

PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

Sistemática de controles en el niño sano

L. A. LASTRA MARTÍNEZ

Con la realización de los controles de salud en la población infantil se pretenden 3 objetivos básicos:

- diagnóstico precoz de enfermedad o del riesgo de padecer la misma.
- prevención de patología.
- promoción de salud infantil y educación para la salud tanto del niño como de la familia.

Para conseguir lo anterior los exámenes sistemáticos de salud utilizan pruebas de selección simples, de bajo costo, aceptables para los pacientes, seguras y precisas; las cuales son validadas de continuo, al objeto de aumentar su sensibilidad y especificidad.

La posibilidad de descubrir un potencial patológico mediante la prueba de selección, determina el momento en que ésta puede ser aplicada. La frecuencia de su aplicación dependerá del tiempo que transcurra entre la aparición de dicho potencial y las manifestaciones clínicas.

Las enfermedades objeto de selección son aquellas que por su alta frecuencia y posibilidad de tratamiento puedan ser diagnosticadas de forma efectiva.

CRONOLOGÍA Y CONTENIDO

Tanto el número de exámenes como la edad a que son realizados variará confor-

me al país o autonomía considerado, si bien, serán las posibilidades y recursos existentes así como las necesidades prioritarias y demandas de la población los que fijen fundamentalmente estos calendarios. La tendencia actual reduce el número de exámenes y amplía las pruebas de selección a realizar en cada uno de ellos.

En todos los controles se explorará al niño, se realizará y ampliará la historia clínica, tratando a la vez de impartir educación sanitaria.

En la tabla I sistematizamos un posible calendario de controles de salud.

PRUEBAS DE SELECCIÓN

CRECIMIENTO

El perímetro cefálico se estabiliza prácticamente a la edad de 2 años (90 % del total), mientras que peso y talla deberán medirse cada año hasta los 6 ó 7, y cada 2 años hasta el brote de adolescencia. Se aplicarán gráficas de desarrollo adecuadas a la población estudiada, de preferencia obtenidas de la misma.

Los perímetros cefálicos en los límites (< P3, > P97) así como los cambios importantes del mismo entre 2 controles requerirán estudio más profundo. Se medirá con cinta de acero flexible englobando

prominencia occipital inmediatamente por encima de borde supraorbitario.

El peso se medirá siempre en la misma báscula (dependiendo de la edad), mientras que la talla se tomará en posición horizontal hasta los 2 años y posteriormente en vertical. Se valorará la velocidad de crecimiento y serán estudiadas las tallas entre menos 2 y 3 desviaciones estándar con velocidades de crecimiento inferiores a 4 cm. por año.

PSICOMOTRICIDAD

El test de Denver supone la mejor medida actual para descubrir el retraso psicomotor, si bien es más útil en niños mayores que en menores. Fue desarrollada a partir de escalas previas de desarrollo e inteligencia, pudiendo ser aplicada por personal no profesional de forma sencilla y segura, a la vez que rápida.

VISIÓN

La transparencia pupilar será valorada mediante el reflejo rojo a la luz. La ausencia del mismo (pupila blanca) obligaría a descartar patología ocular del tipo de la catarata, etc.

El reflejo fotomotor y el signo del parpadeo con la luz nos permitirán explorar la vía óptica y las conexiones de la misma.

El estrabismo será valorado de forma fundamental a partir del 6.º mes utilizando 2 pruebas: reflejo corneal de Hirshberg (se observa el reflejo luminoso de un foco de luz en las pupilas del niño con los ojos enfocados al mismo. Cualquier desviación del reflejo desde el centro de las pupilas indica estrabismo) y test de oclusión total o parcial (mientras mantenemos al niño mirando un objeto, tapamos alternativamente cada ojo; si existe estrabismo, el ojo

desviado se moverá cuando ocluyamos el ojo fijador; el alineamiento será normal cuando no se produzcan desviaciones oculares en el ojo contralateral al ocluido).

En cuanto a la agudeza visual, se valorará en ambos ojos de forma independiente y conjunta. Inicialmente se utilizarán juguetes en miniatura con el niño a 3 metros de distancia y, a partir de los 3-4 años, optotipos.

AUDICIÓN

Durante la época neonatal y de lactante se explora la vía auditiva mediante objetos sonoros que producen sonidos de frecuencia aproximada a los 1000 Hz e intensidad en torno a los 40-50 dB (campanilla, juguete de goma para estrujar, etc.) valorando respuestas positivas del tipo: reflejo cócleo-palpebral, reflejo de Moro, sobresalto, desviación ocular o cefálica, llanto, etc.

A partir de los 18 meses de edad y hasta los 3-4 años es posible la utilización de la audiometría lúdica o de respuesta condicionada. Por encima de los 6 años se utilizará ya la audiometría tonal estándar.

La valoración del lenguaje irá siempre asociada a la de la audición.

En caso de sospecha patológica se pasará a realizar exploraciones objetivas, sobre todo en niños con riesgo potencial de desarrollo de sordera atendiendo a sus antecedentes, siendo los potenciales evocados auditivos la técnica inicial electiva, máxime en niños muy pequeños.

SALUD DENTAL

Se vigilará la aparición de caries dental a partir de los 2 años fundamentalmente, si bien la profilaxis de la misma con suplemento oral de flúor (leches adapta-

TABLA I

	CALENARIO DE CONTROLES DE SALUD															
	DIAS	MESES						AÑOS								
		5-10	1	3	5	7	9	12	15	18	2	3	4	5	6	10
TALLA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
PESO	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
P. CEFALICO	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
PSICOMOTRICIDAD	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
TRANSP. PUPILAR	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
R. FOTOMOTOR	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ESTRABISMO	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
AGUDEZA VISUAL	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
AUDICION	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
VACUNACIONES	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
SALUD DENTAL	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
LUX. CONG. CADERA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
PIE ZAMBO	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
METATARSO-VARO	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
PIE PLANO	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ESCOLIOSIS	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
FENILCETONURIA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ANEMIA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
HIPERTENSION	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
TUBERCULOSIS	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
CARDIOPATIA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ATEROSCLEROSIS	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
BACTERIURIA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
PROTEINURIA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
CONDUCTA	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

das, polivitamínicos, fórmulas magistrales...) se realizará durante toda la edad pediátrica en los casos en que sea insuficiente la fluoración del agua potable.

Se aconsejará la limpieza de dientes con paño húmedo, diaria, en niños menores de año y medio, utilizando un cepillo suave posteriormente a esta fecha e introduciendo el dentífrico fluorado hacia los 3 años, siempre bajo la supervisión paterna.

ALTERACIONES ORTOPÉDICAS

Se utilizará la prueba de Barlow y Ortolani para valoración de cadera hasta el 10.º día, posteriormente la maniobra de la abducción que se verá limitada en caso de luxación. Esta maniobra deberá utilizarse en todos los niños hasta que empiecen a andar.

Así mismo se valorará la presencia de deformidades del pie, sobre todo pie zam-

bo (morfología equino-varo con dificultad para dorsiflexión) y metatarso varo (planta de pie en riñón con metatarsianos desviados en varo y talón valgo), dado que requerirán tratamiento inmediato si no son deformables.

Se vigilará la presencia de pie plano a partir de los 3 años utilizando el podómetro y la aparición de escoliosis en la época escolar, para lo cual se explorará columna vertebral en plano antero-posterior (asimetría de pliegue de cintura, horizontalidad de hombros, escápulas y crestas ilíacas), a flexión de 90º (mayor elevación de uno u otro hemicuerpo) y en posición sentada (se descarta así la posible asimetría de miembros inferiores).

FENILCETONURIA

Screening metabólico entre el 5.º y 10.º día de vida. El test del hipotiroidís-

mo se habrá realizado después del 2.º día de vida.

ANEMIA

Se obtendrá hematocrito/hemoglobina en las fechas señaladas dado que el neonato, lactante y adolescente presentan más frecuentemente deficiencia de hierro y anemia.

Siempre que exista la posibilidad de determinar ferritina plasmática se obviará el hematocrito/hemoglobina puesto que la primera estará alterada incluso en la fase inicial de ferropenia latente. Cifras inferiores a 10-12 microgramos/litro indicarán el inicio de aporte de hierro hasta su normalización (2-3 meses).

HIPERTENSIÓN

Mediante esfigmomanómetro cuyo manguito cubra las 2/3 partes de la longitud de la parte alta del brazo (o del muslo) y fonendo, mediremos la tensión arterial procurando que el niño se halle tranquilo y sentado. Las mediciones múltiples aumentarán la precisión y el acercamiento a la presión arterial verdadera.

Se establecerá vigilancia de tensiones superiores al percentil 90 y se estudiarán con más profundidad si sobrepasan el percentil 95 de las gráficas de tensión arterial para esa población. Las mediciones serán más frecuentes y precoces en caso de hipertensión familiar, obesidad, etc.

TUBERCULOSIS

Prueba de Mantoux: inyección intradérmica de 2 unidades de PPD valorando a las 48-72 horas el diámetro de la induración y no del eritema.

CARDIOPATÍA

Es fundamental la auscultación cardíaca en el niño tranquilo tratando de encontrar soplo patológico, al igual que la palpación de pulsos, sobre todo si existe historia familiar de cardiopatía congénita. En edad escolar se valorará la aparición de soplos tras procesos febriles tratando de identificar la cardiopatía reumática.

ATEROSCLEROSIS

Se intentará controlar los factores favorecedores de la misma, cuales son la obesidad, hipertensión, consumo de tabaco e hipercolesterolemia. En este sentido se obtendrán los valores séricos de colesterol y triglicéridos en ayunas de niños obesos, hipertensos o con antecedente familiar de xantomas y cardiopatía aterosclerótica.

BACTERIURIA

Se realizará cultivo de orina tras recogida de la misma por el método más aséptico posible. La presencia de más de 100.000 colonias por ml en 2 cultivos consecutivos evitará diagnósticos demasiado frecuentes.

PROTEINURIA

Se obtendrá orina para valoración mediante tiras reactivas (labstix, multitest...) al objeto de descubrir proteinuria, glucosuria, hematuria, etc.

CONDUCTA

El empleo de listas de palabras sobre conducta para los padres podría evidenciar la alteración de la misma. Se sospechará el transtorno conductual sobre todo en el niño con enfermedad crónica.

BIBLIOGRAFÍA

1. BAILEY, E. N. y cols.: *Examen de selección en la práctica pediátrica*. Clin. Pediatr. Nort (ed. esp.). 1974: 121-164.
2. CASEY, P. H.; BRADLEY, R. H.; CALDWELL, B. M.; EDWARDS, D. R.: *Intervención en el desarrollo: repaso en Pediatría clínica*. Clin. Pediatr. Nort. (ed. esp.) 1986; 946-973.
3. GARCÍA CABALLERO, C.: *Aspectos pediátricos-profesionales de la promoción de la salud*. An. Esp. Pediatr. 1986; 24: 68-75.
4. GARCÍA CABALLERO, C.: *Exámenes sistemáticos de salud en la infancia*. Medicine. Abril 1987: 40-46.
5. ROLLÁN, A.: *Sistemática de atención al niño sano*. En: IV curso de asistencia primaria en Pediatría 87-88. Universidad, Insalud y Dirección Regional de Sanidad de Cantabria, 1988: 97-111.