. grasos monoinsaturados	Resto de calorías grasas totales	Igual
Colesterol	<300mg/día	<200mg/día
Carbohidratos	55% de calorías totales	Igual
Proteínas	15-20% de calorías totales	Igual
Calorías	Las necesarias para mantener crecimiento y desarrollo normales	Igual

Tomado de: National Education Cholesterol Program. Report of the Expert Panel on Blood Cholesterol Levels in Children and Adolescents

CRIBADO Y PREVENCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Población diana:

- Cribado: Población infantil con riesgo de HTA.
- Prevención: Toda la población infantil desde los 3 hasta los 14 años.

Periodicidad:

Cribado:

- Actualmente existe Insuficiente evidencia para recomendar cribado rutinario de HTA en todos los menores y adolescentes.
- Medir la tensión arterial como mínimo en dos ocasiones a lo largo de la infancia y adolescencia (entre los 3-6 años y entre los 10-14 años) a la población infantil con riesgo de hipertensión arterial. Si es posible se recomienda una medición anual una vez establecida la situación de riesgo.

Población infantil con riesgo de HTA:

- Antecedentes familiares (padre o madre) de hipertensión o enfermedad renal.
- Sobrepeso u obesidad.
- Dieta pobre en frutas o verduras frescas y con exceso de sal o de alimentos precocinados.
- Enfermedades que se asocian a hipertensión: cardiopatías, nefropatías, uropatías, infecciones urinarias recurrentes, hematuria, proteinuria, trasplantes, neoplasias, hipertensión intracraneal.
- Fármacos que incrementan la TA.

Prevención:

Realizar las recomendaciones relativas al estilo de vida para la prevención primaria de hipertensión arterial en:

- En todas las visitas de seguimiento del programa de salud infantil.
- En consultas a demanda específicas.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Actividades:

- Realizar un mínimo de dos determinaciones de tensión arterial (TA) a lo largo de la infancia: Entre los 3-6 años y entre los 10-14 años, a la población infantil de riesgo. Usar tablas de referencia de percentiles de presión arterial-talla en relación al sexo, edad y talla (anexos)

Clasificación	Percentil PAS y/o PAD
Normal	<P90
Alta-normal	P90-P94 (En la adolescencia $PA \geq 120/80$ mm de Hg aunque esté por debajo de P90)
HTA grado I	P95-P99+5mm de Hg
HTA grado II	>P99+5mmHg

El término prehipertensión cambia por tensión alta-normal según las guías de la ESH/ESC European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension J Hypertens (2003).

- En todas las visitas al programa de salud infantil se realizarán recomendaciones para evitar el tabaquismo pasivo y fomentar la lactancia materna, como prevención primaria de la hipertensión.
- Si la TA es normal se realizarán recomendaciones relativas al estilo de vida para prevenir la HTA: ejercicio físico regular (30-60 minutos diarios), limitar actividades sedentarias a menos de dos horas al día, dieta rica en verduras, fruta fresca y productos lácteos bajos en grasas, el aporte de sodio en la dieta debe ser menor de 1.2 gr/día en niños y niñas de 4-8 años y 1.5 gr a partir de esa edad.
- Si la TA es alta-normal, además de las recomendaciones anteriores, vigilar la presencia de factores de riesgo de HTA, en particular el sobrepeso y la obesidad, que aumentan un 50% el riesgo de hipertensión arterial (así controlar especialmente el IMC y el perímetro de cintura), en estos casos la pérdida progresiva de peso mejora las cifras de TA. Realizar controles de TA cada seis meses.
- Ante un caso de hipertensión asintomática hay que realizar varias determinaciones de tensión arterial con intervalos de una semana (confirmar al menos en 3 ocasiones). Si se evidencia HTA grado II realizar derivación para evaluación completar estudio.
- Tener en cuenta la hipertensión de bata blanca, TA por encima del percentil 95 en la consulta y con mediciones normales fuera de éste ámbito.

Recursos:

- Esfigmomanómetro aneroide que debe ser calibrado anualmente. Los dispositivos de mercurio fueron retirados siguiendo la normativa europea. También pueden emplearse digitales validados.
- Manguitos de tamaño adecuado: anchura un 40% del perímetro del brazo y longitud que comprenda al menos el 80% del perímetro braquial. Un manguito pequeño sobrestima las cifras de PA, si es grande éstas se infravaloran.

Edad	Tamaño del manguito
<1 año	4 cm
1-4 años	6 cm
4-8 años	9 cm
>8 años	10-12 cm

- Fonendoscopio.

Herramientas:

Metodología de determinación de la presión arterial. La técnica de elección es la auscultatoria.

Preparación: el menor debe estar tranquilo y sin haber realizado ninguna actividad física previa. Sentado con apoyo de la espalda y pies (evitar piernas cruzadas). El brazo a medir debe estar apoyado a la altura del cuarto espacio intercostal y sin compresión por la ropa (se intenta estandarizar usando el derecho, aunque son válidas determinaciones en ambos brazos).

Colocar el manguito del tamaño adecuado dejando libre la fosa antecubital y el fonendoscopio por debajo del manguito sobre el pulso braquial (proximal y medial a la fosa antecubital). Inflar hasta sobrepasar en unos 30mm de Hg el punto en que desaparece el pulso radial. Desinflar de forma lenta y progresiva aproximadamente 2-3mm de Hg cada latido.

La fase I de Korotkoff marca la PAS (sonido abrupto de inicio del pulso braquial), la fase V de Korotkoff marca la PAD (cese de todos los ruidos) en los niños a veces el ruido no desaparece hasta 0mm de Hg; en estos casos es la fase IV la que marca la PAD (se atenúan los ruidos).

CRIBADO Y PREVENCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

ANEXO 1

TABLAS DE REFERENCIA DE PRESIÓN ARTERIAL

Modificadas de “National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents” (pediatrics 2004)

Chicas:

		PA_S (mmHg)							PA_D (mmHg)						
		Percentil de talla							Percentil de talla						
Edad (años)	Percentil de PA	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	90	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	90	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	90	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	90	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72

		PA\$ (mmHg)							PAD (mmHg)						
		Percentil de talla							Percentil de talla						
Edad (años)	Percentil de PA	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
	99	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	90	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	90	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	90	106	107	108	109	111	112	113	69	70	70	71	72	72	73
	95	110	111	112	113	115	116	116	73	74	74	75	76	76	77
	99	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	90	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86
9	90	110	110	112	113	114	116	116	72	72	72	73	74	75	75
	95	114	114	115	117	118	119	120	76	76	76	77	78	79	79
	99	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87

		PA\$ (mmHg)							PAD (mmHg)						
		Percentil de talla							Percentil de talla						
Edad (años)	Percentil de PA	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
10	90	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88
11	90	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	90	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	90	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	90	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	90	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81

		PA\$ (mmHg)							PAD (mmHg)						
		Percentil de talla							Percentil de talla						
Edad (años)	Percentil de PA	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
	95	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	90	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	90	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

Chicos:

		PA\$ (mmHg)							PAD (mmHg)						
		Percentil de talla							Percentil de talla						
Edad (años)	Percentil de PA	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
1	90	94	95	97	99	100	102	103	49	50	51	52	53	53	54
	95	98	99	101	103	104	106	106	54	54	55	56	57	58	58

		PA\$ (mmHg)							PAD (mmHg)						
		Percentil de talla							Percentil de talla						
Edad (años)	Percentil de PA	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
	99	105	106	108	110	112	113	114	61	62	63	64	65	66	66
2	90	97	99	100	102	104	105	106	54	55	56	57	58	58	59
	95	101	102	104	106	108	109	110	59	59	60	61	62	63	63
	99	109	110	111	113	115	117	117	66	67	68	69	70	71	71
3	90	100	101	103	105	107	108	109	59	59	60	61	62	63	63
	95	104	105	107	109	110	112	113	63	63	64	65	66	67	67
	99	111	112	114	116	118	119	120	71	71	72	73	74	75	75
4	90	102	103	105	107	109	110	111	62	63	64	65	66	66	67
	95	106	107	109	111	112	114	115	66	67	68	69	70	71	71
	99	113	114	116	118	120	121	122	74	75	76	77	78	78	79
5	90	104	105	106	108	110	111	112	65	66	67	68	69	69	70
	95	108	109	110	112	114	115	116	69	70	71	72	73	74	74
	99	115	116	118	120	121	123	123	77	78	79	80	81	81	82
6	90	105	106	108	110	111	113	113	68	68	69	70	71	72	72
	95	109	110	112	114	115	117	117	72	72	73	74	75	76	76
	99	116	117	119	121	123	124	125	80	80	81	82	83	84	84

		PA\$ (mmHg)							PAD (mmHg)						
		Percentil de talla							Percentil de talla						
Edad (años)	Percentil de PA	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
7	90	106	107	109	111	113	114	115	70	70	71	72	73	74	74
	95	110	111	113	115	117	118	119	74	74	75	76	77	78	78
	99	117	118	120	122	124	125	126	82	82	83	84	85	86	86
8	90	107	109	110	112	114	115	116	71	72	72	73	74	75	76
	95	111	112	114	116	118	119	120	75	76	77	78	79	79	80
	99	119	120	122	123	125	127	127	83	84	85	86	87	87	88
9	90	109	110	112	114	115	117	118	72	73	74	75	76	76	77
	95	113	114	116	118	119	121	121	76	77	78	79	80	81	81
	99	120	121	123	125	127	128	129	84	85	86	87	88	88	89
10	90	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78
	95	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	81	82
	99	122	123	125	127	128	130	130	85	86	86	88	88	89	90
11	90	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
12	90	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79

		PA\$ (mmHg)							PAD (mmHg)						
		Percentil de talla							Percentil de talla						
Edad (años)	Percentil de PA	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
	95	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	90	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
	95	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	90	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
	99	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	90	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
	99	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	90	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
	99	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
17	90	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
	95	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89

		PA\$ (mmHg)							PAD (mmHg)						
		Percentil de talla							Percentil de talla						
Edad (años)	Percentil de PA	5	10	25	50	75	90	95	5	10	25	50	75	90	95
	99	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97

CRIBADO Y PREVENCIÓN DE FERROPENIA

Población diana:

- Prevención déficit de hierro: Toda la población infantil.
- Cribado y profilaxis: Cuando existan factores de riesgo de ferropenia.

Periodicidad:

- En las visitas de seguimiento del programa de salud infantil.
- En consultas a demanda específicas.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Actividades:

- Prevención primaria mediante consejos dietéticos (anexo 1)
- Identificar factores de riesgo de ferropenia (anexo 2)
- Recomendación de cribado, profilaxis ó tratamiento en los casos detectados (anexo 3)

CRIBADO Y PREVENCIÓN DE FERROPENIA

ANEXO 1

CONSEJOS DIETÉTICOS PARA LA PREVENCIÓN DEL DÉFICIT DE HIERRO

- Recomendar lactancia materna. En caso de lactancia artificial emplear fórmula fortificada con hierro (4-12mg/l).
- Recomendar cereales fortificados con hierro a partir de los 4-6 meses.
- Introducir carnes magras a partir de los 6 meses.
- Desaconsejar la leche de vaca antes de los 12 meses de vida.
- Evitar la ingesta excesiva de lácteos a partir del año de vida.
- Recomendar alimentos ricos en Hierro. Legumbres secas, frutas deshidratadas, huevos (especialmente las yemas), cereales fortificados, hígado, carne roja y magra, ostras, berberechos, almejas, mariscos, salmón atún, pistachos y otros frutos secos...) El hierro proveniente de hortalizas, frutas, granos y suplementos es más difícil de absorber. Mezclar carne, legumbres y verduras mejora hasta tres veces la absorción de hierro de fuentes vegetales.
- Para mejorar la absorción de hierro recomendar la toma de alimentos ricos en vitamina C (todas las frutas y verduras contiene alguna cantidad, algunos de los que más contiene son: kiwi, pimientos, coles, espinacas, fresas, naranjas).
- La OMS recomienda a partir del año ingerir de 10-20mg/día de hierro (que con una absorción del 5-10% serían 1mg de hierro al día) que se consigue con una dieta equilibrada; si hubiera problemas para una dieta adecuada en hierro, se deberían añadir alimentos ricos en hierro (cereales adicionados, carnes rojas, etc.) y eliminar taninos, fitatos, oxalatos, fosfatos, yema de huevo, y fibra.

CRIBADO Y PREVENCIÓN DE FERROPENIA

ANEXO 2

SITUACIONES DE RIESGO DE FERROPENIA (tomado de PREVINFAD)

Grupo I. Factores de riesgo perinatal

- Nacimiento prematuro.
- Recién nacidos de bajo peso para la edad gestacional.
- Gestaciones múltiples.
- Ferropenia materna severa durante la gestación.
- Hemorragias útero-placentarias.
- Hemorragias neonatales (o múltiples extracciones sanguíneas).

Grupo II. Factores de riesgo entre el mes y los 12 meses de edad

- Lactancia materna exclusiva por encima de los 6 meses.
- Alimentación con fórmula de inicio no suplementada con hierro más allá de los 6 meses.
- Introducción de leche de vaca entera antes de los 12 meses.
- Bajo nivel socioeconómico.

Grupo III. Factores de riesgo a partir del año de edad

- Alimentación incorrecta (exceso de lácteos y carbohidratos, ingesta escasa de carne magra, ingesta escasa de fruta y vegetales verdes).
- Pica.
- Infecciones frecuentes.
- Hemorragias frecuentes o profusas (menstruaciones, epistaxis, sangrado digestivo, etc.).
- Cardiopatías congénitas cianógenas.
- Uso prolongado de AINEs y corticoides por vía oral.

CRIBADO Y PREVENCIÓN DE FERROPENIA

ANEXO 3

RECOMENDACIONES SEGÚN FACTORES DE RIESGO (adaptado de las recomendaciones de PREVINFAD)

Grupo I

- Profilaxis de la anemia de la prematuridad: 2-4 mg/Kg/día de hierro (mayor dosis a menor edad gestacional) del mes a los 6 meses de vida. Valorar cribado de anemia y ferropenia al mes y a los 3 meses después del alta, por si hay que incrementar la dosis o suspender la profilaxis por depósitos elevados. Si han recibido varias transfusiones y reciben el alta sin profilaxis con hierro se puede realizar previa a iniciar la profilaxis cribado de anemia y ferropenia y tratamiento con hierro si precisa.
- Resto del grupo: Hierro a 2-4 mg/kg/día a partir del 4^o-6^o mes de vida o posteriormente, durante un mínimo de 3 meses.
- En todos los casos valorar cribaje de ferropenia y anemia: una vez concluida la profilaxis se medirá hemoglobina, hematocrito, VCM, CHM, CHCM, ferritina e índice de saturación de transferrina.

Grupo II

- Aconsejar dieta rica en hierro.
- Se hará profilaxis con hierro oral a partir de los 5-6 meses y durante un mínimo de 3 meses valorar cribado, al final de la profilaxis.
- En el caso concreto de la utilización de la leche de vaca, se debe aportar 1mg/kg/día de suplemento de hierro, y cereales y beikost reforzados.

Grupo III

- Aconsejar dieta rica en hierro.
- Cribado de anemia y ferropenia y se actuará en función de los resultados. Si ferropenia administrar hierro y reforzar consejos dietéticos.

Nota: No hay evidencias para suplementar a población sin riesgo, ni tampoco para un segundo cribado en menores con factores de riesgo con un primer cribado normal.

CRIBADO DE TUBERCULOSIS (TBC)

Población diana:

- Menores en situación de riesgo para la infección tuberculosa (TBC) y/o pertenecientes a poblaciones con tasa de prevalencia de TBC superior al 1%.

Situaciones de riesgo de TBC:

- Menores en contacto con individuo con sospecha o certeza de TBC activa.
- Menores inmigrantes o adoptados de países con alta prevalencia.
- Menores viajeros procedentes de zonas endémicas y con contacto habitual con población nativa.
- Menores infectados con VIH.
- Adolescentes en prisión.
- Menores que viven en comunidades con marginación social.
- Menores con hallazgos clínicos o radiológicos sugestivos de enfermedad tuberculosa.

Periodicidad:

Las recomendaciones para la realización de una prueba de tuberculina (PT) en niños, niñas y adolescentes son las siguientes:

PT inmediata:

- Menor en contacto con individuo con sospecha o certeza de TBC activa (estudio convencional de contactos). Tienen alta prioridad para ser investigados los contactos de enfermos bacilíferos, las personas que tienen contacto estrecho o prolongado, los menores de 5 años y las personas con alteraciones del sistema inmunitario. Contactos de prioridad mediana son aquellos en los que el contacto es diario, pero menor de 6 horas al día. Los contactos de baja prioridad son aquellos en los que el contacto es esporádico, no diario.
- Hallazgos clínicos o radiológicos sugestivos de enfermedad tuberculosa.
- Inmigrantes o adoptados de países con alta prevalencia.
- Viajeros procedentes de zonas endémicas y contacto sustancial con población nativa, recomendable después de 10 semanas del regreso.
- Antes de tratamientos con inmunosupresores, corticosteroides o antagonistas del factor de necrosis tumoral-alfa.
- Personas infectadas por el VIH.

PT anual:

- Personas infectada por el VIH.
- Adolescentes en prisión.
- Menores que viven en comunidades con marginación social (con prevalencia mayor del 1% de infección tuberculosa)

No se aconseja realizar cribados repetidos con PT en la población infantil de bajo riesgo por su escaso rendimiento; las recomendaciones más recientes en este sentido son evaluar el riesgo de TBC mediante cuestionarios o preguntas dirigidas en la primera consulta del menor, cada 6 meses en los primeros 2 años y luego anualmente.

Actividades:

- Diagnóstico precoz de la infección tuberculosa.
- Interpretación de la PT.
- Diagnóstico de la infección tuberculosa *in vitro*: técnicas IGRA.

• DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA:

La prueba de la tuberculina sigue siendo el test de elección en el cribado de la infección tuberculosa latente (ITBL) y una ayuda muy valiosa para el de la enfermedad. En el anexo 1 se especifica la técnica de realización.

La PT se basa en que la infección por *M. tuberculosis* produce una hipersensibilidad retardada a ciertos componentes antigénicos del bacilo. La reactividad tuberculínica aparece a las 2-12 semanas después de la infección inicial.

• INTERPRETACIÓN DE LA PT:

Una induración $> 0 = a 5$ mm se considera reacción cutánea relevante, pero la probabilidad de que se corresponda con una infección tuberculosa real estará en función del riesgo de la situación que se esté analizando. Según dicho riesgo, se aceptan 2 puntos de corte de positividad de la reacción de Mantoux:

- con induración $> 0 = a 5$ mm :
 - En contacto íntimo con el caso índice o sospechoso de TB.
 - Sospechosos de enfermedad tuberculosa clínica o radiológica.
 - En situaciones de inmunodepresión o infección por el VIH.

- Conversión de la prueba de la tuberculina previamente negativa.
- con induración $> 0 = \alpha 10$ mm:
 - Cualquier otro caso: incluido inmigrante, viajero y el cribado de niños sanos, independientemente de existir antecedentes de vacunación con BCG.

En casos de personas vacunadas con BCG, de infección por micobacterias no tuberculosas y/o TBC antigua, la interpretación de la prueba es más compleja por la interferencia de anticuerpos del paciente con la tuberculina. Si la PT resulta negativa puede estar indicado repetirla en una o dos semanas, y se considera que existe una infección tuberculosa latente cuando la 2ª PT supera en 6mm o más al primera PT.

Una PT negativa no excluye ni ITBL ni enfermedad tuberculosa.

Los falsos negativos pueden estar justificados por:

- Factores dependientes del huésped: corta edad, infección reciente (periodo ventana), comorbilidad, vacunas de virus vivos atenuados en los 2 meses previos (TV, varicela, polio oral, fiebre amarilla y tifoidea oral), tratamientos que produzcan inmunosupresión, malnutrición, insuficiencia renal crónica y TBC diseminada o con afectación de las serosas (miliar, meningitis)
- Factores relacionados con la técnica (administración y lectura defectuosas)

• DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN TUBERCULOSA *IN VITRO*: TÉCNICAS IGRA:

Existen técnicas basadas en la producción de interferón- gamma por las células T sensibilizadas frente a *M. tuberculosis*, denominadas Interferon Gamma Release Assays (IGRA), estas técnicas han demostrado una alta sensibilidad y especificidad (superior al 80%) en el diagnóstico de enfermedad tuberculosa, y tienen una mayor especificidad para diagnosticar la ITBL si se comparan con la PT.

Si la PT es negativa en pacientes con factores de riesgo, inmunodeprimidos o contactos de alta prioridad, la realización de las técnicas IGRA confirman la infección (resultado positivo) o la excluyen (resultado negativo).

Si la PT es positiva en personas sin factores de riesgo, que han recibido la vacuna BCG o contactos de baja prioridad, la realización de las técnicas IGRA si son positivas confirman la infección y si son negativas la descartan.

Antecedente de vacunación con BCG:

Hoy se considera que este antecedente es poco relevante en la interpretación de la PT sólo el 10% de los individuos vacunados de BCG tienen una PT positiva. En estos casos los test IGRA tienen una

elevada especificidad por lo que se recomienda efectuarlas como prueba complementaria a la PT si ésta ha sido positiva.

CRIBADO DE TUBERCULOSIS

ANEXO 1

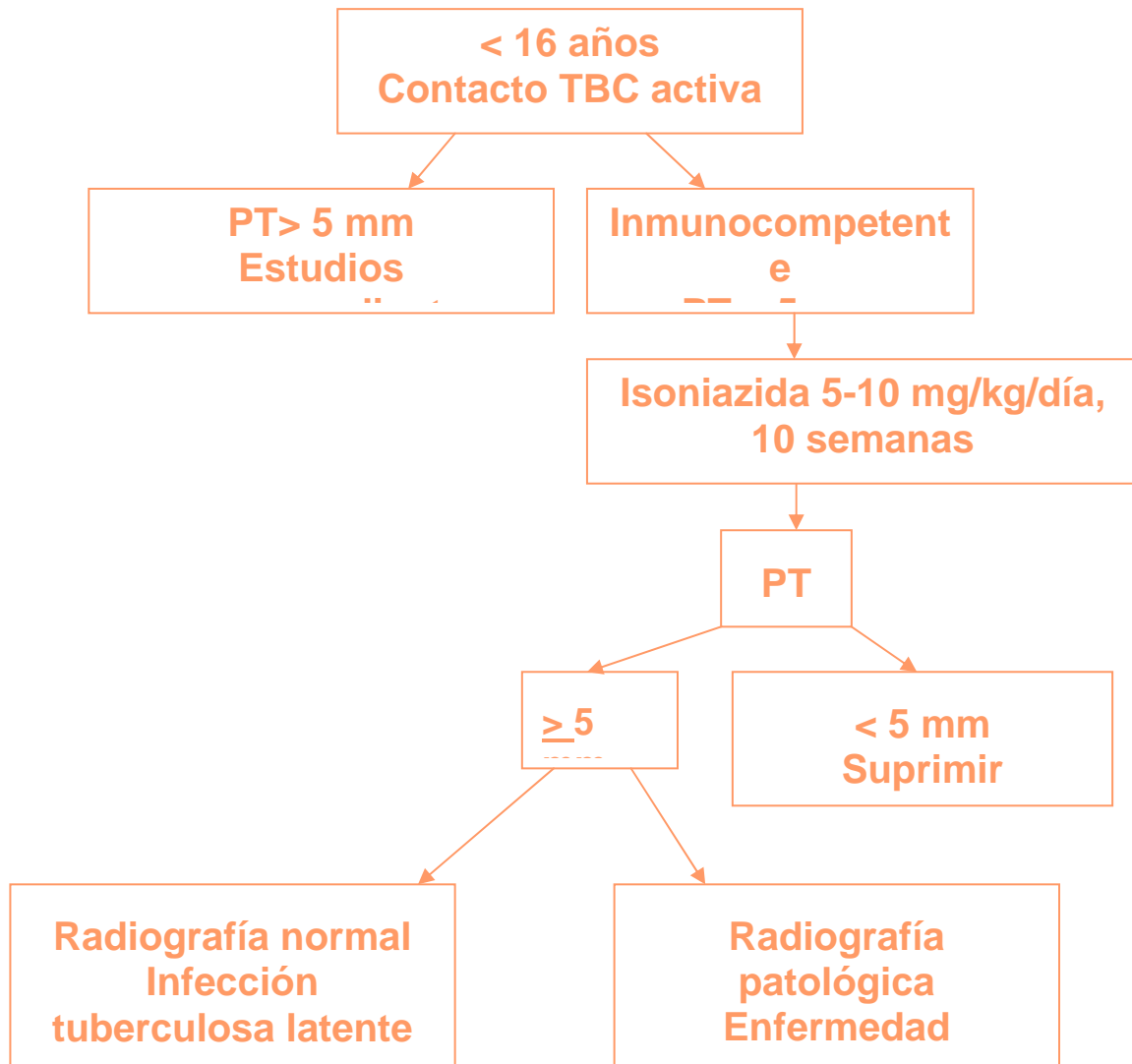
TÉCNICA DE REALIZACIÓN DE LA PRUEBA CUTÁNEA DE LA TUBERCULINA

- La tuberculina debe conservarse a 4º C y preservada de la luz.
- Se recomienda emplear la técnica de Mantoux que permite la cuantificación de la reacción.
- Con aguja calibre 27, en la cara anterior del antebrazo, se realiza la inyección intradérmica de 0,1 ml/ 2 UT de PPD RT-23 con Tween -80.
- Inyección en ángulo de 5-15 grados con bisel de la aguja hacia arriba.
- Se debe producir una pápula de 6-10mm que es crucial para que la técnica sea la adecuada.
- La reacción debe ser leída a las 72 horas después de la inyección, aunque el intervalo permitido es entre el 2º y el 4º día.
- Sólo se debe valorar la induración producida, no el eritema, medido en milímetros, del diámetro máximo transversal al eje mayor del antebrazo. Debe anotarse con fecha y firma en la historia clínica. Si no existe induración debe anotarse 0 mm.
- La induración con vesiculación o necrosis es indicativa de infección TB.

CRIBADO DE TUBERCULOSIS

ANEXO 2

ESQUEMA DE ESTUDIO Y QUIMIOPROFILAXIS EN CASO DE
CONTACTO CON ENFERMO DE TBC



ATENCIÓN A SITUACIONES DE MALOS TRATOS A MENORES

MALTRATO INTRAFAMILIAR E INSTITUCIONAL

Definición de maltrato: Cualquier acción, omisión o trato negligente, no accidental, por parte de los padres, cuidadores o por instituciones, que compromete la satisfacción de las necesidades básicas del menor e impide e interfiere en su desarrollo físico, psíquico y/o social (De Paúl, 1988).

Las situaciones de maltrato a menores se pueden presentar de diversa manera: maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual, negligencia o abandono físico, negligencia o abandono emocional, corrupción, explotación laboral, maltrato prenatal, maltrato institucional y el síndrome Munchausen por poderes.

TIPOLOGIA	ACCIÓN	OMISIÓN
PRENATAL	Hábitos tóxicos de la madre	Embarazo no controlado
FÍSICO	Abuso físico o agresión	Desatención, abandono, negligencia física.
SEXUAL	Abuso sexual, tocamientos	
EMOCIONAL	Abuso emocional	Privación afectiva, abandono emocional.
LABORAL	Mendicidad, explotación laboral	
INSTITUCIONAL	Explorar innecesariamente, ignorar derechos niño	Falta de protección, coordinación.
SINDROME DE MUNCHAUSEN	Por poderes	

La Ley Orgánica 1/1996 y la Ley 1/1998 establecen la obligación legal que compromete a todos los ciudadanos y de forma especial a determinados profesionales, en la lucha contra el maltrato infantil. De acuerdo a ello, el artículo 18.5 de la Ley 1/1998 determina que “cualquier persona o entidad y, en especial, las que por razón de su profesión o finalidad, tengan noticia de la existencia de una situación de riesgo o de desamparo de un menor, deberá ponerlo en conocimiento de cualquier autoridad, que inmediatamente lo comunicará a la Administración competente, Autoridad Judicial, Ministerio Fiscal...”.

Como nos marca la ley mencionada anteriormente, todos los servicios públicos básicos y especializados (servicios sociales, educación, salud, policía...), tenemos el compromiso de proteger a la infancia y por tanto detectar los posibles casos de maltrato.

- Desde los Equipos de Salud donde se integran entre otros profesionales los pediatras, personal de enfermería y de trabajo social: éstos pueden efectuar una valiosa aportación a la prevención, detección, atención y seguimiento de los malos tratos, a través de las actividades encuadradas en los Programas de Salud Infantil y del Adolescente. En ellos se incluyen un conjunto amplio de actuaciones encaminadas a mejorar su salud y que han ido evolucionando en sus planteamientos para dar respuesta a los cambios emergentes en las necesidades de los niños y jóvenes.
- Desde cualquier nivel de la red sanitaria: centros de salud, servicios de pediatría hospitalarios, cualquier servicio o área médica-quirúrgica hospitalaria, servicios de urgencias generales y específicos de urgencias pediátricas, unidades de salud mental infanto-juvenil y hospitales de día, unidades de salud mental comunitaria... es posible detectar situaciones de sospecha de maltrato infantil y todos los profesionales desde cualquier nivel de atención tienen responsabilidad en comunicar la sospecha y activar los circuitos de COORDINACIÓN internivel e interinstitucional que garanticen el estudio y medidas de protección oportunas.

Población diana:

- Toda la población infantil.

Periodicidad:

- En todos los controles de salud del programa de salud infantil
- En consultas a demanda específicas.
- En cualquier contacto con el sistema sanitario incluidas las urgencias.

Actividades:

La actuación de los profesionales de salud consiste en:

- Detectar la situación de posible maltrato
- Transmitir las sospechas de acuerdo al procedimiento establecido
- Atender y proteger la salud del menor
- Colaborar cuando así sea requerido por las entidades competentes en la protección del menor
- Promover una COORDINACIÓN interniveles e interinstitucional que garantice el estudio y medidas de protección oportunas.

La investigación sobre los causantes de las conductas maltratantes y su acusación corresponde a otros profesionales, por lo que desde este ámbito de salud se procurará la colaboración de la familia durante el proceso de diagnóstico y tratamiento.

Los profesionales sanitarios, pediatras, médicos de familia, personal de enfermería y trabajadores sociales sanitarios tienen responsabilidades en la protección de la infancia y pueden desarrollar cometidos de especial relevancia social.

• ACTIVIDAD 1. DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN EL ENTORNO FAMILIAR

Los profesionales de salud deben valorar en cada visita del programa de salud infantil tanto los factores de riesgo de maltrato infantil, es decir aquellas circunstancias favorecedoras de maltrato infantil, como los factores de protección definidos como aquellas condiciones que disminuyen la probabilidad de que se genere el maltrato, que pueden modificar la influencia de los factores de riesgo y que aminoran la vulnerabilidad del niño.

- Conocimiento de existir situaciones de violencia de género
- Falta reiterada de asistencia a las citas programadas.
- Incumplimiento del calendario de vacunaciones o no presentación, de forma continuada, del documento sanitario del menor cuando éste es requerido.
- Incomparecencia reiterada a las citas ambulatorias programadas en el caso de seguimiento de enfermedades graves o crónicas.
- Acudir a la consulta médica o urgencias sin motivo aparente.
- Enfermedad mental o toxicomanía de los padres.
- Insistencia en el ingreso del niño o niña por procesos banales.
- Abandonar al menor en el centro hospitalario o no ofrecerle la atención debida durante su estancia, mostrando más preocupación por otras cuestiones que por su cuidado.
- Falta de colaboración con los médicos y demás personal sanitario, o bien extremada actitud solícita de colaboración y disfrute de ser receptor de atención médica.
- Incomparecencia de los progenitores en las citas con el médico o en el momento del alta.
- Adaptación del menor al hospital muy fácil y precoz.
- El niño o niña manifiesta que no quiere volver a su domicilio.
- Retraso en acudir al centro sanitario ante una urgencia.
- Prisas para que se atienda por accidentes mínimos.
- Lesiones incoherentes con la explicación proporcionada.

- Empeoramiento de enfermedades crónicas sin tratar.
- Accidentes por negligencias familiares.
- Se acude a distintos centros hospitalarios.
- Actitudes en el menor de autoestimulación o autoagresivas.
- Dificultad de socialización en presencia de la familia.
- Utilización de la coerción verbal o física por parte de los padres en su relación con el menor durante su estancia en el centro sanitario.
- Suministrar información falsa sobre la historia médica, familiar o social.
- Trastornos del desarrollo.
- Trastornos del comportamiento.
- Trastornos de las emociones.

Indicadores de alerta en el proceso del embarazo, parto y puerperio:

- Manifestaciones de rechazo al embarazo.
- Embarazada en aislamiento/marginación social.
- Planteamientos de ceder al bebé para adopción.
- No cumplimiento de las consultas protocolizadas en los procesos de embarazo: 1ª visita médica después de las 20 semanas de gestación, menos de 5 consultas médicas durante el embarazo...
- Parejas jóvenes con características de inmadurez.
- Adolescentes embarazadas o puérperas sin apoyo familiar.
- La madre se muestra decepcionada con el sexo de bebé o no muestra alegría ni ilusión con él.
- La madre no es capaz de controlar el llanto de su hijo o hija.
- Los padres muestran unas expectativas poco realistas respecto al menor.
- La madre ignora las demandas del bebé para ser alimentado.
- Rechazo del padre y/o madre hacia su hijo o hija.

ACTUACIÓN. ANTE LA PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO EL PROFESIONAL DEBE:

- Realizar una valoración y atención clínica.
- Buscar factores de protección.

- Comunicar la situación de riesgo a la Unidad de Trabajo Social Sanitaria, para iniciar la valoración sociofamiliar, y del entorno, recopilando información y evaluando el medio familiar.

• ACTIVIDAD 2. DETECCIÓN DE INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL.

El diagnóstico de maltrato infantil se establece en base a una serie de síntomas, aquí llamados indicadores, la presencia de indicadores en un menor debe alertar de una posible situación de maltrato.

Muchos de estos indicadores son de carácter inespecífico, sin embargo el profesional debe considerar el maltrato infantil como posibilidad diagnóstica e incluirlo dentro del diagnóstico diferencial, estos indicadores pueden ser observados en la consulta médica, en las visitas domiciliarias, en urgencias o en el curso de una hospitalización del menor.

Durante el contacto que se mantiene en el centro sanitario con el menor y su familia, se producen una serie de flujos de comunicación (a nivel verbal, no verbal, escrita) que proporcionan al profesional los datos e indicios suficientes para SOSPECHAR SITUACIONES DE MALTRATO e iniciar la valoración.

Evidentemente, la presencia de uno de ellos, no es indicativa de maltrato, pero sí nos debe hacer prestar más atención al menor y a las circunstancias de su entorno familiar.

ACTUACIÓN ANTE LA IDENTIFICACIÓN DE INDICADORES

La detección de varios indicadores de maltrato o de un solo indicador pero de especial gravedad obliga al profesional sanitario a:

- Realizar una valoración CLINICA inicial de los datos detectados para confirmar la consistencia de estos indicadores
- Realizar una valoración del estado general de salud del menor y de las posibles repercusiones o secuelas que pueda padecer
- Ofrecer las atenciones y tratamientos terapéuticos oportunos a las víctimas de maltrato.
- Proporcionar el apoyo psicológico y emocional que requieran.
- Valorar el **riesgo vital** para el menor y la posibilidad de derivación a Hospital
- Notificación de las lesiones que existan al juzgado de guardia (PARTE DE LESIONES incluido en DIRAYA)
- Contactar con la Unidad de Trabajo Social (UTS) de salud para hacer valoración sociofamiliar y a partir de una valoración interdisciplinar se procede a:
 - o Evaluar y valorar el nivel de gravedad de la posible situación de maltrato: **leve, moderado o grave.**

- NOTIFICAR LA POSIBLE SITUACIÓN DE MALTRATO A LOS SERVICIOS COMPETENTES (Servicios Municipales y Servicios de Protección del Menor) mediante un informe social, elaborado por la Unidad de Trabajo social de salud y la cumplimentación de la hoja de detección y notificación del maltrato infantil (ver en herramientas).
- Detectar incidentes y posibles situaciones de maltrato institucional y en su caso notificarlo a la Dirección, con objeto de que se realicen las acciones oportunas y necesarias para esclarecer el caso y la adopción de las medidas que correspondan.
- Para consultar todos los indicadores se puede consultar la red sabia, así como el anexo I del manual de instrucciones para la cumplimentación de la hoja de detección y notificación del maltrato infantil.

http://www.redsabia.org/file.php?file=%2F1%2FSalud_y_buen_trato_a_la_infancia_y_adolescencia_en_Andalucia.pdf

http://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Infancia_Familia_archivos_TiposMaltrato.pdf

Herramientas

▪ Entrevista con la familia:

- Mantener una actitud abierta y positiva,
- Demostrar confianza y respeto
- Ofrecer apoyo y ayuda.
- No juzgar
- Desplegar habilidades de comunicación y de interacción que garanticen el establecimiento de una relación positiva con la familia y su colaboración en el proceso de recogida de información y de intervención.

▪ Entrevista con el/la menor

- Crear un clima básico de confianza y de ayuda que aliente la expresión de sus emociones.
- Adaptarse a la edad del menor a su desarrollo cognitivo, intelectual y a las características propias de su situación
- Escuchar al menor y comprenderle, no dudar de su testimonio, todo esto contribuye a eliminar posibles sentimientos de culpa o de vergüenza (que suelen aparecer por ejemplo en los casos de abuso sexual), incrementa su autoestima y los factores de protección personal, disminuyendo así su vulnerabilidad

• **ACTIVIDAD 3. DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE GRAVEDAD Y NOTIFICACIÓN**

La identificación de una posible situación de maltrato o la detección de una situación de riesgo, debe ir acompañada de una estimación inicial del nivel de gravedad y notificación de la misma. Tras haber realizado una valoración clínica y una valoración social, se debe hacer la notificación a través de la hoja de detección y notificación del maltrato infantil.

MALTRATO LEVE:

- La conducta maltratante no es frecuente y su intensidad es mínima. Los efectos del maltrato recibido no han provocado daños en el menor ni se prevé que se produzcan. Si se ha producido daño, éste no es significativo, por no requerir intervención o tratamiento especializado.
- **NOTIFICACIÓN:** serán informados los Servicios Sociales Comunitarios (SSSSCC) de las Corporaciones Locales, mediante la cumplimentación y envío del segundo y tercer ejemplar de la hoja de detección y notificación del maltrato infantil.
- Los apoyos y controles que podamos establecer para reconducir muchas de estas situaciones, estarán siempre integrados en un **PLAN DE ATENCIÓN CONJUNTA INTERSECTORIAL**.
 - Para ello se procurará una atención integral, continuada y coordinada de los distintos programas y recursos sanitarios, en la que se tengan en cuenta no sólo al menor sino también a la familia, apoyándola en su papel de proveedora fundamental de cuidados.
 - Para el óptimo desarrollo de las acciones planificadas y la consecución de los objetivos previstos, es de gran importancia la coordinación, el apoyo y seguimiento del resto de servicios y recursos socio comunitario de la zona, especialmente de los Servicios Sociales de las Corporaciones Locales.

MALTRATO MODERADO:

- El maltrato recibido, por su intensidad o frecuencia, ha provocado daños en el menor, o se prevé que puedan producirse en su futuro desarrollo. Por tanto se requiere de algún tipo de intervención o tratamiento especializado.
- Valorar derivación Hospitalaria
- Notificación a los Servicios Sociales (SSSS) de la Corporación Local, para su estudio e intervención (cumplimentación y envío del segundo y tercer ejemplar de la hoja de detección y notificación del maltrato infantil, con valoración global del maltrato moderado e informe social y clínico técnico), éstos recabarán si es preciso, la colaboración del centro sanitario y de otros servicios de la zona.

MALTRATO GRAVE:

- los efectos del maltrato recibido pueden hacer peligrar la integridad física o emocional del menor, o provocar daños significativos en su desarrollo. O existe un alto riesgo de que puedan volver a producir los episodios de maltrato. O bien el niño es muy pequeño o padece algún tipo de enfermedad o discapacidad que lo hacen especialmente vulnerable.
- NOTIFICACIÓN:
 - al Servicio de Protección de Menores de la Delegación Territorial de la Consejería de Salud y Bienestar Social de forma verbal y a través de cumplimentación y envío del segundo y tercer ejemplar de la hoja de detección y notificación del maltrato infantil, con valoración global del maltrato grave y los informes clínico y social pertinentes. Desde el Servicio de Protección se investigarán los hechos y se pondrán en marcha las medidas que garanticen la protección del menor.
 - al Juez de Guardia mediante la remisión del parte de lesiones (Incluido en DIRAYA) documento de cumplimentación obligatoria siempre que se aprecien daños físicos o psicológicos en el menor. El Juez podrá disponer de las medidas de protección cautelar que se consideren oportunas.

CASOS URGENTES:

- Casos que revistan una especial gravedad
- Existe riesgo vital por estar en serio peligro la integridad del menor
- Existe grave riesgo de desprotección
- NOTIFICACION INMEDIATA :
 - a la Delegación Territorial de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales
 - Autoridad Judicial o Ministerio Fiscal.
 - Asimismo se tomarán las medidas necesarias para garantizar la atención que el menor requiera (tratamiento de lesiones, ingreso hospitalario, apoyo emocional, protección policial...)

Los centros sanitarios deberán garantizar en todo momento la confidencialidad de las gestiones realizadas y el anonimato del menor afectado. En todos los casos quedará constancia en la Historia Social y Clínica de las intervenciones realizadas.

Herramientas

- **PARTE DE LESIONES INCLUIDO ACTUALMENTE EN DIRAYA**

El parte de Lesiones debe:

- Recoger obligatoriamente el alcance de las lesiones y su valoración, así como posibles antecedentes de agresiones u otras lesiones.
 - Incluir también la valoración del estado emocional, las pruebas complementarias realizadas, el tratamiento aplicado, si se precisó o no ingreso hospitalario y el avance del pronóstico.
 - Como pruebas complementarias deberán realizarse fotografías de las lesiones.
- **HOJA DE DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL:** existe obligatoriedad de notificar las **suspechas de situaciones de maltrato infantil** a las instancias administrativas con competencias en protección de menores a través de la hoja, según lo establecido en el Decreto 3/2004 de 7 de enero, modificado por el Decreto 81/2010, de 30 de marzo, que establece el Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía (SIMIA)
 - Se puede consultar el Procedimiento de Coordinación para la Atención a Menores Víctimas de Malos Tratos en Andalucía, de 20 de noviembre de 2002.
 - **WEB SIMIA:** facilita a los profesionales que dispongan de certificado digital, la creación, cumplimentación informática e impresión de una Hoja de Detección y Notificación, así como su envío automático, para los casos que se consideren graves, a los Servicios de Protección de Menores. Desde la web, los profesionales tienen acceso al manual de instrucciones para la cumplimentación de la Hoja, pueden consultar las hojas notificadas y visualizar los documentos asociados a una Hoja específica.

<https://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/simia>

MALTRATO EXTRAFAMILIAR: ACOSO ESCOLAR O BULLYNG

Este tipo de maltrato se desarrolla en el medio extrafamiliar y se produce generalmente en el ámbito escolar. Requiere un abordaje principalmente en el ámbito educativo. Desde el ámbito sanitario debemos estar alerta y orientar al menor y su familia sobre las posibles actuaciones a seguir y las intervenciones de otros profesionales requeridos.

El acoso escolar se define como una agresión reiterada de un chico o chica, o grupos de ellos, hacia un compañero o compañera del centro educativo sin causa aparente. Estas agresiones, que no son exclusivamente físicas sino que también pueden ser de naturaleza verbal, psicológica o social, pueden provocar en la víctima fuertes sentimientos de indefensión y secuelas físicas y psicológicas.

En términos globales, parece adecuado aceptar una prevalencia de bullying severo del 5% y moderado del 30%. Los lugares más frecuentes del maltrato son el aula y el patio de recreo.

Características del acoso:

- **Desequilibrio de poder:** Se produce una desigualdad de poder físico, psicológico y social que genera un desequilibrio de fuerzas en las relaciones interpersonales.
- **Intencionalidad/repetición:** La intencionalidad se expresa en una acción agresiva que se repite en el tiempo y que genera en la víctima la expectativa de ser blanco de futuros ataques.
- **Indefensión/Personalización:** El objetivo del maltrato suele ser normalmente un solo alumno o alumna, que es colocado de esta manera en una situación de indefensión.

Tipos de acoso entre iguales

La agresión puede adoptar distintas manifestaciones:

- Exclusión y marginación social
- Agresión verbal
- Agresión física indirecta
- Agresión física directa
- Intimidación/amenaza/chantaje
- Abuso sexual

Consecuencias del acoso entre iguales:

- Para la víctima: Puede traducirse en fracaso escolar, trauma psicológico, riesgo físico, insatisfacción, ansiedad, infelicidad, problemas de personalidad y riesgo para su desarrollo equilibrado.

- Para el agresor o agresora: Puede ser la antesala de una futura conducta delictiva, una interpretación de la obtención de poder basada en la agresión, que puede perpetuarse en la vida adulta, e incluso una supervaloración del hecho violento como socialmente aceptable y recompensado.
- Para los compañeros y compañeras observadores: Puede conducir a una actitud pasiva y complaciente ante la injusticia y una modelación equivocada de valía personal.

Población diana:

- Menores en edad escolar.
- El mayor número de casos se sitúa en la franja de edad que va entre los 11 a 14 años.

Periodicidad:

- En todos los controles de salud del programa de salud infantil
- En consultas a demanda específicas.
- En cualquier contacto con el sistema sanitario incluidas las urgencias.

Este tipo de maltrato ocurre, como decíamos anteriormente, en el ámbito escolar y los profesionales sanitarios debemos de estar alerta en su detección así como trabajar coordinadamente con los profesionales de educación y las familias de los menores afectados.

Actividades:

- Actividad 1. Detección precoz de situaciones de acoso escolar.
 - Actividad 2. Actuación en caso de sospecha de acoso escolar
-
- **ACTIVIDAD 1. DETECCIÓN PRECOZ DE SITUACIONES DE ACOSO ESCOLAR.**

- Conocimiento de las formas de expresión de las agresiones:
 - Acoso verbal: insultos, motes, ridiculizaciones, burlas.
 - Acoso y maltrato físico: golpes, patadas, puñetazos, pellizcos, tirones de pelos, romperle pertenencias.
 - Psicológico: chantajes, amenazas, obligar a hacer cosas.
 - Relacional: exclusión social, ignorar la presencia (ningunear), excluirlo de actividades cotidianas, no dejar participar, levantar rumores, atribuirle acciones que no ha hecho.
 - Abuso Sexual

Herramientas

- **Entrevista clínica:** es el INSTRUMENTO de EVALUACIÓN de elección:
 - Conversación relajada y cálida en la que el menor no se sienta cuestionado, avergonzado o culpable de lo que le está sucediendo
 - Preguntar en cada visita del PSI sobre sus amigos y amigas.
 - Preguntar en cada visita del PSI sobre cómo le va en el colegio y si tiene algún problema.
 - Introducir el tema comentando aspectos que acontecen generalmente a personas de su edad y que es necesario erradicar
 - Utilizar preguntas abiertas. Un ejemplo podría ser:
 - “Me están contando algunos niños que vienen a la consulta que se sienten mal porque en el colegio/instituto les hacen la vida imposible, que no les dejan en paz. Dicen que hay chicos que siempre se ríen de ellos, que les insultan, ridiculizan, y que además los mayores no hacen nada al respecto...”
¿qué opinas de esto?, ¿qué crees que puede estar sucediendo?
- Guías anticipatorias para padres
- Para más información consultar: <http://www.acosoescolar.info/index.htm>

● ACTIVIDAD 2. ACTUACIÓN EN CASO DE SOSPECHA DE ACOSO ESCOLAR

- NO SE REALIZA SIMIA (ya que no es un maltrato intrafamiliar)
- En caso de lesiones se cumplimenta el parte al juzgado de guardia que está en DIRAYA, siguiendo el procedimiento habitual.
- Ante la sospecha de un acoso escolar se informará a los padres y se les orientará para que lo comuniquen al centro escolar.
- De igual manera se comunica a la UTS (Unidad de Trabajo Social) de salud para que realice apoyo a los padres y la coordinación con el centro escolar.
- Información a los padres de la existencia de un Protocolo de Coordinación en supuestos de acoso Escolar, que el equipo educativo debe seguir.

Herramientas

- Dado que este tipo de maltrato ocurre y se trata en el sistema educativo, la Consejería de Educación tiene un protocolo de actuación para el mismo. (Resolución de 26 de

Septiembre de 2007, de la Dirección General de Participación y Solidaridad en la Educación).

- Parte al juzgado de guardia.

