

PROTOCOLO

DE

ATENCIÓN AL ESCOLAR

Este protocolo ha sido elaborado por la Dra. Olga Frisas Clavero (Técnico de Salud) a partir del Programa de Salud Escolar para el curso 92-93 de la Diputación General de Aragón y adaptado a las normas técnicas mínimas.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
1.-OBJETIVOS	4
2.-POBLACIÓN DIANA	6
3.-ACTIVIDADES	8
4.-SISTEMA DE REGISTRO	10
5.-CONTENIDO DE LOS EXÁMENES DE SALUD EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR	12
6.-ACTIVIDADES A REALIZAR DENTRO DEL EXAMEN DE SALUD	14
7.-BIBLIOGRAFÍA	24
 <u>A N E X O S:</u>	
Anexo I <i>Peso y altura en niños</i>	27
Anexo II <i>Peso y altura en niñas</i>	29
Anexo III <i>Sistemática de exploración bucodental</i>	31
Anexo IV <i>Percentiles de tensión arterial mm. de Hg.</i>	32

1



OBJETIVOS

1.1.-OBJETIVO GENERAL.

1.1.1.- Contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad por patologías prevalentes en niños de edad escolar.

1.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1.2.1.- Contribuir a la correcta vacunación de los niños en edad escolar.

1.2.2.- Contribuir a la detección precoz de los problemas de salud bucodental.

1.2.3.- Contribuir a la disminución de trastornos pondoestaturales en niños de edad escolar.

1.2.4.- Contribuir a la disminución de trastornos sensoriales en dicha edad.

1.2.5.- Contribuir a la detección precoz de trastornos del aparato locomotor en niños de 14 años.

1.2.6.- Contribuir a la detección precoz de hipertensión arterial en niños de edad escolar.

2



POBLACIÓN DIANA

Todos los niños de 6 a 14 años de la Zona Básica de Salud, según la población estimada del censo o de la actualización del padrón correspondiente.

3



ACTIVIDADES

3.1.-CAPTACIÓN.

En la escuela y/o a partir de los listados de equipos de reconocimiento escolar de la D.G.A.

3.2.-VISITAS.

Las consultas serán programadas y realizadas por el médico-pediatra y/o enfermera:

3.2.1.- MÉDICO-PEDIATRA (6, 11 y 14 años)

3.2.2.- A.T.S./D.U.E. (6, 11 y 14 años)

3.3.-PROCEDIMIENTOS.

Los contenidos en esta guía y para los consejos sobre alimentación, higiene, salud bucodental y prevención de accidentes los anexos correspondientes del protocolo del preescolar.

4



SISTEMA DE REGISTRO

Recordar la necesidad de registrar en la H. Clínica los resultados del interrogatorio y exploraciones practicadas, como mínimo los contenidos en las Normas Técnicas, peso, talla y percentiles correspondientes, tensión arterial al menos una vez antes de los 14 años, exploración bucodental y desarrollo psicomotor, así como los consejos sobre cepillado y consumo de azúcares refinados, consejos sobre alimentación e higiene, salud bucodental y prevención de accidentes.

La identificación de los niños adscritos al servicio se realizará a partir de los listados y registros procedentes del programa de reconocimientos escolares de la D.G.A.

5



*CONTENIDO DE LOS
EXÁMENES DE SALUD EN
NIÑOS EN EDAD ESCOLAR*

5.1.-NIÑOS DE 6 AÑOS.

- 5.1.1.- *Actualización del estado vacunal.*
- 5.1.2.- *Determinación de peso, talla y percentiles.*
- 5.1.3.- *Exploración bucodental.*
- 5.1.4.- *Valoración de la agudeza visual y estrabismo.*
- 5.1.5.- *Valoración de la audición.*
- 5.1.6.- *Valoración de Genu Valgo en niños.*

5.2.-NIÑOS DE 11 AÑOS.

- 5.2.1.- *Actualización del estado vacunal.*
- 5.2.2.- *Determinación del peso, talla y percentiles.*
- 5.2.3.- *Exploración bucodental.*
- 5.2.4.- *Valoración de la agudeza visual.*
- 5.2.5.- *Valoración de Genu Valgo en niñas.*

5.3.-NIÑOS DE 14 AÑOS.

- 5.3.1.- *Actualización del estado vacunal.*
- 5.3.2.- *Determinación del peso, talla y percentiles.*
- 5.3.3.- *Exploración bucodental.*
- 5.3.4.- *Valoración de la agudeza visual.*
- 5.3.5.- *Determinación de la tensión arterial.*
- 5.3.6.- *Valoración de columna vertebral.*

6



*ACTIVIDADES A REALIZAR
DENTRO DEL EXAMEN DE SALUD*

6.1.-ACTUALIZACIÓN DEL CALENDARIO VACUNAL.

6.1.1.- NIÑOS/AS DE 6 AÑOS:

⇒ Vacunación de Tétanos y Polio Trivalente:

a) *Correcta¹ o adecuadamente² vacunados para su edad a excepción de la dosis de 6 años:*

* *Se vacunará con la dosis de 6 años que regula la Comunidad de Aragón: **TÉTANOS + POLIO ORAL TRIVALENTE.***

b) *Calendario vacunal incompleto:*

* *Si falta 1 dosis intermedia: Se le vacuna de la dosis de 6 años (Tétanos + Polio oral trivalente) y se le considerará como adecuadamente vacunado³.*

* *Si faltan 2 o más dosis intermedias: Se remitirá a consulta de vacunación para adecuar la misma, administrándose una nueva dosis cada 2 meses hasta completar el calendario vacunal, según dosis recibidas anteriormente.*

c) *Calendario vacunal desconocido:*

* *Se procederá como si no hubiera recibido ninguna dosis y se citará a consulta de vacunación para comenzar el **CALENDARIO VACUNAL ACELERADO⁴**:*

- *1ª visita Tétanos + Polio oral trivalente*
- *1^{er} mes Triple vírica*
- *2º mes Tétanos + Polio oral trivalente*
- *4º mes Tétanos + Polio oral trivalente*
- *6º mes Tétanos + Polio oral trivalente*

⇒ Vacuna Triple Vírica:

a) *Si está correctamente o adecuadamente vacunado de la triple vírica: No hacer nada.*

b) *Si no está vacunado o sólo está vacunado del sarampión monovalente: Vacunar de triple vírica⁵.*

6.1.2.- NIÑOS/AS DE 11 AÑOS:

¹ Cuando se aporta documentación que acredita que tiene todas las dosis puestas para la edad del niño.

² Cuando se aporta un certificado o informe médico que dice estar adecuadamente vacunado pero no aporta las fechas de administración.

³ Se considera calendario vacunal correcto aquel que tiene completa la primovacunación.

⁴ La vacuna de la difteria no está disponible en su forma de adultos (d) en nuestro país, por lo que no se recomienda administrarla después de los 6 años.

⁵ Se consideran inmunizados contra el sarampión cuando hayan recibido la triple vírica, o bien la vacuna monovalente de sarampión o bien hayan padecido la enfermedad. No obstante, ninguna de las tres circunstancias suponen contraindicación para la administración de triple vírica, incluso en algunos países aconsejan a esta edad la administración de una segunda dosis.

Se realizará valoración del calendario vacunal y se procederá como en los apartados anteriores.

⇒ Con respecto a la triple vírica:

- a) *En aquellos niños que han recibido la triple vírica: No hacer nada.*
- b) *En niñas que han sido vacunadas con la dosis de triple vírica de los 15 meses: Revacunar de la rubéola.*
- c) *En aquellos niños/as no vacunados anteriormente de la triple vírica o han sido vacunados con la vacuna del sarampión monovalente: Administrar la triple vírica¹.*

6.1.3.- NIÑOS/AS DE 14 AÑOS:

⇒ Vacunación de Tétanos y Polio Trivalente:

- a) *Correcta o adecuadamente vacunados para su edad a excepción de la dosis de los 14 años:*
 - * *Se vacunará con la dosis de los 14 años como fija la Comunidad de Aragón: **TÉTANOS Y POLIO ORAL TRIVALENTE.***
- b) *Con calendario vacunal incompleto:*
 - * *Si faltan 1 o 2 dosis intermedias: Se vacunará de la dosis de los 14 años (Tétanos y Polio oral trivalente) y se le considerará adecuadamente vacunado.*
 - * *Si faltan más de 2 dosis intermedias: Se remitirá a consulta de vacunación para adecuar la misma, administrándose una nueva dosis cada 2 meses hasta completar el calendario vacunal según dosis recibidas anteriormente.*
- c) *Calendario vacunal desconocido:*
 - * *Se procederá como si no hubiera recibido ninguna dosis y se citará a consulta de vacunación para comenzar el **CALENDARIO VACUNAL ACELERADO:***
 - *1ª visita Tétanos + Polio oral trivalente*
 - *1^{er} mes Triple vírica*
 - *2º mes Tétanos + Polio oral trivalente*
 - *4º mes Tétanos + Polio oral trivalente*
 - *6º mes Tétanos + Polio oral trivalente*

⇒ Vacuna Triple Vírica:

- a) *Se procederá como en el apartado de niños/as de 11 años.*

6.2.-ESTUDIO ANTROPOMÉTRICO.

¹ *Se consideran inmunizados contra el sarampión cuando hayan recibido la triple vírica, o bien la vacuna monovalente de sarampión o bien hayan padecido la enfermedad. No obstante, ninguna de las tres circunstancias suponen contraindicación para la administración de la triple vírica, incluso en algunos países aconsejan a esta edad la administración de una segunda dosis.*

Se valorará **el peso, la talla** y se calcularán los **percentiles** correspondientes en las tablas de uso habitual en el Centro de Salud tanto a los **6** como a los **11 y 14 años**. Se adjuntan como referencia las tablas utilizadas en los reconocimientos escolares de la D.G.A. en el ANEXO I y II.

6.2.1.- PESO:

Debe colocarse al niño sobre la báscula desprovisto de ropas, o únicamente con ropa interior, y sin apoyarse en sitio alguno.

6.2.2.- TALLA:

Se realizará con el niño de pie, con los pies juntos, con los talones apoyados, rodillas estiradas y mirando al frente horizontalmente, efectuando una tracción de la cabeza hacia arriba a nivel de la nuca. La pieza horizontal del tallímetro se desliza horizontalmente hasta tocar el vertex.

6.2.3.- PERCENTILES:

Se calculará el percentil de peso y talla, y se considerará necesario el estudio en aquellos niños que presenten:

- * *Obesidad infantil: Cuando teniendo una talla normal para su edad el percentil del peso supere el 97 o bien cuando la diferencia entre el percentil de la talla y el peso supere las dos desviaciones estándar o bien cuando se observe un exceso de peso del 10% con respecto a la talla, edad y sexo.*
- * *Talla baja: Cuando el percentil de la talla sea inferior al 3. (Si existen mediciones previas se considerará también necesario el estudio si hay un descenso brusco o continuo de percentil).*

6.3.-EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA.

Se valorará:

⇒ *A los **6 años**: Agudeza visual y estrabismo.*

⇒ *A los **11 y 14 años**: Agudeza visual.*

6.3.1.- LA MEDIDA DE LA AGUDEZA VISUAL:

Se realizará mediante optotipos que permiten detectar los defectos de refracción (miopía, hipermetropía, ambliopía y astigmatismo). En estas edades la agudeza visual ha de ser de 10/10.

Para la adecuada utilización de los optotipos hay que tener en cuenta una serie de normas:

- * *Adecuada iluminación:*
 - *Si el optotipo es opaco la luz se proyectará desde la espalda del niño.*
 - *Si el optotipo es luminoso se evitarán otras fuentes de iluminación.*
- * *La distancia entre el niño y la escala debe ser de 5 metros, o adecuar las distancias si existen líneas para ello en los optotipos. En ciertos niños de 6 años tienen dificultades para concentrarse en una gráfica colocada a 5 metros de distancia, siendo en estos casos aconsejable acercarlos un poco, teniendo siempre presente que la visión cercana es siempre mejor que la visión a distancia aunque el niño presente deterioro visual.*
- * *Para la valoración de posible hipermetropía, se emplearán optotipos adecuados para ello a una distancia entre la escala y el ojo de 30-40 cms, teniendo siempre en cuenta que por debajo de las 6 dioptrías puede compensarse mediante un esfuerzo de acomodación ocular. En caso de duda de hipermetropía es preciso una adecuada valoración por el oftalmólogo, para anular la posible acomodación con ciclopléjicos.*
- * *La valoración del astigmatismo se realizará en cada ojo por separado, mostrando al niño un optotipo de radios y preguntándole si nota que esos radios se amontonan o no en alguna zona de la rueda.*
- * *La escala se colocará en el mismo plano horizontal del niño.*
- * *Se explorará primero la visión del ojo derecho (tapando el izquierdo) y seguidamente la del ojo izquierdo (tapando el derecho) y la visión binocular.*
- * *Debe asegurarse que el ojo no examinado esté bien cubierto (los niños de seis años con frecuencia espían detrás del elemento de oclusión para ver mejor y complacer al examinador), pero sin llegar a comprimir en ningún momento el globo ocular.*
- * *Utilizar optotipos adecuados para la edad y comenzar por la línea superior, haciendo leer dos imágenes únicamente por cada línea.*
- * *En caso de fallar en una línea se considerará la agudeza visual de la última línea leída sin equivocación.*
- * *Para los niños de 6 años es útil la escala de hileras de la letra "E" o los ganchos de Snellen "C" de distinto tamaño y orientación. Se pide al niño que indique la dirección de la letra seleccionada señalando con sus dedos o sus manos hacia arriba, abajo, derecha o izquierda. Uno de los problemas es que los niños con frecuencia confunden la derecha con la izquierda, pero debe ignorarse si el niño logra distinguir las E o C horizontales de las verticales, hacia arriba o hacia abajo.*

En niños que reconocen las letras es útil la escala de letras de Snellen.

EN CASO DE LENTES CORRECTORAS, LA EXPLORACIÓN SE HARÁ CON ELLAS.

6.3.2.- DETECCIÓN DE ESTRABISMO:

Existen dos técnicas relativamente sencillas y fiables para comprobar la alineación de los ojos: La prueba de los reflejos corneales luminosos y la prueba de la oclusión.

⇒ **Prueba de los reflejos corneales luminosos o prueba de HIRSCHBERG:**

Consiste en observar la posición de los reflejos corneales cuando se dirige una pequeña luz proveniente de una linterna de bolsillo hacia la cara del paciente (en zona interiliar) a una distancia aproximada de 30 cms.

- * *Cuando los ojos están bien alineados, los reflejos de luz corneal se localizan simétricamente en las pupilas.*
- * *Existe desviación cuando el reflejo luminoso está bien centrado en un ojo mientras que en el otro cae nasal o temporalmente, superior o inferiormente.*

⇒ **La prueba de oclusión o COVER-TEST:**

Es la prueba diagnóstica de estrabismo, consiste en tapar un ojo con un pulgar o un elemento de oclusión, mientras el niño fija la vista en un punto determinado.

- * *Si no hay movimiento de ninguno de los ojos a medida que el ocluidor se coloca y se retira de uno a otro ojo, la posición ocular es normal.*
- * *Si el ojo descubierto presenta desviación, debe realizar un movimiento de refijación para mantener la vista fija sobre el objeto en cuestión. Un movimiento de refijación del ojo descubierto al tapar el ojo opuesto indica la presencia de un estrabismo.*
 - *Un movimiento de refijación en ambos ojos indica fijación alternada.*
 - *Si siempre se desvía uno de los ojos indica una fijación preferencial. En el caso de un estrabismo convergente (esotropía), el ojo desviado efectuará un movimiento hacia fuera para realizar la fijación cuando se cubre el ojo que fija; si se trata de un estrabismo divergente (exotropía) el ojo desviado realizará un movimiento hacia adentro.*
 - *En el caso de un estrabismo latente el ojo ocluido tiende a desviarse a causa de la interrupción temporal de la visión binocular; el movimiento de reajuste o de refijación aparecerá en el momento de destaparlo.*

6.3.3.- REMISIÓN AL OFTALMÓLOGO:

⇒ *Agudeza visual menor de 1.*

⇒ *Ante cualquier diferencia de agudeza visual entre los dos ojos.*

⇒ *Presencia de estrabismo.*

6.4.-EXPLORACIÓN DE LA AUDICIÓN.

Se realizará en niños de 6 años una audiometría tonal a las frecuencias de 500, 1000, 2000 y 4000, y a una intensidad de 25 decibelios, en ambos oídos.

Si el niño/a no oye a una de estas frecuencias en un oído, se realizará otoscopia para descartar tapón de cerumen. Si la otoscopia es normal se repetirá la prueba a la semana y si persiste la pérdida de audición se remitirá para estudio al especialista.

6.5.-EXPLORACIÓN DEL APARATO LOCOMOTOR.

Se realizará exploración de:

- ⇒ **Rodillas** en niños a los **6 años** y en niñas a los **11 años**.
- ⇒ **Columna vertebral** en niños y niñas de **14 años**.

6.5.1.- EXPLORACIÓN DE RODILLAS:

Se valorará la desviación de rodillas hacia adentro -GENU VALGO-. Esta desviación es una fase evolutiva normal desde los tres hasta los 7 años en los niños y hasta los 10 años en las niñas.

Se explora con el niño en bipedestación, poniendo en contacto las partes blandas de la cara interna de las rodillas. Si la distancia que separa a los maléolos internos tibiales es igual o mayor de 10 centímetros se considera patológico y deberá ser controlado por el ortopeda.

En los niños de 6 años que presenten esta desviación se citará para nueva evaluación al año y si persiste remitir al ortopeda. En las niñas de 11 años si se observa a esta edad es preciso remitir directamente al ortopeda.

La desviación de rodillas hacia afuera -GENU VARO- tiene una fase evolutiva hasta los tres años, su presencia en estas edades es indicación de remisión al ortopeda.

6.5.2.- EXPLORACIÓN DE COLUMNA VERTEBRAL:

*Se debe realizar a la edad de **14 años** con el niño desnudo, excepto braga o slip, y descalzo en bipedestación.*

⇒ **ESCOLIOSIS:**

Se debe de valorar de espaldas al explorador en dos posiciones:

- * *Erecta con los brazos caídos:* *Se observará la simetría de los hombros, altura de las escápulas y ángulo escapular inferior, pliegues de cintura, altura de las crestas ilíacas y línea de las espinosas.*

En el paciente sin deformidad los relieves enunciados son simétricos y a la misma altura, la línea de espinosas es vertical y termina en el pliegue interglúteo.

En las deformidades hay asimetría y diferencias de altura. la línea de espinosas sufre desviaciones derechas o izquierdas.

* *Flexión anterior del tronco en 90° con los brazos extendidos hacia abajo y las manos juntas, estando el examinador detrás del paciente. Con este método se valoran las deformidades más discretas.*

Si existe asimetría de las prominencias costales o lumbares (más frecuentemente derecha), hay deformidad. En la actitud escoliótica desaparecen las asimetrías.

⇒ **CIFOSIS:**

Se ha de reconocer al niño en VISIÓN LATERAL CON LOS BRAZOS HACIA DELANTE A 90° DE ANTEPULSIÓN.

Se traza una línea imaginaria que va desde la mastoide a trocanter mayor y tobillos.

Estamos ante una cifosis patológica donde existe un gran saliente a nivel dorsal, o cuando el dorso es completamente redondeado.

6.6.-EXPLORACIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL.

*Se valorará a la edad de **14 años**.*

Se deben extremar los cuidados de la mecánica de la toma de tensión arterial en los niños, y así: El esfingomanómetro debe estar en condiciones óptimas, a ser posible con manómetro de mercurio estandarizado, debiendo de cubrir la goma hinchable los 2/3 de la circunferencia del brazo¹, dejando libre la fosa antecubital y sin que el borde del manguito toque el estetoscopio.

Se dejará al niño en reposo, en una situación confortable, durante 5 o 10 minutos. Es preferible tomar la tensión en el brazo derecho, ya que todos los estándares están realizados con medidas recogidas en este brazo, manteniendo el mismo desnudo de ropa y apoyado sobre una superficie estable y a la altura del corazón.

El primer ruido de korotoff se corresponde con la tensión sistólica, y la desaparición del quinto ruido con la diastólica. Si la desaparición de este quinto ruido se produce en valores próximos a cero se empleará el cuarto ruido, que es cuando cambia el tono y se hace más débil y atenuado.

La velocidad de desinflado aproximada será de 2 mm/Hg por segundo.

Cuando la medida está alrededor del percentil 95 en la primera determinación, deberá ser repetida en otras dos visitas realizadas con una semana de intervalo entre una y otra, en las que se ha de procurar que el niño tenga el mínimo de ansiedad posible y se encuentre suficientemente relajado. A excepción de los casos de hipertensión severa la identificación de presiones arteriales elevadas en un niño requiere múltiples medidas de tensión arterial en otras tantas visitas y valorar la media de todas ellas, ya que ésta media siempre tiende a ser más baja que el valor aislado de la determinación inicial.

¹ A la edad de 14 años se pueden utilizar el estándar de adulto que tiene una goma hinchable de 12 cms.

La tensión arterial depende de la edad y del sexo, además de otros factores. Como valores de referencia se utilizarán las tablas realizadas por el grupo del Hospital del Niño Jesús de Madrid que se adjuntan en el ANEXO III.

La definición de Hipertensión Arterial debe establecerse valorando tanto las cifras de tensión arterial sistólica como las de diastólica. Podemos definir como hipertensos a aquellos niños que tengan unas cifras de TA por encima del percentil 95, siendo clasificada como:

6.6.1.- H.T.A. LIMITE:

Cuando la TA sistólica o diastólica está comprendida entre el percentil 95 y 10 mm de Hg por encima de este nivel.

6.6.2.- H.T.A. CONFIRMADA:

Definida cuando la TA sistólica o diastólica se encuentre entre 10 y 30 mm de Hg por encima del percentil 95.

6.6.3.- H.T.A. AMENAZANTE:

Cuando la TA sistólica o diastólica excede 30 mm de Hg al percentil 95.

6.7.-EXPLORACIÓN ODONTOLÓGICA.

*Se realizará a los **6, 11 y 14 años** y comprenderá:*

6.7.1.- EXPLORACIÓN DENTAL:

Se realizará con el paciente sentado iluminado por una luz de flexo de pie, con una bombilla de luz de 100W.

Se comenzará de una forma sistemática recorriendo los cuadrantes, observando diente por diente y en todas sus caras.

Se empezará por el cuadrante superior derecho seguido sucesivamente por el cuadrante superior izquierdo, inferior derecho e inferior izquierdo, comenzando siempre por los incisivos centrales y terminando por los molares, tal como se indica en el ANEXO IV.

Se valorará:

- ⇒ Las lesiones cavitadas y/o obturadas.*
- ⇒ Las lesiones en hoyos y fisuras de los molares.*
- ⇒ Las lesiones de superficie lisa.*

Se anotarán las posibles alteraciones en cada pieza indicando aquellas que estén careadas y/o obturadas, especificando si es a nivel de fisuras, caras lisas o en ambas.

6.7.2.- EXPLORACIÓN DE MUCOSAS:

La finalidad de dicha exploración es la detección de signos de gingivitis (enciá enrojecida, hinchadas y que sangra espontáneamente o al tocarla), como lesión inicial de periodontopatías.

Se seguirá la misma sistemática de exploración que en la dental.

6.7.3.- EXPLORACIÓN DE MALOCLUSIONES:

Se realiza con el fin de detectar todas aquellas alteraciones de la oclusión (engranaje de las piezas dentarias).

Ha de hacerse siempre con los dientes en oclusión, diciendo al niño que "muerda".

⇒ *Mordidas cruzadas laterales: Los dientes superiores quedan por dentro de los inferiores, referidos a molares y premolares.*

⇒ *Mordida abierta: Los dientes anteriores (incisivos fundamentalmente), no cierran.*

⇒ *Mordida cubierta: Los dientes anteriores superiores (incisivos fundamentalmente) cubren a los inferiores.*

Se remitirá al odontólogo en caso de presencia de caries, maloclusión o gingivitis.

6.7.4.- PRESCRIPCIÓN DE FLÚOR:

Se prescribirá flúor por vía general en función del contenido de flúor en las aguas.

La administración se realizará en una sola toma por ingestión de gotas o comprimidos. En caso de hacerse por comprimidos, se masticará previamente y se harán bucles con ellos durante un minuto y posteriormente serán tragados.

Previo a la toma, que será recomendable se efectúe por la noche, se realizará un correcto cepillado de los dientes. A continuación no se realizará ningún tipo de ingestión en los 30 minutos siguientes a la toma y si se realizara no deberán ser productos lácteos (disminuyen la absorción de fluoruros).

La dosis recomendada en función del contenido de flúor en agua:

⇒ *Concentración de flúor en agua < 0,3 ppm: 1 mg/día.*

⇒ *Concentración de flúor en agua entre 0,3 y 0,7 ppm: 0,5 mg/día.*

6.7.5.- APLICACIÓN DE SELLADORES:

Los selladores son el auxiliar individual más eficaz para evitar las caries en fosetas y fisuras. Están indicados a partir de los 6 años cuando erupcionan los molares permanentes, siendo necesario que el molar de los seis años esté totalmente erupcionado y sin caries tanto en ese molar como en las piezas adyacentes. Si se cumplen estas condiciones se remitirá a consulta de estomatología para su aplicación.

7



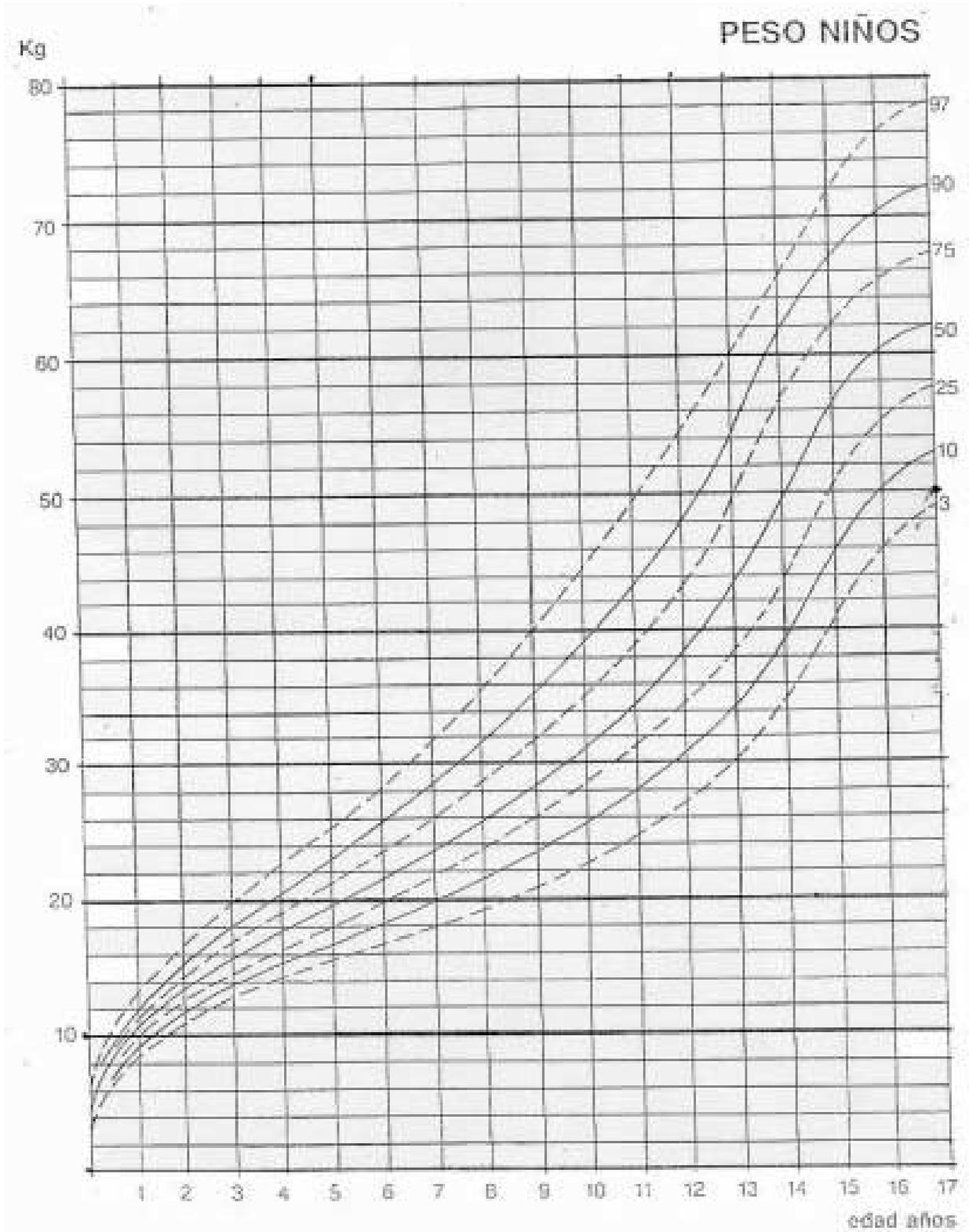
BIBLIOGRAFÍA

1. *Guía para la elaboración del programa del preescolar y adolescente en Atención Primaria de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 8ª Ed. Madrid 1990.*
2. *Programa de Salud Escolar para el curso 1992-1993. Diputación General de Aragón. 1992.*
3. *Lauri E. Markowitz y Walter A. Orestein. Vacunas contra el sarampión. Pediatr Clin N Am (ed. español). 1990; 3: 645-668.*
4. *Saroj S. Bakshi y Louis Z. Cooper. Vacunas contra rubéola y parotiditis. Pediatr Clin N Am (ed español). 1990; 3: 693-710.*
5. *Magrann I. Ambliopía: Etiología, detección y tratamiento. Ped Rev 1992; 13(1-2). 27-34.*
6. *Richard E. Behrman y Victor C. Vaughan. Oftalmología Pediátrica. En: Nelson Tratado de Pediatría. 13ª ed. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana de España. 1989.*
7. *Bonafonte S, Munos A. y Martínez O.M. Esquemas clínico - visuales en oftalmología. 2ª ed Doyma. Barcelona. 1992.*
8. *Soler M.B, Gil A. y Rey J. Estudio epidemiológico de la tensión arterial en una población escolar. Atención Primaria. 1992; 9 (4): 212-214.*
9. *Castillo J.A, Heras M. y Loris C. Hipertensión arterial en la infancia y la adolescencia. Bol Soc Pediat Arag Rioj Sor, 1991 (21): 119-131.*
10. *Martell Claros N. Hipertensión arterial en el niño. Hipertensión. 1990; 7 (4). 161-171.*
11. *Programa de salud bucodental. Diputación General de Aragón e Insalud. 1989.*

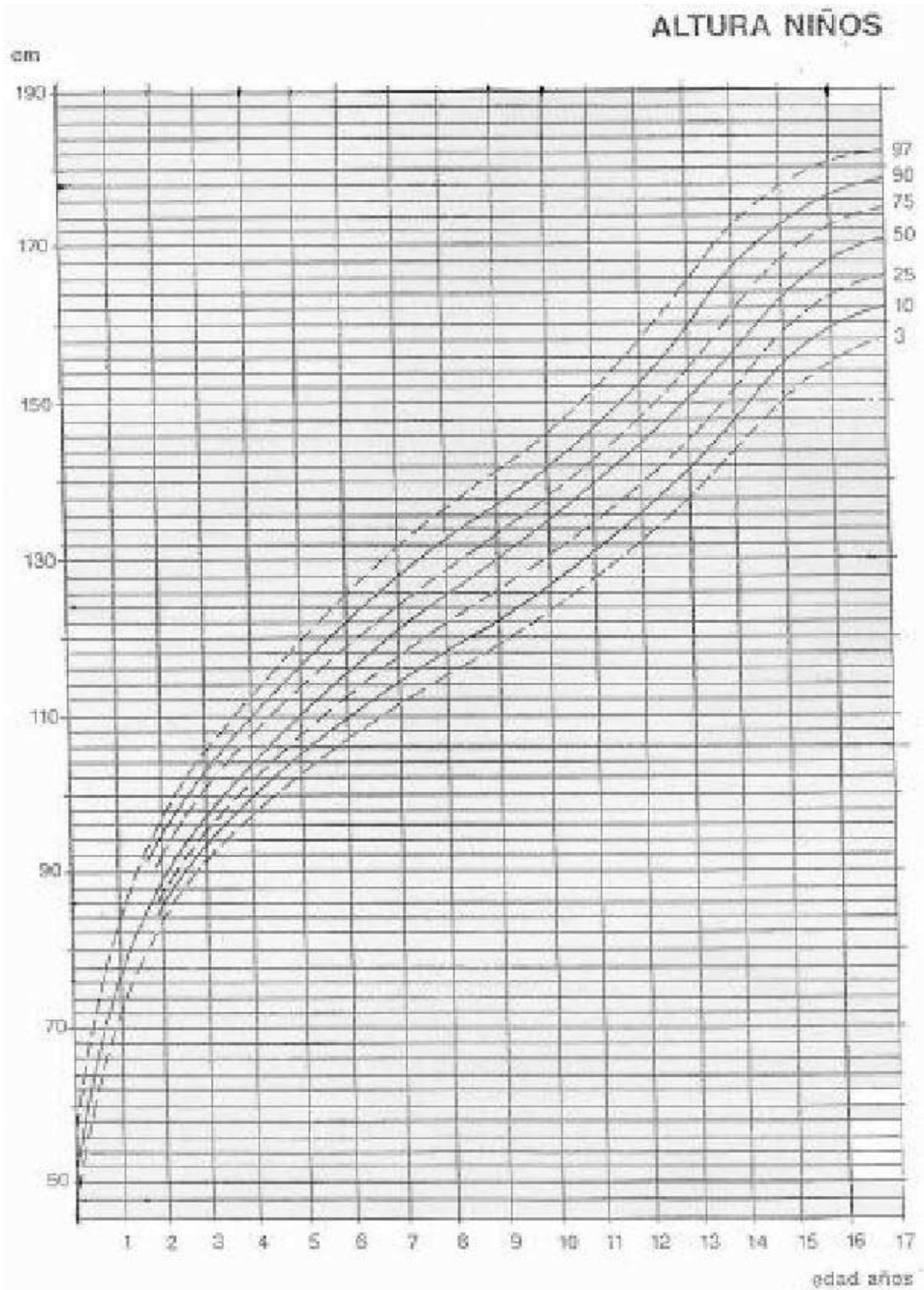
A N E X O S

ANEXO I

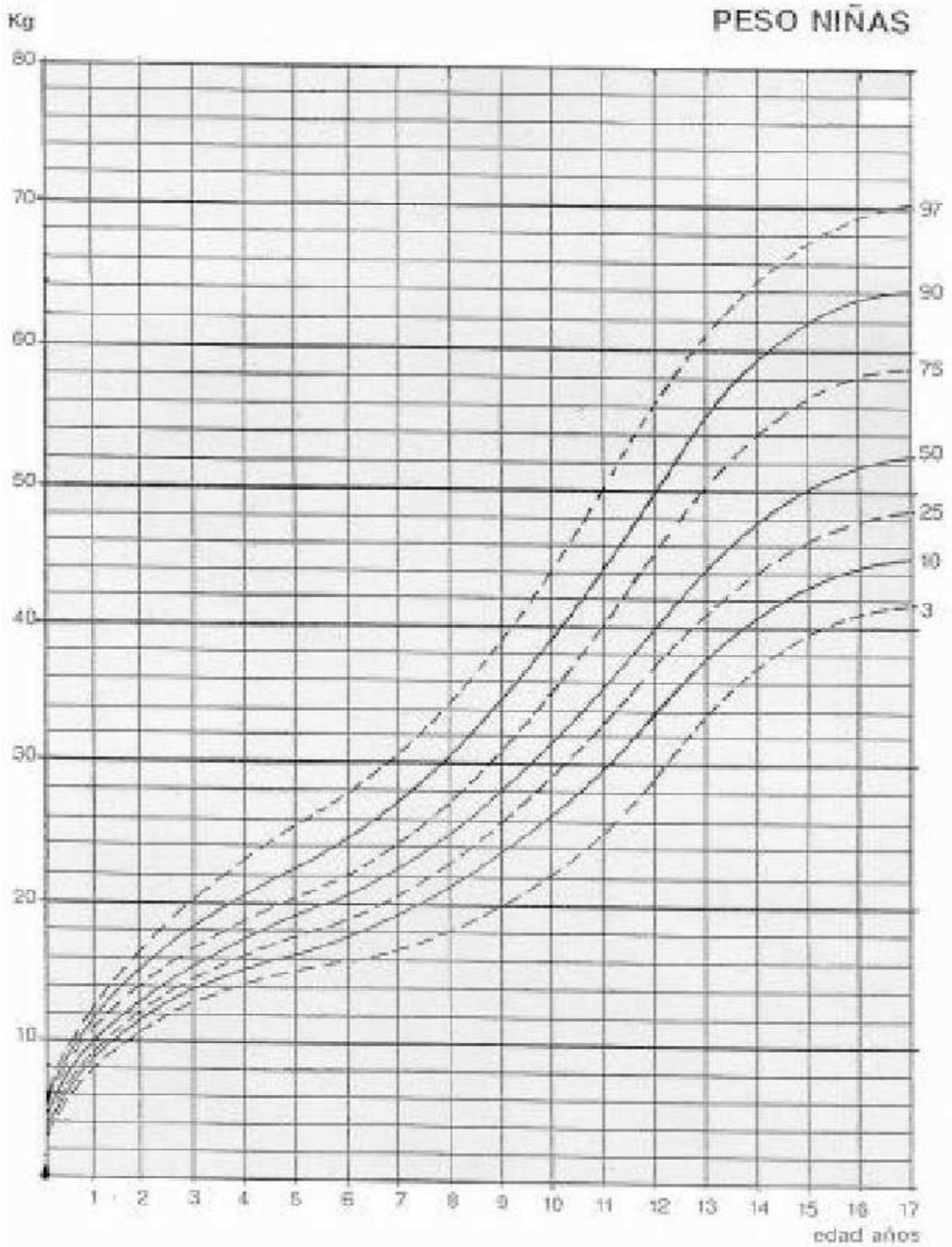
PESO Y ALTURA EN NIÑOS

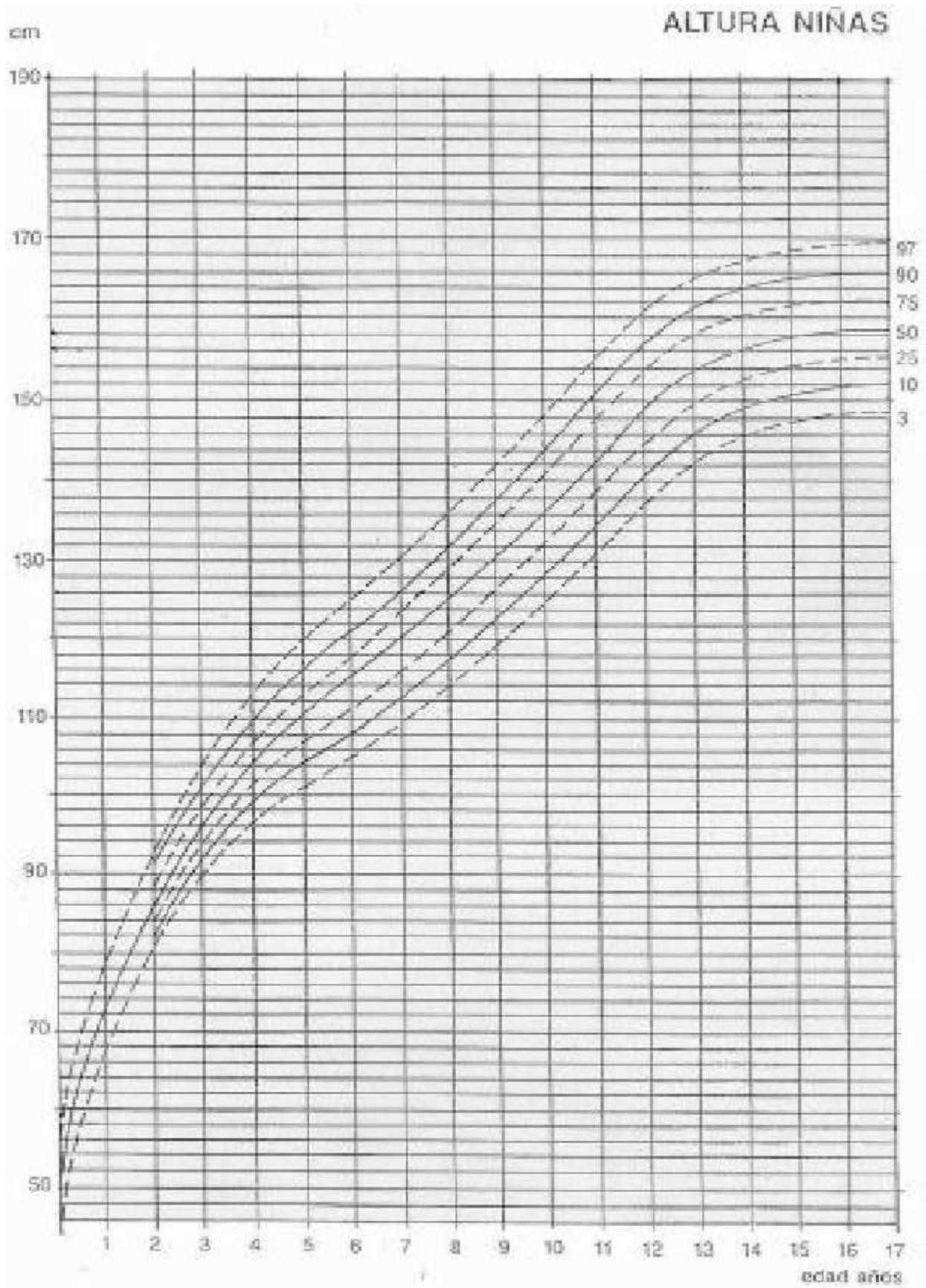


DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA. FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA



ANEXO II
PESO Y ALTURA EN NIÑAS





ANEXO III

SISTEMÁTICA DE EXPLORACIÓN BUCODENTAL

La dentición definitiva consta de 32 dientes, mientras que la dentición temporal consta de 20 dientes.

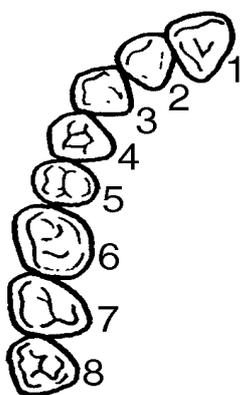
Para confeccionar el número de dientes se transcribe a un número de 2 cifras; cuya primera cifra nos indica el cuadrante y la segunda el diente en cuestión. Así, 54, 5 nos indica “cuadrante superior derecho” y el 4 nos indica “primer molar”.

Figura 1

ADULTO (diente definitivo)		NIÑO (diente temporal)	
1	2	5	6
cuadrante superior derecho	cuadrante superior izquierdo	cuadrante superior derecho	cuadrante superior izquierdo
4	3	8	7
cuadrante inferior derecho	cuadrante inferior izquierdo	cuadrante inferior derecho	cuadrante inferior izquierdo

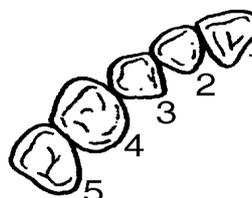
Por cuadrante

Adulto



1. Incisivo central
2. Incisivo lateral
3. Canino
4. Primer premolar
5. Segundo premolar
6. Primer molar
7. Segundo molar
8. Tercer molar (o juicio)

Niño

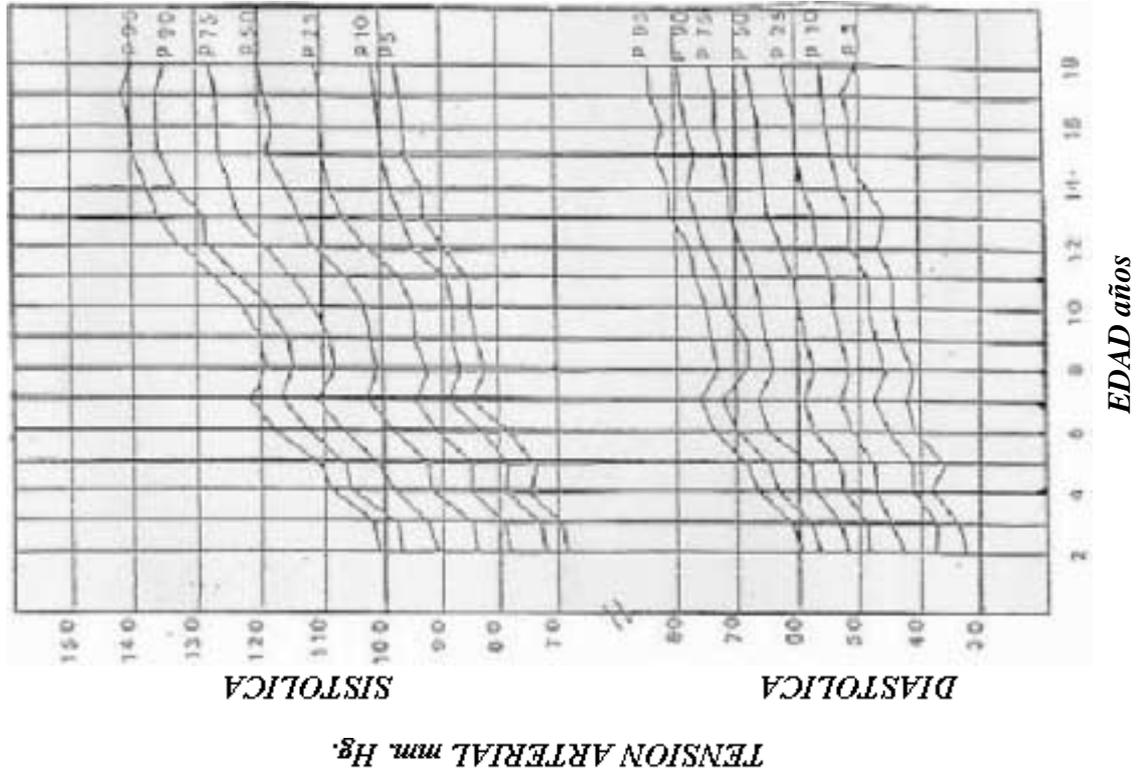


1. Incisivo central
2. Incisivo lateral
3. Canino
4. Primer molar
5. Segundo molar

ANEXO IV

PERCENTILES DE TENSIÓN ARTERIAL MM. DE HG.

Percentiles de tensión arterial en NIÑAS de 2 a 18 años



Percentiles de tensión arterial en NIÑOS de 2 a 18 años

