

TITULO: ¿El número de revisiones y actividades del programa del niño sano es el adecuado?

AUTORES: Álvarez-Vargas C¹, Veledo-Barrios P², Rodríguez-Martínez AM³, Rodríguez-Herrera M⁴, Tapia-Valero C⁵, Montero-Morales C⁶, Duarte-Clíments G⁷, Guzmán-Fernández MA⁸

1 CS Armunia, León, SACyL

2 CS San Andrés del Rabanedo, León, SACyL

3 Gerencia de Atención Primaria, León, SACyL

4 CS Nava de La Asunción, Segovia, SACyL

5 CS Carbonero el Mayor, Segovia, SACyL

6 Gerencia de Atención Primaria, Segovia, SACyL

7 DC Cuidados Sociosanitarios

8 Gerencia Regional de Salud, Castilla y León, SACyL

RESUMEN

Introducción: El programa del niño sano (PNS), conlleva grandes cargas de trabajo en las consultas pediátricas de A.P. Muchas actividades no se sustentan en evidencias explícitas.

Objetivo: Identificar evidencias sobre frecuencia de control y actividades del PNS. Elaborar recomendaciones para mejorar la cartera de servicios de SACyL.

Método: Revisión sistemática de la literatura. Revisión por pares y resolución de discrepancias en grupo.

Fuentes de información: Biblioteca Virtual de Salud, MEDLINE, COCHRANE, Investen-Joana Briggs (JBI), CUIDEN, INAHTA, Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias, Guíasalud, SIGN y Guidelines International Network. Complementada con búsqueda referencial.

Estrategia de búsqueda: PICO, (DeCS) / (MeSH).

Criterios de inclusión / exclusión: tema, método (revisiones sistemáticas, metanálisis, ensayos clínicos, guías de práctica clínica (GPC), (incluyendo carteras de servicios), sin limitación en fecha de publicación y aplicabilidad.

Análisis y síntesis de información: listas de chequeo CASPe y de Hayward y Wilson para GPC. Clasificación según niveles de evidencia y grados de recomendación del JBI.

Resultados: Sin evidencias nivel I o II sobre el calendario ideal de revisiones. Las recomendadas por grupos o asociaciones de expertos oscilan entre 3 y 20 controles desde el nacimiento a 14 años. Nuestro PNS considera 11.

La mayoría de los PNS –también SACyL- incluyen actividades avaladas por evidencia nivel III.

Discusión: Búsqueda restringida a castellano, inglés, portugués y artículos disponibles on-line. Bajo nivel de evidencia que sustenta la mayoría de actividades.

Introduction: The program of the healthy child (PNS) carries high workloads in pediatric consultations of Primary Care. Many activities are not sustained in explicit evidences.

Objective: Identify evidences on frequency of control and activities of PNS. Elaborate recommendations to improve the services of SACyL

Method: Systematic review of the literature. Review by pairs and resolution of discrepancies in Group. Sources of information: Virtual Library of Health, MEDLINE, COCHRANE, Investen-Joana Briggs (JBI), CUIDEN, INAHTA, Agency of evaluation of sanitary Technologies, SIGN and Guidelines International Network. Complemented with reference search.

Strategy of search: PICO, (DeCS) / (MeSH).

Criteria of inclusion / exclusion: subject, method (systematic reviews, metanálisis, clinical tests, guides of clinical practice (GPC), including portfolio of services), without limitation in date of publication, applicability.

Analysis and synthesis of information: CASPe checklists and Hayward and Wilson for GPC. Classification according to levels of evidence and grades of recommendation of the JBI.

Results: Without evidences level I or the IInd on the ideal calendar of reviews. The reviews recommended by experts' groups or associations range between 3 and 20 controls from birth to 14 years. Our PNS considers 11.

The majority of the PNS - also SACyL - includes activities supported by evidence level III.

Discussion: Search restricted to spanish, english, portuguese and available articles on-line. Low level of evidence to support most activities.

INTRODUCCIÓN

Con el fin de contribuir al desarrollo óptimo del niño, la Junta de Castilla y León tras las transferencias a las autonomías en materia de sanidad, ha seguido con el Programa del Niño Sano (PNS)¹ que se venía realizando desde hace aproximadamente unos 25 años, coincidiendo con la creación de los primeros equipos de atención primaria y la correspondiente incorporación de los pediatras a los mismos, (el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 4 de Junio de 1990 aprobó el Documento sobre Criterios Básicos de Salud Materno-Infantil, el cual ha servido de referencia para la elaboración de los programas autonómicos y la implantación progresiva del programa del niño sano). Hoy es uno de los de mayor éxito en cuando a su aceptación por parte de los usuarios. Mediante este programa se llevan a cabo acciones preventivas y de promoción de la salud, con el fin de garantizar el adecuado desarrollo del niño a través de controles periódicos del estado de salud y la detección precoz de anomalías físicas, psíquicas y sensoriales, consiguiendo de este modo elevar el nivel de salud de la población infantil

No es un programa estanco, sino que debe adaptarse a las características del niño y las familias, así como al nivel sociocultural de la población a la que se encuentra dirigido².

Constituye una actividad muy importante en la consulta de enfermería pediátrica y de pediatría de Atención Primaria, representando una gran carga de trabajo (25-50%)³. Podríamos aducir fundamentalmente 3 razones que justifiquen este hecho³:

- Disminución de las tasas de mortalidad y natalidad infantiles, lo que hace que haya menos niños y más sanos.

- Presencia de una nueva morbilidad infantil derivada del estilo de vida en los países desarrollados y susceptibles de prevención primaria y secundaria: accidentes, toxicomanías, problemas del ámbito sexual y de adaptación social.
- Progresiva incorporación de la adolescencia a la edad pediátrica.

Destacar que García-Onieva y col. citados en Sánchez-Lastres³, consideran que los exámenes sistemáticos de salud, son uno de los factores que más han contribuido a mejorar la salud infantil.

Esta revisión parte de la estrategia institucional establecida por el Servicio de Salud de Castilla y León (SaCyL) de incorporación de la evidencia científica a la práctica clínica enfermera, mediante la creación de un banco de evidencias en cuidados que sean aplicables a la Cartera de Servicios (CS) de SaCyL.

En esta línea nos hemos planteado si la carga de trabajo del PNS está suficientemente avalada por evidencias o se podría reducir, tanto el número de revisiones como alguna de las actividades incluidas en el mismo, sin que eso significara disminución de la calidad de los servicios prestados.

Los objetivos de nuestra revisión son identificar las evidencias disponibles sobre la frecuencia de control y actividades del PNS y elaborar recomendaciones para la mejora de la cartera de servicios de SaCyL, si procediese.

MÉTODO

Se realiza una revisión sistemática de la literatura siguiendo un protocolo estandarizado, desde Septiembre del 2008 a Marzo del 2009.

Para la estrategia de búsqueda definimos la pregunta siguiendo el formato PICO^{4,5} (Población: niños sanos de 0-14 años; Intervención: número de controles y actividades realizadas en el PNS de Sacyl, comparándolas con las recomendadas por las principales organizaciones y grupos de expertos para obtener unos resultados).

Identificamos los descriptores relacionados con cada uno de los componentes de la estrategia PICO: DeCS (descriptores de ciencias de la salud) y MeSH (medical subject headings).

A continuación se realiza una búsqueda sistemática en Bases de Datos Bibliográficas on line: Biblioteca Virtual de Salud, MEDLINE, COCHRANE, Investen-Joana Briggs

(JBI), CUIDEN, INAHTA, Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias, Guíasalud, SIGN y Guidelines International Network y se complementa con búsqueda referencial.

Para la inclusión y exclusión de los estudios se tienen en cuenta: los propios descriptores, el diseño del estudio (revisiones sistemáticas, metanálisis, ensayos clínicos aleatorios, guías de práctica clínica, incluyendo carteras de servicios), sin limitación en fecha de publicación y aplicabilidad. Los idiomas de los artículos buscados son: español, inglés y portugués.

Para valorar la calidad de los estudios se utilizan las listas de chequeo de Critical Appraisal Skills Programme: programa de habilidades en lectura crítica (CASPe)⁶ y la lista de chequeo de Hayward y Wilson para las GPC⁷. Los artículos que responden a los criterios expuestos son revisados por dos evaluadores independientes y las discrepancias entre revisores se resuelven mediante consenso.

La clasificación según niveles de evidencia y grados de recomendación sigue la estructura de la JBI.⁸

RESULTADOS

Se identifican 3896 estudios, utilizando diferentes combinaciones de los descriptores. Siguiendo los criterios de inclusión y exclusión se seleccionan 47 estudios que cumplen los criterios indicados, pero tras su lectura crítica seleccionamos 13 por ser los más adecuados para el estudio que estamos llevando a cabo y ser considerados los de mayor calidad por los revisores (Tabla 1).

Se encontraron: 2 ECAS, 4 Revisiones sistemáticas, 6 GPC, y 1 opinión de expertos (Tabla 2, Grafica I).

No existen pruebas de buena calidad para determinar con exactitud el número de visitas necesario para implementar con efectividad el PNS. Dependiendo de las organizaciones hay una amplia variabilidad en el número de visitas.

- En el estudio de Colomer Revuelta J y Grupo PrevInfad⁹ se analiza el número de controles a realizar bajo las perspectivas de factibilidad, costo-efectividad, satisfacción de la población y resultados positivos en salud. Se realiza el estudio en dos etapas:

Primera etapa: Revisión sistemática con 2 ECAS

Segunda etapa: Comparación de los calendarios propuestos por las principales organizaciones y grupos que a nivel mundial elaboran recomendaciones sobre supervisión de la salud infantil.

El estudio concluye que el número ideal de controles no se ha establecido y difícilmente llegará a establecerse dadas las dificultades éticas y técnicas para la realización de ensayos controlados con un tamaño de muestra adecuado y largos periodos de seguimiento.

Cada niño en razón de sus circunstancias personales, familiares o sociales requerirá una adaptación diferente y cada lugar de trabajo presenta recursos y presión asistencial diferentes.

Una secuencia menor de visitas durante los dos primeros años de vida no provoca un efecto negativo sobre la salud de los niños.

El calendario que proponen es el realizado por los grupos que se apoyan en evidencias más allá de las opiniones de expertos. Son además las que menor número de controles proponen.

- Hoekelman RA¹⁰. En este estudio los investigadores analizan 246 RN a término seleccionados aleatoriamente: 116 atendidos en clínica y 130 atendidos en establecimiento privado y comparan las visitas realizadas en el primer año de cuatro maneras:

- 6 visitas por un pediatra
- 3 visitas por un pediatra
- 6 visitas por una enfermera pediátrica
- 3 visitas por una enfermera pediátrica

Se evalúa: el aumento de los conocimientos de las madres en el cuidado de los hijos, el nivel de satisfacción materna, el cumplimiento de las recomendaciones y las patologías no detectadas.

Los autores concluyen que no existen cambios en cuanto a los resultados en ambos grupos.

Aunque no es nuestro objetivo, nos encontramos con que también concluyen que la efectividad de los controles es similar independientemente de que lo realice un médico o una enfermera pediátrica debidamente entrenada.

- J. R. Gilbert, et al. ¹¹. Se trata de un ensayo controlado con dos cohortes. La población son: 570 RN sanos y sin factores de riesgo. Se realizan 5 controles a n = 269

en los 2 primeros años de vida (1 ó 2 meses, 4, 6, 13 y 19 meses) y 10 controles al n = 301 en los 2 primeros años de vida (15 días, 1, 2, 4, 6, 10, 12, 15, 18 y 24 meses). Los bebés se asignan aleatoriamente a uno de los dos grupos. Se comparan: factores psicosociales, desarrollo mental, visitas al servicio de urgencias, ansiedad materna-paterna, satisfacción de los padres y patología no detectada. Con el propósito de encontrar: enfermedad física, alteraciones en las relaciones entre padres e hijos, cumplimiento del calendario de inmunizaciones y asesoramiento en materia de salud. Los investigadores llegan a la conclusión de que no existen cambios en cuanto a los resultados en ambos grupos pues no se encuentran diferencias significativas.

Las primíparas realizan más visitas de las programadas y cuando disminuye el nº de controles aumenta el cumplimiento de las visitas.

La prevalencia de la patología no detectada y el desarrollo físico de los bebés en los dos grupos son casi idénticos.

Las puntuaciones medias de los dos grupos en la evaluación del desarrollo mental, relaciones materno-infantiles, ansiedad materna-paterna y satisfacción con la atención de la salud, estaban cercanas.

Los resultados sugieren que el nº menor de visitas en los dos primeros años de vida no provoca un efecto negativo sobre la salud de los niños sanos y sin factores de riesgo y que el nº de visitas puede reducirse a 5 para el grupo de múltiparas y a 6 para el grupo de primíparas en los 2 primeros años de vida. Cualquier otra indicación del nº de visitas debe ser programada de acuerdo a las necesidades y la experiencia de los padres.

- F.J. Garrido Torrecillas². Revisión sistemática (2006) de la evidencia del control del niño sano bajo dos puntos de vista: Características organizativas (nº de controles, edad, quien debe realizarlos) y contenidos del programa del niño sano

No hay evidencia científica para establecer un calendario ideal (nº, edad y contenido de las visitas). Sobre quién debe realizar los controles es difícil de responder porque prácticamente no existen estudios bien diseñados para valorar quién es el profesional ideal para realizarlos.

No hay evidencia científica para determinar los contenidos del programa del niño sano. Concluye que se deben incluir en los programas de salud, aquellas actividades que estén avaladas por la evidencia científica siguiendo las recomendaciones de los principales grupos de expertos. También se pueden incluir actividades que puedan

contribuir a la promoción y prevención de la salud aunque no tengan una evidencia científica clara.

- La revisión sistemática de Eugene Dinkevich et al ¹² incluye población de niños sanos, desde el nacimiento hasta los 18-21 años de edad.

En esta revisión se estudian 3 aspectos:

1º) Si la disminución del nº de las visitas influye en los resultados. Para ello se comparan dos estudios:

- Americano: 297 niños (ECA)
- Canadiense: 570 niños (ECA).

2º) Si es mejor la educación individual o la grupal, en estos aspectos: interacción materno infantil, desarrollo infantil y utilización de los servicios de salud. Dos ECAS

3º) La evidencia científica de la prueba de Adams para el diagnóstico de escoliosis en la exploración rutinaria. Dos ECAS

Las conclusiones del estudio son:

No hay diferencias de hallazgos clínicos importantes. Un calendario con menor número de visitas en niños menores de 2 años es suficiente para detectar anomalías físicas, psicociales o de desarrollo.

Algunos servicios de prevención pueden ser más eficaces o más coste-efectivos cuando se realizan a nivel de la comunidad, más que a nivel individual, o alguna combinación de estos puede ser aún más eficaz.

Incluso en ausencia de alta calidad de las pruebas, las recomendaciones para las intervenciones preventivas son necesarias.

En relación a la prueba de Adams no hay evidencia científica para recomendarla en el examen rutinario.

- Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS-semFYC), PrevInfad ¹³ Es una guía de actividades preventivas y de promoción de la salud recomendadas para la infancia y la adolescencia, realizada por el grupo de Trabajo PrevInfad de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y a su vez del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS-semFYC), referida a la visita prenatal y niños de 0-18 años, aparentemente sanos y aquellos que presentan algún riesgo: niños con muy bajo peso al nacer, niños con riesgo social y niños con Síndrome de Down.

Aporta aquellas recomendaciones sobre las que existe suficiente evidencia, teniendo en cuenta que cada equipo es responsable de decidir las actividades que deben realizarse en su centro y que la investigación cambia con frecuencia la evidencia encontrada para recomendar una u otra actividad.

Además aporta estrategias para el asesoramiento y la información de los pacientes según la US Preventive Services Task Force.

- En el estudio de Virginia A. et al.¹⁴ se revisan las principales actividades preventivas (excepto vacunaciones) propuestas por 7 organizaciones norteamericanas. Se seleccionan 42 intervenciones (propuestas por al menos 2 de las 7 organizaciones), dividiéndose las actividades en 3 grupos: consejos de conducta, pruebas de detección y medidas preventivas en el niño sano entre el nacimiento y 18 a 21 años.

Respecto a los consejos concluyen que la reiteración de éstos de forma breve en situaciones concretas, es la medida que tiene más probabilidad de ser eficaz. El asesoramiento dirigido a la prevención de lesiones es el consejo más recomendado por la mayoría de las organizaciones. El resto de recomendaciones no están avaladas por ECAS.

Entre las pruebas de cribado, solo la detección precoz de la ambliopía y clamidias en adolescentes sexualmente activas, están avaladas por E.C. que demuestran su eficacia. En cuanto a profilaxis se encuentra evidencia para la administración de suplementos de ácido fólico en mujeres en edad fértil y suplementos con hierro en las embarazadas. Recomiendan incluir actividades que puedan contribuir a la promoción y prevención de la salud aunque no tengan una evidencia científica clara.

- La Rourke Baby Record II ¹⁵ es una guía de trabajo para ayudar a médicos y enfermeras de AP canadienses en el examen rutinario del niño sano desde el nacimiento hasta los 5 años. Ha sido revisada en el 2006, para incluir las pruebas basadas en evidencias que aconseja la Canadian Task Force.

Incorpora el nivel de evidencia sobre las distintas actividades de cribado y se va actualizando periódicamente: registro Rourke

- La guía Routine preventive services for children and adolescents (ages 2 - 18)¹⁶. Recomienda las actividades a llevar a cabo en las revisiones de niños de 2 a 18 años, incorporando el nivel de evidencia y grado de recomendación en aquellas en las que se han encontrado, siguiendo las recomendaciones de los Servicios Preventivos para Niños y Adolescentes, Instituto para Mejora de Sistemas Clínicos, 2006 y del Consejo

asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) Intervenciones con evidencia A: scrinning colesterol, de visión, y de las vacunas: DTaP, MMR (MMRV) y Varicela.

Intervenciones con evidencia B: uso del casco en las bicis, seguridad en los vehículos (asiento y cinto), pruebas de detección de clamidia y detección de Ca de útero y vacuna de Influenza

-La guía Routine preventive services for infants and children (birth - 24 months)¹⁷ recomienda las actividades a llevar a cabo en las revisiones de niños de 0-24 meses, incorporando nivel de evidencia y grado de recomendación, siguiendo las recomendaciones de los Servicios Preventivos para Niños y Adolescentes del Instituto para Mejora de Sistemas Clínicos, 2006 y del Consejo asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) Inmunización, nutrición y lactancia materna (A); seguridad en el automóvil (B); colocación del niño mientras duerme (B); scrinning metabólico antes de 24 h en el hospital (D); pruebas de plomo en sangre a los 12 meses (B). Vacunas (A): DTaP, MMR (MMRV), Varicela, Hib, Hepatitis B. Vacunas (B): Influenza.

- Postnatal care. Routine postnatal care of women and their babies.¹⁸ guía de práctica clínica que elabora recomendaciones para los problemas mas frecuentes de las madres en el postparto y el cuidado del RN, incorporando los niveles de evidencia y grados de recomendación realizadas por el colegio de médicos de Londres.

Grados de recomendación:

A-Lactancia materna, no usar dicyclomine para el ttº del cólico, uso de fórmula hipoalergénica bajo orientación médica para el ttº del cólico, profilaxis de vit. K dosis única 1 mg vía IM, evaluar cuestiones de seguridad en visitas domiciliarias, y consejos sobre cuidado del cordón umbilical.

B- Información a los padres sobre: muerte súbita infantil, dormir en cuna los primeros 6 meses y uso del chupete.

C- Uso de termómetros electrónicos para medición de tª en el bebé enfermo.

D- Realizar el examen completo del bebé dentro de las 72 horas del nacimiento, a las 6-8 semanas examen físico y evaluación de la sonrisa y fijación visual, información del calendario de vacunas, valoración de ictericia, consejos sobre higiene y cuidados de la piel, muguet, irritación por uso de pañales, estreñimiento, diarrea y cólicos, abuso infantil y evaluar la tº de más de 38º C.

- Preventive services for children and adolescents ¹⁹es una guía de practica clínica para ayudar en la priorización de la detección de maniobras, pruebas diagnosticas y

consejos de salud. Es una síntesis de las recomendaciones del: Instituto de Mejora de los Sistemas Clínicos (ICSI), pruebas primarias a través de revisiones bibliográficas, otros grupos profesionales, en particular Equipo Preventivo de los Servicios de tareas de Estados Unidos (USPSTF) y grupos de trabajo y consenso.

NI: inmunizaciones, scrining clamidia (A-R), y scrining visión (A-B-R)

NII: scrining cáncer cervical (C-M-R), posición en el sueño (C-D-M-R) prevención traumatismos (B-C-M-R), scrining neonatal (R) prevención obesidad (A-B-D-M-R) tabaco (R).

NIII: Prueba de plomo en sangre, examen de mamas, consejo dental y perio-dental, desarrollo evaluación de pruebas de comportamiento y violencia domestica.

NIV: análisis de química en sangre, maltrato infantil, cribado de anemia, pruebas de tuberculina y análisis de orina.

Indica que a cada niño en función de los factores de riesgo habrá que realizarle la exploración pertinente y que todas las visitas, agudas o crónicas, son oportunidades para la prevención.

- Pericas Bosch J y Grupo PrevInfad²⁰ realizan un resumen de las evidencias disponibles atendiendo a la eficacia-efectividad para basar en ellas las recomendaciones que pueden realizarse en el programa del niño y del adolescente.

Aporta niveles de evidencia y grados de recomendación avalados por los principales grupos de EEUU (La Guide to Clinical Preventive Services del U.S. Preventive Services Task Force. Las Guidelines for Health Supervision de la American Academy of Pediatrics. El Bright Futures, editado por Morris Green y patrocinado por el Maternal and Child Bureau del US Public Health Service.), Canadá (La Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, La Canadian Paediatric Society y el College of Family Physicians of Canada) de la mayor parte de las actividades incluidas en el subprograma de la infancia y la adolescencia del PAPPs.

DISCUSIÓN

Nuestra búsqueda está restringida a artículos en castellano, inglés, portugués y disponibles on-line. Hay bases de datos a las que no hemos tenido acceso (CINAHL,

TESEO) y que pueden resultar de interés, así como tampoco hemos podido acceder al texto completo de alguno de los estudios encontrados en la búsqueda inicial.

Con respecto al número de revisiones, no se encontraron evidencias sobre el calendario ideal.

El PNS de SACYL considera 11 revisiones, cumpliendo con el mínimo recomendado por las principales organizaciones, que oscilan entre 3 (ampliable con 3 revisiones realizadas por otros profesionales) y 20 controles desde el nacimiento a los 14 años.^{2, 9, 10, 11}

Tabla 3

Nuestro estudio confirma que es muy difícil establecer un calendario ideal, dadas las dificultades éticas y técnicas para la realización de ensayos controlados con un tamaño de muestra adecuado. Por otra parte se ha encontrado, que un nº menor de visitas en los dos primeros años de vida no provoca un efecto negativo sobre la salud de los niños sanos y sin factores de riesgo. Esto tendría gran implicación para la práctica diaria ya que supondría una disminución de la carga de trabajo de nuestras consultas.

En cuanto a las actividades, sorprende el bajo nivel de evidencia que sustenta la mayoría de actividades que se llevan a cabo dentro de los controles, quizás por el escaso número de ensayos clínicos existentes y la dificultad para desarrollarlos. La mayoría de las que se realizan en el PNS de SACYL, están sustentadas por evidencias NIII GR-C siguiendo las recomendaciones de grupos de expertos. (Tabla 4)^{1,21}

Con nivel I-II están: Screening de fenilcetonuria e hipotiroidismo, promoción de lactancia materna, prevención de muerte súbita, vacunas y prevención de accidentes^{12,13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20} Esta revisión confirma la urgencia de mejorar la calidad de los estudios y el seguimiento a largo plazo. Si bien la mayoría de las actividades que se llevan actualmente a cabo, no están avaladas por Ecas, también hay que considerar que en nuestro medio, están muy bien aceptadas por los padres y que suspenderlas podría aumentar las consultas a demanda por parte de estos.

Son ejemplo de ello, el cribado de la escoliosis idiopática juvenil, del que no hay suficiente evidencia como para recomendar su inclusión o exclusión en los controles periódicos de salud, el cribado de la obesidad, controvertido también por falta de pruebas de la efectividad a largo plazo de la intervención terapéutica y la prevención de

la alergia, de la que no existen suficientes pruebas de la efectividad de la prevención primaria ni en grupos de riesgo, ni en la población general.¹⁹

Aunque no es objeto de esta revisión, hemos considerado apropiado incluir un ensayo clínico realizado en el año 1975 en la Universidad de Rochester por Hokelman en el que se demuestra que la efectividad de los controles es independiente de que los mismos sean realizados por un pediatra o una enfermera específicamente entrenada para las actividades del programa de control del niño sano¹⁰. Es un artículo de hace muchos años, pero hacemos referencia a él, dado que es uno de los pocos ensayos controlados encontrados y los resultados que aporta nos parecen de gran relevancia y que se reseña en la mayoría de los artículos encontrados.

Este resultado creemos que también tendría gran implicación para la práctica, al poder asumir las enfermeras parte del trabajo que actualmente realizan los pediatras, pero para ello sería necesario que se incluyan dentro de la especialidad de enfermería comunitaria los créditos pertinentes, que nos capaciten para llevar a cabo esta labor con el rigor científico-técnico necesario.

Tabla I. Tabla de búsqueda

	Paciente	Intervención	Comparador	Objetivos	Tipo de estudio
Decs	Niño Preescolar Lactante Infancia	Cuidado del Lactante Atención al niño sano Cuidado del niño Servicios de salud del niño Cribados de salud en infancia	Atención al niño sano en el Sacyl Atención al niño sano en las principales organizaciones y grupos a nivel mundial	Evaluación de Eficacia Efectividad de Intervenciones Efectividad de las actuales recomendaciones Evaluación de Programas y Proyectos de Salud Evaluación de Resultados de Acciones Preventivas Satisfacción de los Padres	Revisión sistemática Metaanálisis Guías de práctica clínica Ensayos clínicos aleatorios Estudios descriptivos
Mes h	Child Preschool Infant Childhood	Well-baby care Well-child care Child care Child Health Services Health-screening programmes childhood	Healthy Child Care in SACYL Healthy child care in major organizations and groups worldwide	Evaluation of the Efficacy- Effectiveness of Interventions Effectiveness of current recommendations Program Evaluation Evaluation of Results of Preventive Actions Parental satisfaction	Systematic review Metaanalysis Clinical practice guidelines Randomized clinical trials Descriptive studies
BASE DE DATOS				SELECCIÓN /RESULTADOS	
BASES DE DATOS		MEDLINE SCIELO CUIDEN BIBLIOTECA VIRTUAL DE SALUD COCHRANE JOANA BRIGGS NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE		20/351 0/53 20/1014 0/385 2/669 0/272 5/1242	
ARTICULOS ENCONTRADOS				3896	
PRESELECCIÓN				47	
DEFINITIVOS				13	
CASPE				5	
ESCALA DE HAYWARD Y WILSON				6	
REVISIÓN DE EXPERTOS				2	

Tabla II. Tabla de evidencia

AUTOR O NOMBRE DEL ESTUDIO, AÑO, TIPO DE ESTUDIO (CARACTERÍSTICAS)	POBLACIÓN	METODO	RESULTADOS	COMENTARIO	CALIDAD/ NIVEL DE EVIDENCIA/ GRADO DE RECOMENDACION
<p>Hoekelman RA.</p> <p><u>What constitutes adequate wellbaby care?</u></p> <p>Pediatrics 1975;55:313-326</p> <p>Estados Unidos. Universidad de Rochester ENSAYO CLÍNICO</p>	<p>246 RN a término Seleccionados aleatoriamente. -116 atendidos en clínica. -130 atendidos en establecimiento privado</p>	<p>Comparación de visitas realizadas en el primer año, de cuatro maneras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 visitas por un médico - 3 visitas por un médico - 6 visitas por una enfermera pediátrica - 3 visitas por una enfermera pediátrica <p>Se evaluó:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aumento de conocimiento de las madres en cuidado de los hijos - Nivel de satisfacción materna - Cumplimiento de las recomendaciones - Anormalidades no detectadas en el estado físico 	<p>No existen cambios en cuanto a los resultados en ambos grupos. La efectividad de los controles es similar independientemente de que lo realice un médico o una enfermera pediátrica debidamente entrenada.</p>	<p>Aunque es un artículo de hace muchos años, nos parece pertinente hacer referencia a él dado que es uno de los pocos ensayos controlados encontrados y los resultados que aporta nos parecen de gran relevancia. Además es un estudio que se reseña en la mayoría de los artículos encontrados. Limitación: artículo completo inaccesible</p>	

				entero y no se puede pasar el CASPE	
<p>Gilbert J R, Feldman ., Siegel L S, Mills D A, Dunnett C , Stoddart G.</p> <p><u>How many well-baby visits are necessary in the first 2 years of life?</u></p> <p>Can Med Assoc J 1984; 130:857-861.</p> <p>Ontario. Canadá ENSAYO CLÍNICO ALEATORIO</p>	<p>570 RN sanos y sin factores de riesgo 5 controles n =269 en los 2 primeros años de vida (1 ó 2 meses, 4, 6, 13 y 19 meses) 10 controles n =301 en los 2 primeros años de vida (15 días,1, 2, 4, 6, 10, 12, 15, 18 y 24 meses)</p>	<p>Los bebes fueron asignados aleatoriamente a uno de los dos grupos. Se compararon: Factores psicosociales, desarrollo mental, visitas al servicio de urgencias, ansiedad materna-paterna, satisfacción de los padres y patología no detectada con el propósito de detectar: enfermedad física, alteraciones en las relaciones entre padres e hijos, inmunizaciones y asesoramiento en materia de salud</p>	<p>No existen cambios en cuanto a los resultados en ambos grupos. No se encontraron diferencias significativas. Las primíparas realizaban mas visitas de las programadas y cuando disminuía el nº de controles aumentaba el cumplimiento de las visitas. La prevalencia de la patología no detectada y el desarrollo físico de los bebés en los dos grupos son casi idénticos. Las puntuaciones medias de los dos grupos en la evaluación del desarrollo mental, relaciones materno-infantiles, la ansiedad materna-paterna y la satisfacción con la atención de la salud estaban cercanas. Los</p>	CASPE 9/11	N: II/B

			<p>resultados sugieren que: El nº menor de visitas en los dos primeros años de vida no provoca un efecto negativo sobre la salud de los niños sanos y sin factores de riesgo. El nº de visitas puede reducirse a 5 para el grupo de múltiparas y a 6 para el grupo de nulíparas en los 2 primeros años de vida. Cualquier otra indicación de nº de visitas debe ser programada de acuerdo a las necesidades y la experiencia de los padres.</p>		
<p>Moyer V. A., Butler M. Gaps in the Evidence for Well Child Care: A Challenge to Our Profesión. Universidad de Texas-Houston PEDIATRICS Vol. 114</p>	<p>Niño sano entre el nacimiento y 18 - 21 años</p>	<p>Recomendaciones para consejo, maniobras de cribado y profilaxis Se revisaron las principales actividades preventivas (excepto vacunaciones) propuestas por 7 organizaciones</p>	<p>Respecto a los consejos concluyen que la reiteración de éstos de forma breve en situaciones concretas, es la medida que tiene más probabilidad de ser eficaz. El asesoramiento dirigido a la prevención de lesiones es el consejo mas</p>	<p>CASPE9/10</p>	<p>N: II/B</p>

<p>No.6 December 2004, pp. 1511-1521</p> <p>REVISIÓN SISTEMÁTICA</p>		<p>norteamericanas. Seleccionándose 42 intervenciones (propuestas por al menos 2 de las 7 organizaciones). Las actividades se dividieron en 3 grupos: consejos de conducta, pruebas de detección y medidas preventivas</p>	<p>recomendado por la mayoría de las organizaciones. El resto de las recomendaciones no están avaladas por ECAS. Entre las pruebas de cribado, solo la detección precoz de la ambliopía y clamidias en adolescentes sexualmente activas estaban avalados por E.C. que demostraran su eficacia. Profilaxis con evidencia: administración de suplementos de ácido fólico para mujeres en edad fértil y suplementos con hierro en las embarazadas. Recomiendan incluir actividades que puedan contribuir a la promoción y prevención de la salud aunque no tengan una evidencia científica clara</p>		
<p>Garrido Torrecillas F.J. Evidencias científicas en</p>	<p>Niño sano</p>	<p>Revisión sistemática de la evidencia del control del niño sano</p>	<p>No hay evidencia científica para establecer un calendario</p>	<p>El artículo es una mezcla de revisión narrativa</p>	<p>N: III/C</p>

<p>el control del niño sano. Actuaciones realmente Necesarias</p> <p>http://www.sepeap.es/Granada2006/conferencias - pdf/Talleres_evidencias_cientificas_sano.pdf.</p> <p>REVISION SISTEMATICA</p>		<p>bajo dos puntos de vista: Características organizativas (nº de controles, edad, quien debe realizarlos) y contenidos del programa del niño sano.</p>	<p>ideal (nº, edad y contenido de las visitas), ni sobre qué profesional debe de realizarlo. Concluye que se deben incluir en los programas de salud aquellas actividades que estén avaladas por la evidencia científica, siguiendo las recomendaciones de los principales grupos de expertos. También se pueden incluir actividades que puedan contribuir a la promoción y prevención de la salud aunque no tengan una evidencia científica clara.</p>	<p>y revisión sistemática. Aunque se habla el lenguaje de la evidencia no se explica el método seguido y en la exposición de los resultados mezcla estos con la discusión. CASPE 3/10</p>	
<p>Panagiotou L, Rourke LL, Rourke JT, Wakefield JG, Winfield D</p> <p>Evidence-based well-baby care. Part 2: Education and advice</p>	<p>Niños desde el nacimiento hasta los 5 años</p>	<p>Guía de trabajo para ayudar a médicos y enfermeras de AP canadienses en el examen rutinario del niño sano. Ha sido revisada en el 2006, para incluir las</p>	<p>Incorpora el nivel de evidencia sobre las distintas actividades de cribado, se va actualizando periódicamente: registro Rourke</p>	<p>Aunque tiene muchas pruebas basadas en la evidencia, se apoya mucho todavía en la opinión de expertos y no se</p>	

<p>section of the next generation of the Rourke Baby Record Can Fam Physician. 1998 Mar;44:568-72 CANADA. Universidad de McMaster GUIA REVISADA EN 2006</p>		<p>pruebas basadas en evidencias que aconseja la Canadian Task Force.</p>		<p>ha evaluado si la aplicación de esta guía tendría efectos sobre los resultados clínicamente relevantes. Hayward y Wilson 6/11</p>	
<p>Dinkevich E, Hupert J, Moyer VA, Evidence based paediatrics: Evidence based well child care British Medical Journal Clinical Review 2001- Volumen: 323 - Número:731 REVISION SISTEMATICA</p>	<p>Niños sanos, desde el nacimiento hasta los 18-21 años de edad</p>	<p>En esta revisión se estudian 3 aspectos: 1º -Si la disminución del nº de las visitas influye en los resultados, comparándose dos estudios - Americano: 297 niños (ECA) - Canadiense: 570 niños (ECA). 2º - Si es mejor la educación individual o la grupal, en estos aspectos: interacción materno infantil, desarrollo infantil y utilización de los servicios de salud.</p>	<p>1.- No hay diferencias de hallazgos clínicos importantes. Un calendario con menor número de visitas en niños menores de 2 años es suficiente para detectar anomalías físicas, psicociales o de desarrollo. 2.-: Algunos servicios de prevención pueden ser más eficaces o más coste-efectivos cuando se realizan a nivel de la comunidad, más que el nivel individual, o alguna combinación de estos puede ser más eficaz. Incluso en ausencia de</p>	<p>CASPE 9/10</p>	<p>N: II/B</p>

		<p>Dos ECAS</p> <p>3º- La evidencia científica de la prueba de Adams para el diagnóstico de escoliosis en la exploración rutinaria.</p> <p>Dos ECAS</p>	<p>alta calidad de las pruebas, las recomendaciones para las intervenciones preventivas son necesarias.</p> <p>3.-En relación a prueba de Adams no hay evidencia científica para recomendarla en el examen rutinario.</p>		
<p>Routine preventive services for children and adolescents</p> <p>Michigan Quality Improvement Consortium – Professional Association. 2007 May.</p> <p>GUIA DE PRACTICA CLINICA 2007</p>	<p>Niños y adolescentes de 2 a 18 años.</p>	<p>Recomienda las actividades a llevar a cabo en las revisiones de niños de 2 a 18 años, incorporando el nivel de evidencia y grado de recomendación en aquellas en que se han encontrado.</p>	<p>Intervenciones con evidencia A: scrinning colesterol, de visión, y las vacunas: DTaP, MMR (MMRV), Varicela. Intervenciones con evidencia B: uso del casco en las bicis, seguridad en los vehículos (asiento y cinto) pruebas de detección de clamidia y detección de Ca de útero y Vacuna de Influenza</p>	<p>Hayward y Wilson 11/11</p>	
<p>Routine preventive services for infants and children (birth-24 months).</p>	<p>Niños de 0 a 24 meses</p>	<p>Recomienda las actividades a llevar a cabo en las revisiones de niños</p>	<p>Inmunización, nutrición y amamantamiento (A); seguridad en el automóvil (B);</p>	<p>Hayward y Wilson 11/11</p>	

<p>S Southfield (MI): Michigan Quality Improvement Consortium; 2007 May. 1 p.</p> <p>GUIA DE PRACTICA CLINICA 2007</p>		<p>de 0-24 meses, incorporando nivel de evidencia y grado de recomendación, siguiendo las recomendaciones de los Servicios Preventivos para Niños y Adolescentes, Instituto para Mejora de Sistemas Clínicos, 2006 (www.icsi.org) y del Consejo asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP)</p>	<p>colocación del niño mientras duerme de RN (B); scrinning metabólico antes de 24 h en el hospital (D); pruebas de plomo en sangre a los 12 meses (B). Vacunas (A):DTaP, MMR (MMRV), varicela, Hib, Hepatitis B. Vacunas (B): influenza.</p>		
<p>Postnatal care. Routine postnatal care of women and their babies</p> <p>National Collaborating Centre for Primary Care – National Government Agency [Non U.S.]. 2006 Jul.</p>	<p>Mujeres en el posparto y recién nacidos</p>	<p>Recomendaciones para los problemas mas frecuentes de las madres en el posparto y el cuidado del RN, incorporando los niveles de evidencia y grados de recomendación realizadas por el colegio de médicos de Londres.</p>	<p>Grados de recomendación según el SIGN : A-Lactancia materna, no usar dicyclomine para el ttº del cólico, uso de fórmula hipoalergénica bajo orientación médica para el ttº del cólico, profilaxis de vit. K dosis única 1 mg vía IM, evaluar cuestiones de seguridad en visitas</p>	<p>Hayward y Wilson 11/11</p>	

<p>GUIA DE PRACTICA CLINICA Londres 2006</p>			<p>domiciliarias, consejos sobre cuidado del cordón umbilical. B- Información a los padres de muerte súbita infantil. Dormir en cuna los primeros 6 meses. Uso del chupete. C- Uso de termómetros electrónicos para medición de tt^a en el bebé enfermo. D- aspecto de bebé sano, examen completo dentro de las 72 horas del nacimiento, a las 6-8 semanas examen físico y evaluación de sonrisa y fijación visual, información de calendario de vacunas, valoración de ictericia, consejos sobre higiene y cuidados de la piel, muguet, irritación por uso de pañales, estreñimiento diarrea y cólicos, abuso infantil, evaluación si tt^a de mas de 38° C</p>		
--	--	--	---	--	--

<p>Preventive services for children and adolescents</p> <p>Institute for Clinical Systems Improvement - Private Nonprofit Organization. 1995 Jun (revised 2007 Oct).</p> <p>GUIA DE PRACTICA CLINICA REVISADA EN 2007</p>	<p>Niños y adolescentes</p>	<p>Guía de practica clínica para ayudar en la priorización de la detección de maniobras, pruebas diagnosticas y consejos de salud. Es una síntesis de las recomendaciones del Instituto de mejora de los sistemas clínicos (ICSI) revisiones bibliográficas realizadas por otros grupos, profesionales, en particular Preventivo de Equipo de Tareas de Servicios de EEUU (USPSTF) y grupos de consenso.</p>	<p>NI: inmunizaciones, scrining clamidia (A-R), y scrining visión (A-B-R) NII: scrining cáncer cervical (C-M-R), posición en el sueño (C-D-M-R), prevención traumatismos(B-C-M-R), scrining neonatal (R), prevención obesidad (A-B-D-M-R), tabaco (R) NIII: prueba de plomo en sangre, examen de mamas, consejo dental y periodental, desarrollo evaluación de pruebas de comportamiento, violencia domestica... NIV: análisis de química en sangre, maltrato infantil, cribado de anemia, pruebas de tuberculina, y análisis de orina A cada niño en función de los FR habrá que realizarle la exploración pertinente. Todas las visitas de la</p>	<p>Hayward y Wilson 11/11</p>	
---	-----------------------------	--	--	-------------------------------	--

			clínica: agudas o crónicas, son oportunidades para la prevención.		
<p>Actividades Preventivas en la Infancia y Adolescencia. Recomendaciones PAPPS. 2004. Grupo PAPPS INFANCIA DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE LA SEMFYC.</p> <p>Directorio: Fistera: Medicina Preventiva y Salud Pública: Actividades Preventivas: Recomendaciones preventivas: grupo infancia y adolescencia. GUIA DE PRACTICA CLINICA REVISADO 2009</p>	<p>Visita prenatal y niños de 0 -18 años, parentemente sanos y aquellos que presentan algún riesgo –niños con muy bajo peso al nacer, niños con riesgo social, niños con Síndrome de Down.</p>	<p>Es una guía de actividades preventivas y de promoción de la salud recomendadas para la infancia y la adolescencia realizada por el grupo de Trabajo PrevInfad de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) y a su vez del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS-semFYC).</p>	<p>Aporta aquellas recomendaciones sobre las que existe suficiente evidencia, teniendo en cuenta que cada equipo es responsable de decidir las actividades que deben realizarse en su centro y que la investigación cambia con frecuencia la evidencia encontrada para recomendar una u otra actividad. Además aporta estrategias para el asesoramiento y la información de los pacientes según la US Preventive Services Task Force</p>	<p>Para su elaboración se han considerado las guías US Preventive Services Task Force y la Canadian Task Force on Preventive Health Care. Hayward y Wilson 11/11</p>	
<p>Pericas Bosch J., Grupo PrevInfadAEPap ed.</p> <p>¿Qué actividades preventivas están</p>	<p>Niño y adolescente</p>	<p>Realiza un resumen de las evidencias disponibles atendiendo a la eficacia-efectividad</p>	<p>Aporta niveles de evidencia y grados de recomendación avalados por los principales grupos de</p>	<p>Es un texto elaborado para un curso de actualización en Pediatría. Que</p>	<p>N:IV</p>

<p>avaladas por pruebas científicas y en qué grado?</p> <p>Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004: p. 43-55.</p> <p>OPINIÓN DE EXPERTOS</p>		<p>para basar en ellas las recomendaciones que pueden realizarse en el programa del niño y adolescente</p>	<p>EEUU (La Guide to Clinical Preventive Services del U.S. Preventive Services Task Force. Las Guidelines for Health Supervision de la American Academy of Pediatrics. El Bright Futures, editado por Morris Green y patrocinado por el Maternal and Child Bureau del US Public Health Service.), Canadá (la Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, La Canadian Paediatric Society y el College of Family Physicians of Canada) de la mayor parte de las actividades incluidas en el subprograma de la infancia y la adolescencia del PAPPS.</p>	<p>aunque habla del nivel de evidencia no explica el método seguido. A pesar de ello lo encontramos interesante por estar realizado por el principal grupo de expertos en nuestro país en actividades preventivas en la infancia y adolescencia (PREVINFAD) vinculado a la Asociación Española de Pediatría en A. P. (AEPAP)</p>	
--	--	--	---	---	--

<p>Colomer Revuelta J , Grupo PrevInfadAEPap ed.</p> <p>¿Cuántos controles son necesarios en el Programa de Actividades Preventivas?</p> <p>Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004: p. 57-60.</p> <p>REVISIÓN SISTEMÁTICA</p>	<p>Población infantil (0–14)</p>	<p>Número de controles a realizar bajo las perspectivas de factibilidad, costo-efectividad, satisfacción de la población y resultados positivos en salud. Se realiza el estudio en dos etapas: 1º-Revisión sistemática con 2 ECAS 2º- Se comparan los calendarios propuestos por las principales organizaciones y grupos que a nivel mundial elaboran recomendaciones sobre supervisión de la salud infantil.</p>	<p>1º-Una secuencia menor de visitas durante los dos primeros años de vida no provoca un efecto negativo sobre la salud de los niños. 2º-El calendario que proponen es el realizado por los grupos que se apoyan en evidencias mas allá de las opiniones de expertos. Son además las que menor número de controles proponen. El número ideal de controles no se ha establecido y difícilmente llegará a establecerse dadas las dificultades éticas y técnicas para la realización de ensayos controlados con un tamaño de muestra adecuado y largos periodos de seguimiento. Cada niño en razón de sus circunstancias</p>	<p>Falta búsqueda en bases de datos importantes, con lo cual no sabemos si están incluidos todos los estudios relevantes. La calidad de los estudios no está suficientemente detallada. CASPE 6/10</p>	<p>N: II/ B</p>
--	---------------------------------------	---	---	--	-----------------

			personales, familiares o sociales requerirá una adaptación diferente y cada lugar de trabajo presenta recursos y presión asistencial diferentes		
--	--	--	---	--	--

Grafica I. Diagrama de Flujo

Resultados de la búsqueda y selección de estudios

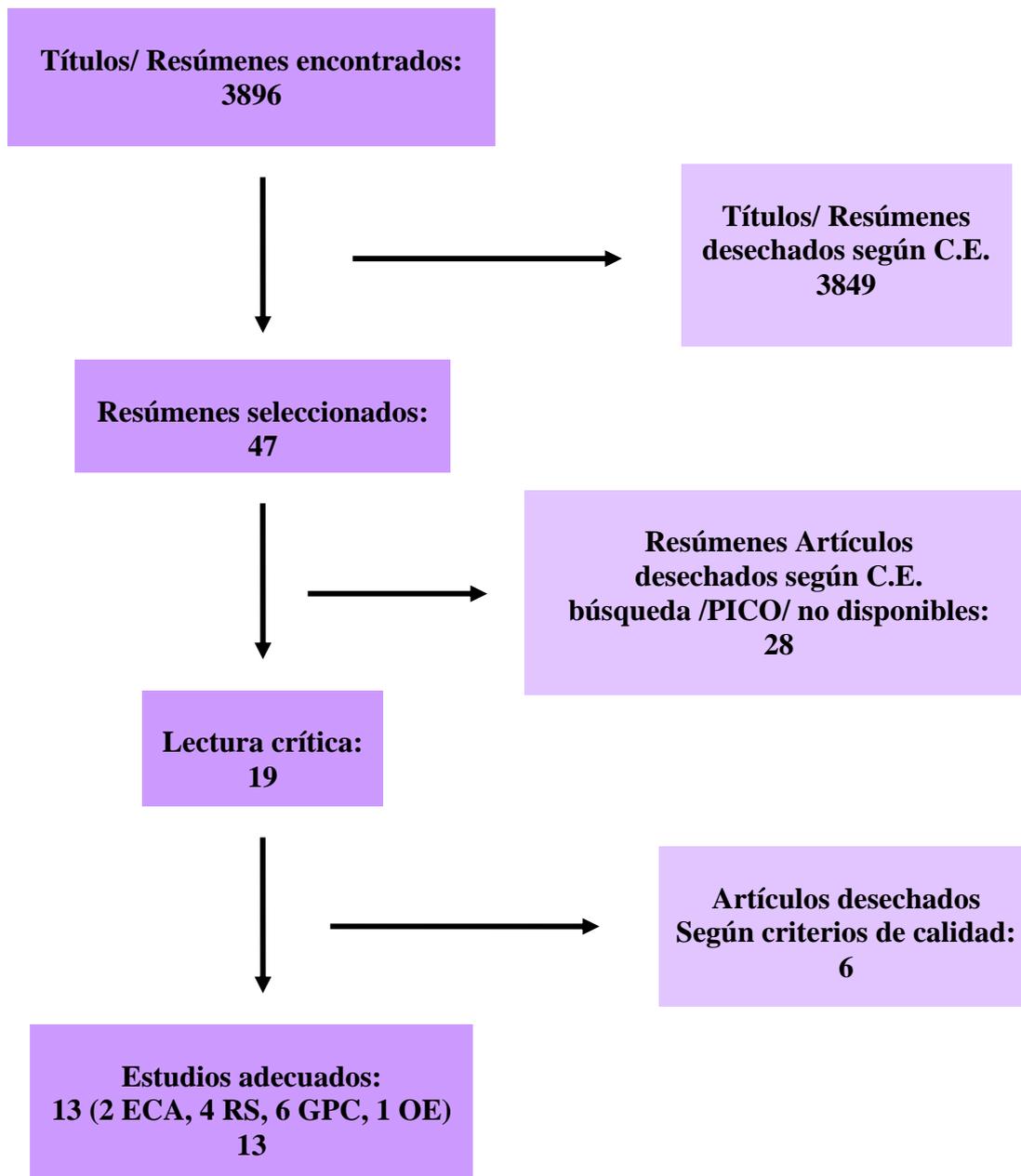


Tabla III. Calendario de revisiones Sacyl-Principales Organismos

Institución	Rango de Edades	Nº de visitas
Sacyl	0-14 años	11
Bright Futures /AAP	0-14 años	20 (32 hasta los 21 años)
Rourke Baby Record	0-5 años	8+2
Health for all Children	0-4 años	2+3 (8 visitas + por otros profesionales durante la infancia)
ICSI	0-14 años	11+1(2 controles entre los 13 y 18 años)
PrevInfad	0-14 años	11 (12 hasta los 16 años)

Tabla IV. Niveles de evidencia de las actividades Sacyl-Principales Organismos

SACYL	PAPPS	GUIDE TO CLINICAL PREVENTIVE SERVICES DEL U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF)	CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE (CTFPHC)
Cribado de displasia evolutiva de cadera hasta los doce meses en todos los controles	III/C		D II-1
Fenilcetonuria	II 2,A	A	A III
Fibrosis quística	II 2,B		D II-2
Hiperplasia suprarrenal congénita			
Hipotiroidismo	II- 2,A	A	A III
Desarrollo psicomotor hasta los dos años	III, C		
Auscultación cardiopulmonar			
Palpación de pulsos periféricos			
Expl. Caderas/ miembros inferiores: simetría, pies, marcha/actitud postural/ deambulaci3n			
Palpaci3n abdominal			
Exploraci3n genital	AL NACIMIENTO,6		B- III

	M, 12 M III, B		
Anomalías oculares y visión	B	No en escolares asintomático, C	Ambliopía antes de 5 años B-I
Enfermedad periodont.			
Audición			
Trastornos en el habla o lenguaje			
Hiperactividad			
Desarrollo puberal			
Raquis			
Fracaso escolar (presencia o ausencia)			
Detección de sobrepeso en niños y adolescentes			
Peso, talla y PC hasta 24 m	III, B		B III (hasta los 24 m)
Resto de controles	III, C		C III (> 2 años)
Una toma de t.s. entre los 11-14 años	- Entre 3-6 años 2 tomas: - > 11 años	Cribado de hta sin especificar edad	No se recomienda medición hasta los 21 años-
Actividad de prevención de S. Bucodental. Información a los padres	II- 2,C	Ins. Evidencia a favor o en contra en niños en edad preescolar	Agua fluorada A II-1 Suplemento de fluor > de 6 m B II-2 Sellado de fisuras en niños de alto riesgo A-I
Consejo alcohol entre 11-14 años	III,C	Evidencia insuf. a favor o en contra de la detección u orientación de alcohol en adolescentes.	
Consejo antitabaco: Padres 11-14 años (adolescentes)	II- I, A III,C	Evidencia insuf. Para recomendar a favor o en contra del asesoramiento de niños, niñas y adolescentes.	
Consejo sobre protección solar	III, C En todas las visitas cerca del verano.		
Consumo de drogas 11-14 años	III,C		
Estimular el ejercicio		Evidencia insuf.	

físico de forma regular	C	Para recomendar a favor o en contra el ejercicio en AP	
Introducción de leche de vaca a partir de los 12 meses de edad			
Introducción del gluten a partir de los 6 meses	B		
Lactancia materna los 6 ^{os} meses	A		A I
Maltrato infantil	III, B	Insuf. Evidencia para recomendar a favor o en contra el cribado de rutina de los padres o tutores para el maltrato físico o abandono de niños	Visita domiciliaria por enfermería a familias de riesgo hasta los 2 años. A
Prevención de accidentes	III, C	Instalación y uso regular de asientos de seguridad en los automóviles :a Consejo a padres:B	Medidas de seguridad en ventanas y escaleras (II-I B)
Prevención de embarazo, enfermedades de Transmisión sexual y métodos anticonceptivos 14 años	III,B		A II-2
Prevención del síndrome de muerte súbita	II- 2,A		

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Programa de Salud del Niño Sano. Gerencia de Atención Primaria. León, 1993 (Revisado en 2002).
- 2.- Garrido-Torrecillas F.J. Evidencias científicas en el control del niño sano. Actuaciones realmente necesarias. Diponible en: http://www.sepeap.es/Granada2006/conferenciaspdf/Talleres_evidencias_cientificas_sano.pdf. [Consultado el 25/09/2008]
- 3.- Sánchez Lastres J, Regueiro Martínez J. Estructura y desarrollo del programa del niño sano en Galicia. Disponible en: <http://www.sepeap.org/index.php?menu=594> [Consultado el 30/09/2008]
- 4.- Duarte-Clímets G, Sánchez-Gómez MB. 10 pasos para realizar una revisión sistemática. Vayamos paso a paso. En: Evidencias para unos cuidados seguros. V Reunión internacional sobre Enfermería Basada en la Evidencia. Granada, INDEX 2008. ISBN: 84-931966-8-1. P. 26
- 5.- Sackett DL, Richarson VVs, Rosemberg W, Haynes RB .Medicina basada en la evidencia: Como practicar y enseñar MBE, York: Curchill Livingston 1997
- 6.- Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe) Programa de habilidades en lectura crítica España. Disponible en: <http://www.redcaspe.org/homecasECAp.asp> [Consultado el 04/02/2009]
- 7.- Robert S.A. Hayward, Mark C. Wilson, Sean R. Tunis, Eric B. Bass, Gordon Guyatt for the Evidence Based Medicine Working Group .How to Use a Clinical Practice Guideline. Based on the Users Guides to Evidence-based Medicine and reproduced with permission from JAMA. (1995; 274(7):570-4) and (1995; 274(20):1630-2).
- 8.- JBI The Joanna Briggs Institute. Systematic Rewiews-the review process. Level of evidence. Disponible en <http://www.joannabriggsedu.au/pvs/approach.php> [Consultado el 04/02/2009]
- 9.- Colomer Revuelta J y Grupo PrevInfad. ¿Cuántos controles son necesarios en el Programa de Actividades Preventivas? En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004: p. 57-60.

- 10.- Hoekelman RA. What constitutes adequate well-baby care? Pediatrics. 1975 Mar; 55(3):313-26.
- 11.- Gilbert J R, Feldman W, Mills D A , Siegel L S, Dunnett C, Stoddart G. How many well-baby visits are necessary in the first 2 years of life? Canadian Medical Association Journal 1984. Vol 130: 857-61.
- 12.- Dinkevich E, Hupert J, Moyer VA. Evidence based well child care. *BMJ* 2001; 323: 846-49.
- 13.- Recomendaciones sobre actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia y la adolescencia. Previnfad 2009. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>. [Consultado el 02/04/2009]
- 14.- Moyer VA, Butler M. Gaps in the Evidence for Well-Child Care: A Challenge to Our Profession. *Pediatrics* 2004; 114: 1511-21.
- 15.- Panagiotou L, Rourke LL, Rourke JT, Wakefield JG, Winfield D. Universidad de McMaster. Evidence-based well-baby care. Part 2: Education and advice section of the next generation of the Rourke Baby Record. *Can Fam Physician* 1998; 44:568-72.
- 16.- Routine preventive services for children and adolescents (ages 2 - 18). Mayo 2007. Disponible en: <http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc> [Consultada el 2/10/2008].
- 17.- Routine preventive services for infants and children (birth - 24 months). Mayo 2007. Disponible en: <http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc> [Consultada el 25/10/2008]
- 18.- Postnatal care. Routine postnatal care of women and their babies. Julio 2006. Disponible en: <http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc> [Consultada el 25/10/2008]
- 19.- Preventive services for children and adolescents. Institute for Clinical Systems Improvement. Junio 1995. (Revisado Octubre 2007). Disponible en: <http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc> [Consultada el 25/10/2008]
- 20.- Pericas Bosch J y Grupo PrevInfad. ¿Qué actividades preventivas están avaladas por pruebas científicas y en qué grado? En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004: p. 43-55.
- 21.- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Guide to Clinical Preventive Services 2009.