



ARTÍCULO ESPECIAL

¿Sirven realmente las revisiones de salud infantil? Retos para una práctica clínica basada en la evidencia. Optimización del programa de salud infantil



Olga Cortés Rico^{a,*}, Julia Colomer Revuelta^b, María Jesús Esparza Olcina^c,
Ana Gallego Iborra^d, Ana Garach Gomez^e, Juan Hidalgo Sanz^f, Leyre Martí Martí^g
y Grupo PrevInfad

^a Centro de Salud Canillejas, Madrid, España

^b Departamento Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina de Valencia, Valencia, España

^c AEPap, Madrid, España

^d Unidad de Seguimiento y Neurodesarrollo, Málaga, España

^e Centro de Salud Zaidín Sur, Granada, España

^f Centro de Salud Torre Ramona, Zaragoza, España

^g Consultorio de La Canyada, La Canyada, Paterna, Valencia, España

Recibido el 24 de febrero de 2026; aceptado el 17 de marzo de 2026

Disponible en Internet el 6 de abril de 2026

PALABRAS CLAVE

Pediatría preventiva;
Niño sano;
Cribado del
desarrollo;
Atención primaria

Resumen El objetivo del programa de salud infantil es realizar recomendaciones sobre actividades preventivas a realizar en la población infantil y adolescente españolas, basadas en la evidencia, morbilidad en nuestro país y recursos disponibles de nuestro sistema sanitario. Su fin es mejorar la salud integral de la población infantil en todas sus etapas a lo largo de todo su desarrollo. Las revisiones de salud rutinarias en niños sanos, mejoran la detección temprana de riesgos físicos y psicosociales, y promueven una mejor salud y bienestar en la infancia y en la adolescencia. Su impacto sobre la reducción de enfermedad grave y morbimortalidad es limitado y depende de la calidad y personalización de la atención.

© 2026 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cortesrolga@gmail.com (O. Cortés Rico).

KEYWORDS

Preventive pediatric care;
Well-child screening;
Developmental screening;
Primary care

Are well-child checkups really effective? Challenges for evidence-based clinical practice. Optimizing the child health program

Abstract The aim of the Child Health Program is to issue recommendations on preventive activities to be carried out in the Spanish pediatric and adolescent population, based on the best available evidence and morbidity trends and the resources of the health care system in Spain. Its overarching goal is to improve the overall health of children across all stages of development.

Routine health checkup visits in healthy children improve the early detection of physical and psychosocial health risks and promote better health and well-being throughout childhood and adolescence. Their impact on reducing severe disease, morbidity, and mortality is limited and depends on care quality and individualization.

© 2026 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

¿Qué es el programa de salud infantil y cómo se inició en España?

En 1990, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), creó el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), en el que participó un grupo de pediatras, el grupo PrevInfad (Prevención en la Infancia y Adolescencia), para desarrollar dentro del sistema sanitario de atención primaria, diferentes actividades preventivas y de promoción de la salud, basados en el modelo de la U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) y de la Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC).

En el año 2000, se creó la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), siendo PrevInfad uno de sus grupos promotores, dedicado a la elaboración de recomendaciones basadas en la evidencia sobre actividades preventivas.

Posteriormente las diferentes comunidades autónomas, han ido incluyendo el programa de salud infantil (PSI) en sus respectivas carteras de servicio, adaptado a los planes de salud de cada comunidad (tabla 1).

El PSI persigue como prioridad la orientación del sistema sanitario a promover la salud infantil, detectar precozmente posibles problemas, y potenciar la autonomía del niño y de las familias en el cuidado y la responsabilidad de su propia salud, impulsando la atención centrada en la prevención y no en la enfermedad.

Está estructurado en una serie de visitas periódicas programadas desde el nacimiento hasta los 14 años, que incluyen: supervisión del desarrollo físico y psicomotor, consejos de promoción de la salud, inmunizaciones, actividades de cribado y detección precoz de enfermedades, profilaxis y asesoramiento familiar.

¿Cuál es la evidencia actual sobre la efectividad del programa de salud infantil? ¿Su realización mejora la salud infantil?

Las revisiones del PSI constituyen un pilar de la atención primaria pediátrica. Sin embargo, es importante evaluar si

la evidencia actual demuestra su impacto sobre resultados clínicos o satisfacción familiar y si avala su mantenimiento.

Las revisiones de salud rutinarias en niños sanos, comparándolo con la ausencia de revisiones o la atención habitual sin revisiones estructuradas, pueden mejorar la detección temprana de riesgos físicos y psicosociales, apoyar la atención preventiva y promover una mejor salud y bienestar en la adolescencia, aunque el impacto sobre la reducción de enfermedad grave y morbimortalidad es limitado y depende de la calidad y personalización de la atención¹⁻³. Las revisiones estructuradas aumentan las tasas de cribado, inmunización y derivaciones por problemas psicosociales, especialmente en las poblaciones socialmente desfavorecidas, pero la evidencia de una reducción directa en morbilidad o mortalidad es escasa; la mayoría de los beneficios se observan en el reconocimiento y manejo de factores de riesgo^{4,5}. Persisten brechas de evidencia respecto a los resultados clínicos a largo plazo y la reducción directa de mortalidad, por lo que se requieren estudios de alta calidad con desenlaces clínicos para clarificar el impacto total de las revisiones rutinarias^{4,6}.

Los programas de cribado específicos con actividades particulares dentro de las visitas, tienen efectos variables según la intervención y frecuencia del cribado^{4,7-10}. Así, intervenciones como las inmunizaciones, salud dental, promoción de hábitos saludables, cribado de visión y de hipoacusia, cribado metabólico neonatal, de anemia o de trastornos del desarrollo, incluidas en las consultas preventivas, sí muestran beneficios individuales (como tasas de vacunación y disminución de incidencia y morbilidad de enfermedades infecciosas, medidas de prevención de lesiones, detección precoz e intervención temprana en trastornos del desarrollo o en hipoacusia), aunque el efecto de la visita periódica en sí no puede aislarse claramente.

Existe una desigualdad social en el uso de los servicios sanitarios y el acceso a las actividades preventivas en los grupos sociales menos favorecidos y menor nivel socioeconómico, siendo los niños más vulnerables los que reciben menos prevención y consejos de salud¹¹.

La satisfacción familiar con la atención infantil es generalmente alta, especialmente cuando las visitas son más largas y se satisfacen sus dudas particulares; las visitas preventivas estructuradas pueden mejorar la per-

Tabla 1 Programas de salud infantil en las comunidades autónomas (España)

Comunidad autónoma	Denominación del programa	Sitio web
Andalucía	Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIAA)	https://si.easp.es/psiaa/
Principado de Asturias	Programas de Detección y Prevención	https://www.astursalud.es/categorias/-/categorias/profesionales/01000practica-clinica/03000programas-de-deteccion-y-prevencion
Islas Baleares	Programa de Salud Infantil de las Islas Baleares	https://www.caib.es/sites/salutinfantil/es/portada_salut_infantil/
Cantabria	Programa de Salud de la Infancia y Adolescencia de Cantabria (PSIAC)	https://saludcantabria.es/programa-de-salud-de-la-infancia-y-adolescencia-de-cantabria-psi-ac
Castilla-La Mancha	Programa de Salud Infantil	https://www.chospab.es/cursos_on_line/sescam/proceso_materno_infantil/archivos/infantil/TRABAJO_GRUPO_Salud_Infantil.pdf
Cataluña	Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica	https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio/infancia-adolescencia/infancia/infancia-salut/
País Vasco (Euskadi)	Programa de Salud Infantil de Euskadi	https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/vida_saludable_publicaciones/es_def/adjuntos/prog_salud_infantil_es.pdf
Galicia	Guía de Salud Infantil – Actividades preventivas y de promoción de la salud en Pediatría de Atención Primaria	https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Guia-de-saude-infantil-actividades-preventivas-e-de-promocion-da-saude-en-pediatria-de-atencion-primaria?idioma=es
Extremadura	Programa de Salud Infantil y del Adolescente de Extremadura	https://spapex.es/legislacion-y-documentacion-de-interes/programa-de-salud-infantil-y-del-adolescente-de-extremadura
Comunidad Valenciana	Supervisión de la Salud Infantil	https://www.san.gva.es/ca/web/salut-publica/salud-publica/supervision-de-la-salud-infantil
Región de Murcia	Programa de Atención al Niño y Adolescente (PANA)	https://www.murciasalud.es/programa-pana
Comunidad de Madrid	Programa de Salud Infantil «Creciendo Juntos Saludables»	https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/creciendo-juntos-saludables

cepción de utilidad y la adquisición de información en comparación con la atención habitual sin revisiones estructuradas^{12,13}.

Nuevas estrategias como el uso de la telemedicina pueden ser una herramienta útil dentro de las actividades preventivas, con una buena aceptación familiar, que podría complementar, sin reemplazar en el momento actual, las visitas presenciales^{1,14}.

El beneficio principal de las revisiones de salud rutinarias radica en la detección y el manejo oportuno de los factores de riesgo y en la satisfacción de las familias.

¿Es coste / efectivo el programa de salud infantil?

Respecto al coste / efectividad de las revisiones rutinarias en comparación con la atención habitual sin revisiones estructuradas, la evidencia es limitada y heterogénea.

Los análisis económicos disponibles suelen centrarse en intervenciones específicas (salud mental, actividad física, alimentación saludable, cribado auditivo / visual), con resul-

tados variables y frecuentemente insuficientes para orientar decisiones de política a gran escala¹⁵.

En términos de implicaciones para políticas de salud pediátrica, sería recomendable individualizar y segmentar la atención preventiva según las necesidades y el contexto social de la población, para maximizar la eficiencia y la equidad¹. Esto implica adaptar la frecuencia, el contenido y el personal involucrado en las revisiones, priorizando recursos para los grupos de mayor riesgo o vulnerabilidad social.

Las principales limitaciones de la evidencia actual incluyen la escasez de estudios de alta calidad con desenlaces clínicos y económicos relevantes, falta de seguimiento a largo plazo y la limitada generalización fuera de Europa y Australia^{4,15}. Además, la mayoría de los análisis económicos no consideran los costes indirectos ni el impacto en la equidad en salud.

Por lo tanto, no existe evidencia robusta que demuestre que las revisiones de salud rutinarias pediátricas sean coste / efectivas en términos de reducción de morbilidad, mortalidad o costes a largo plazo en comparación con la atención habitual sin revisiones estructuradas. Se requieren estudios adicionales que evalúen desenlaces clínicos y económicos

Tabla 2 Principales organizaciones que elaboran recomendaciones sobre actividades preventivas en la infancia

Organización	Población objetivo	Metodología basada en la evidencia	Dirección web
Bright Futures / American Academy of Pediatrics	0-21 años	Revisión periódica de la evidencia científica y consenso de expertos; calendario estructurado de supervisión de la salud	https://www.aap.org/periodicityschedule
USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force)	Población general (incluye niños y adolescentes según tema)	Revisiones sistemáticas de la evidencia; recomendaciones graduadas según balance beneficio / riesgo	https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics
Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)	Población general (incluye infancia según tema)	Revisión sistemática de la evidencia científica y consenso de expertos	https://canadiantaskforce.ca/guidelines
Rourke Baby Record	Lactantes y niños de 0-5 años	Guía de supervisión preventiva por edades basada en evidencia científica	https://www.rourkebabyrecord.ca/evidence
Greig Health Record	Niños y adolescentes de 6-17 años	Evidencia integrada en formato <i>checklist</i> ; clasificación de fuerza de la evidencia	https://cps.ca/tools-outils/greig-health-record
Canadian Paediatric Society	Niños y adolescentes de 0-18 años	Síntesis de evidencia científica y consenso de expertos elaborada por comités especializados	https://cps.ca
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	Reino Unido (guías aplicables a niños y adolescentes según tema)	Revisiones sistemáticas; comités multidisciplinares; análisis de eficacia, seguridad y coste / efectividad	https://www.nice.org.uk/guidance
PrevInfad	Infancia y adolescencia en España	Revisión crítica de la evidencia científica y consenso de expertos; adaptación al contexto del Sistema Nacional de Salud	https://previnfad.aepap.org/
GuíaSalud	Población del Sistema Nacional de Salud (incluye infancia según guía)	Guías de práctica clínica basadas en revisiones sistemáticas y metodología GRADE	https://portal.guiasalud.es
UK National Screening Committee	Población del Reino Unido (incluye cribados neonatales e infantiles)	Evaluación sistemática de la evidencia sobre cribado poblacional; análisis de beneficios, riesgos y coste-efectividad	https://www.gov.uk/government/organisations/uk-national-screening-committee

para orientar la toma de decisiones en políticas de salud pediátrica.

¿Qué recomiendan las guías de práctica clínica basadas en evidencia?

Las guías de supervisión de salud infantil, realizan recomendaciones de visitas estructuradas, con recomendaciones basadas en la evidencia disponible integrada con la práctica clínica y el consenso de expertos. La [tabla 2](#) muestra las principales organizaciones que elaboran guías de práctica clínica, sobre actividades preventivas.

Los controles preventivos del PSI representan una actividad esencial para la realización de intervenciones de alto

impacto (vacunación, cribado del desarrollo, promoción de hábitos saludables, atención a grupos de riesgo), pero la evidencia directa es insuficiente sobre su efecto causal en resultados de salud infantil de forma global. Sin embargo, hay evidencia moderada de mejora en satisfacción familiar, y en programas de cribado específicos realizados en estos encuentros.

El consenso actual apoya la utilidad de las revisiones periódicas para la promoción de la salud y la detección temprana^{9,10}, aunque persisten áreas donde la evidencia es limitada y se recomienda individualizar la atención según las necesidades del paciente y la familia¹. Integrar diversas estrategias preventivas en la atención primaria pediátrica es esencial para mejorar los resultados de salud infantil y reducir enfermedades prevenibles.

Se requieren más estudios longitudinales a largo plazo comparando esquemas estructurados de visitas versus atención a demanda y análisis de coste / beneficio para definir el esquema óptimo de revisiones en la población infantil y adolescente sanas.

Es importante la concepción del PSI no como una serie de visitas aisladas de cribado, sino como un proceso continuo de actividades preventivas recomendadas, avaladas por la evidencia y adaptadas a las distintas etapas del desarrollo, grupos de riesgo y contexto social, constituyendo un marco con una estructura clara de actividades incluidas^{16,17}, coordinada entre profesionales, comunidades y política sanitaria nacional, con indicadores de cobertura, criterios de calidad, identificación de barreras a su implementación y evaluación de resultados^{4,16}, para poder mejorar su efectividad.

Controles de salud en la infancia: organización y periodicidad

¿Quién debe realizar las revisiones del programa de salud infantil?

En España, las revisiones del PSI se desarrollan fundamentalmente en el ámbito de la atención primaria. Según la evidencia disponible, en el marco de programas estructurados, no se observan diferencias relevantes en resultados de salud, satisfacción de las familias ni cumplimiento de recomendaciones cuando estas revisiones se realizan por pediatras o por profesionales de enfermería con formación específica en salud infantil^{18,19}.

Las revisiones sistemáticas disponibles indican que la participación de enfermería en la atención preventiva infantil, especialmente en actividades de promoción de la salud, educación sanitaria y vigilancia del desarrollo, puede integrarse de forma segura y eficaz en modelos de atención compartida, sin detrimento de la calidad asistencial ni de los resultados clínicos^{18,19}.

En este contexto, las recomendaciones actuales de PrevInfad priorizan los contenidos preventivos con eficacia demostrada y no vinculan el logro de los objetivos del PSI a una categoría profesional concreta, sino a la adecuada organización de los equipos y a la coordinación entre profesionales, permitiendo adaptar la distribución de tareas a las competencias y recursos disponibles en cada entorno asistencial²⁰.

¿Cuántos controles de salud son necesarios en la infancia y en la adolescencia?

No existe un consenso internacional basado en evidencia sólida que permita establecer un número óptimo y universal de controles de salud durante la infancia y la adolescencia. Los calendarios de visitas varían ampliamente entre países y sistemas sanitarios, reflejando la ausencia de estudios concluyentes que demuestren la superioridad de una secuencia concreta de revisiones²¹.

Los estudios que evaluaron la reducción del número de visitas en la población infantil sana mostraron que disminuir la frecuencia de los controles no se asocia a peores resul-

tados en salud, desarrollo infantil ni satisfacción familiar²¹. Sobre esta base, PrevInfad recomienda un modelo racionalizado que incluye 10 revisiones entre los 0 y los 14 años, además de una visita prenatal y otra en la adolescencia tardía, sincronizando los controles con el calendario vacunal y priorizando las actividades preventivas con mayor respaldo científico²⁰.

Frente a este enfoque selectivo, algunas instituciones mantienen calendarios más extensos. La American Academy of Pediatrics, a través del Bright Futures/Periodicity Schedule, propone múltiples visitas en los primeros años y controles anuales posteriores, subrayando la necesidad de individualizar la periodicidad según el nivel de riesgo²². Más recientemente, la Organización Mundial de la Salud ha planteado un mínimo orientativo de 17 visitas programadas entre los 0 y los 19 años, como marco global adaptable a los distintos contextos nacionales²³.

En conjunto, la evidencia disponible sugiere que tanto el número de revisiones como su distribución profesional deben basarse en la priorización de intervenciones preventivas efectivas, la intensificación del seguimiento en niños con factores de riesgo y la evitación de controles innecesarios en la población sana, lo que permite optimizar recursos sin comprometer la calidad asistencial, especialmente en contextos de elevada presión asistencial^{20,22,23}.

Actividades preventivas en el programa de salud infantil

En el contexto español, el grupo PrevInfad constituye el principal referente para la elaboración de recomendaciones preventivas en pediatría de atención primaria. Tras la evaluación sistemática de la calidad de la evidencia y del balance beneficio-riesgo, PrevInfad formula sus recomendaciones utilizando la metodología GRADE o los criterios de la USPSTF, priorizando aquellas intervenciones con un beneficio neto demostrado y una adecuada aplicabilidad clínica²⁴.

Inmunizaciones y profilaxis

La vacunación sistemática es la intervención preventiva con mayor impacto demostrado en la reducción de la morbimortalidad infantil. La recomendación clara, la resolución de dudas y la exploración de reticencias en la consulta pediátrica se asocian a un aumento de las coberturas vacunales y a una mayor confianza de las familias en el sistema sanitario²⁵.

La profilaxis con vitamina K al nacimiento constituye una intervención preventiva esencial para la prevención de la enfermedad hemorrágica del recién nacido y debe garantizarse de forma universal²⁶. Asimismo, los lactantes menores de un año alimentados con lactancia materna exclusiva deben recibir un suplemento de 400 UI/día de vitamina D, iniciando su administración en los primeros días de vida. En los lactantes alimentados con fórmula, se recomienda suplementar con vitamina D cuando la ingesta diaria sea inferior a un litro de leche de fórmula²⁷.

Cribados

En el período neonatal es obligada la comprobación de la realización del cribado neonatal de enfermedades genéticas, endocrinas y metabólicas, así como del cribado

Tabla 3 Cribado en población de riesgo

	Grupos de riesgo	Método de cribado
Enfermedad celíaca	<ul style="list-style-type: none"> - Familiares de 1.º de EC - Enfermedades autoinmunes en la familia - Síndrome de Down - Síndrome de Turner - Síndrome de Williams - Diabetes mellitus tipo 1 - Genética HLA DQ2/DQ8 	Determinaciones combinadas HLA y tTGA
Ferropenia	Factores prenatales: <ul style="list-style-type: none"> - Anemia materna grave - Hemorragias - Diabetes gestacional no controlada - CIR Factores perinatales: <ul style="list-style-type: none"> - Prematuridad - Hemorragias neonatales - Extracciones múltiples Factores postnatales: <ul style="list-style-type: none"> - Introducción tardía de alimentación rica en hierro - Leche de vaca en menores de un año - Fórmulas no enriquecidas con hierro - Exceso de lácteos - Enfermedad digestiva 	Ferritina
Tuberculosis	<ul style="list-style-type: none"> - Procedentes de países donde la TB es endémica (tasas >40/100.000 habitantes) llegados durante los últimos 2 años - Después de viajar a países donde la infección TB es endémica (estancia superior a un mes) - Individuos con inmunodeficiencias o en tratamiento inmunosupresor - Grupos marginales o de nivel socioeconómico muy bajo - Contacto cercano con personas diagnosticadas de tuberculosis activa 	Combinación PT y/o IGRA según edad y antecedente vacunal
Trastorno del espectro autista	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupaciones de los padres - Familiares primer grado - Enfermedad de riesgo - Prematuridad - Signos de alerta detectados en consulta 	MCHAT R/F (16 a 30 meses)

CIR: crecimiento intrauterino retardado; EC: enfermedad celíaca; PT: prueba de tuberculina; TB: tuberculosis; tTGA: Ac antitransglutaminasa.

universal de hipoacusia mediante otoemisiones acústicas y/o potenciales evocados auditivos automáticos del tronco cerebral, dada su relevancia para el desarrollo neurosensorial y del lenguaje²⁸.

Existe consenso en la recomendación del cribado universal de alteraciones visuales entre los 3 y 4 años, orientado a la detección precoz de ambliopía, estrabismo y errores de refracción²⁹. PrevInfad recomienda, además, incluir la inspección ocular y la exploración del reflejo rojo en las visitas de salud de los primeros 6 meses de vida.

Aunque con un menor nivel de evidencia, se recomienda la realización de al menos 2 tomas de tensión arterial durante los primeros 14 años: la primera entre los 3 y 6 años y la segunda a partir de los 11 años, preferentemente de forma oportunista y dirigida³⁰.

El cribado no debe ser universal, sino dirigido a la población de riesgo en el caso de la enfermedad celíaca, la ferropenia, la tuberculosis y el trastorno del espectro

autista. Los grupos de riesgo y los métodos de cribado recomendados se resumen en la [tabla 3](#).

Respecto a la cronología del cribado de celiaquía en los niños de riesgo de enfermedad celíaca, no existen pruebas de calidad para establecer a que edades específicas debe hacerse el cribado. No se recomienda antes de los 12-18 meses de edad, preferiblemente a partir de los 3 años, y siempre que lleve un tiempo mínimo de consumo de gluten (mínimo un año). Idealmente se iniciaría valoración de riesgo genético, y en base a este se determinaría la periodicidad de la serología. En caso de HLA de no riesgo, fin del cribado³¹.

Consejos de salud

La promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses constituye una intervención preventiva prioritaria, recomendándose su mantenimiento posterior junto con

la introducción de alimentos complementarios ricos en hierro. La implementación de medidas de apoyo a la lactancia materna en atención primaria se asocia a una mayor duración de la lactancia y a mejores resultados en salud infantil³².

Desde el período neonatal debe ofrecerse consejo para evitar la exposición al humo ambiental del tabaco, con intervención oportunista sobre el tabaquismo de los progenitores. En los adolescentes no iniciados, se recomiendan consejos breves orientados a la prevención del inicio del consumo³³.

PrevInfad recomienda incorporar la promoción de la lectura en voz alta desde los primeros años de vida mediante consejo breve en las visitas de salud infantil, dado su efecto beneficioso sobre el lenguaje, el desarrollo cognitivo y emocional de la infancia²⁵.

La prevención del síndrome de muerte súbita del lactante incluye el consejo sistemático del decúbito supino para dormir, el uso de superficies firmes, la ausencia de objetos blandos en la cuna y la evitación del consumo de tabaco, alcohol y sustancias sedantes. La promoción de la lactancia materna y el uso del chupete durante el sueño, una vez establecida la lactancia, se asocian a un menor riesgo³⁴.

Se recomienda consejo sobre la promoción de la actividad física, hábitos de vida saludables y reducción del sedentarismo, así como sobre un adecuado aporte de hierro y la reducción del consumo de azúcares libres²⁵.

El profesional de atención primaria debe ofrecer consejo sobre el uso adecuado de sistemas de retención infantil y el uso de casco en bicicletas y ciclomotores, tanto en las visitas de salud como en otras ocasiones propicias, como la atención por lesiones relacionadas con accidentes de tráfico³⁵. Asimismo, es importante aconsejar el uso de protectores de enchufes, puertas de seguridad para escaleras y habitaciones, cierres de seguridad para puertas y cajones, y un almacenamiento seguro de productos tóxicos y peligrosos³⁶.

La no utilización de andadores disminuye el número de accidentes infantiles en el hogar y, dado que su uso no aporta beneficios demostrados para el desarrollo motor, se mantiene un nivel de evidencia alto para desaconsejar su uso.

Revisiones clínicas sistemáticas

Las revisiones de salud permiten integrar exploraciones clínicas con valor preventivo, detectando de forma precoz signos de enfermedad mediante el examen clínico seriado.

En los primeros meses de vida debe realizarse la detección precoz de la displasia evolutiva de la cadera mediante las maniobras de Ortolani y Barlow en el período neonatal, y la exploración de Galeazzi y la limitación de la abducción hasta el inicio de la marcha. La ecografía de caderas queda reservada para lactantes con factores de riesgo o hallazgos clínicos sugestivos³⁷.

Es fundamental la exploración genital masculina para la detección de criptorquidia mediante palpación testicular bilateral. En caso de persistencia, se recomienda la derivación a cirugía infantil a los 6 meses, con el objetivo de realizar una orquidopexia precoz, preferiblemente antes del año de vida³⁸.

En el ámbito del neurodesarrollo y el lenguaje, la evidencia actual apoya más una vigilancia clínica activa y longitudinal —basada en la observación y la información aportada por las familias— que el uso indiscriminado de pruebas de cribado. Entre los 16 y 30 meses puede utilizarse el M-CHAT-R/F como herramienta de cribado del trastorno del espectro autista en los niños con sospecha clínica o factores de riesgo³⁹.

A partir de los 12 años, se recomienda la vigilancia de situaciones vitales estresantes, de sintomatología depresiva y la detección de riesgo de conducta suicida mediante preguntas abiertas y escucha activa, integrando la entrevista clínica como herramienta fundamental para favorecer una comunicación empática con el adolescente⁴⁰.

El grupo PrevInfad considera que no se puede establecer un balance beneficio / riesgo favorable para el cribado universal de la escoliosis idiopática del adolescente, dado el riesgo de sobrediagnóstico y sobretratamiento, por lo que no se recomienda su realización sistemática.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Dr. Jose Maria Mengual Gil por sus comentarios y corrección crítica del artículo.

Bibliografía

- Schor EL, Bergman D. Pediatric preventive care: Population health and individualized care. *Pediatrics*. 2021;148, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2020-049877>, e2020049877.
- Aksakal MT, Aşkan ÖÖ, Kayı AB, Şahin AY, Keskindemirci G, Kuleli O, et al. The outcome of regular well-child follow-up from birth on adolescent well-being. *Child Care Health Dev*. 2025;51:e70171, <http://dx.doi.org/10.1111/cch.70171>.
- Liang Y, Peng X, Sun MA. Long-term impacts of growth and development monitoring: Evidence from routine health examinations in early childhood. *J Health Econ*. 2025;101:102972, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhealeco.2025.102972>.
- Alexander KE, Brijnath B, Biezen R, Hampton K, Mazza D. Preventive healthcare for young children: A systematic review of interventions in primary care. *Prev Med*. 2017;99:236–50, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.02.024>.
- Nikander K, Hermanson E, Vahlberg T, Kaila M, Kosola S. Parent, teacher, and nurse concerns and school doctor actions: An observational study of general health checks. *BMJ Open*. 2022;12:e064699, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064699>.
- Kherad O, Carneiro AV. General health check-ups: To check or not to check? A question of choosing wisely. *Eur J Intern Med*. 2023;109:1–3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2022.12.021>.

7. Jullien S, Huss G, Weigel R. Supporting recommendations for childhood preventive interventions for primary health care: Elaboration of evidence synthesis and lessons learnt. *BMC Pediatr.* 2021;21 Suppl 1:356, <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-021-02638-8>.
8. Carai S, Weber MW. Primary health care for children - evidence for prevention. *BMC Pediatr.* 2021;21 Suppl 1:328, <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-021-02787-w>.
9. Bohaligah KM, Bohaligah MM, Bohaligah SM. Preventive Strategies for Pediatric Health in Primary Health-care: A Systematic Review. *Cureus.* 2025;17:e72144, <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.78719>.
10. Okobi OE, Akahara PF, Nwachukwu OB, Egbuchua TO, Ajayi OO, Oranu KP, et al. Analyzing Best Practices for Pediatric Well-Child Clinic Visits in the United States for Children Aged Three to Five Years: A Review. *Cureus.* 2023;15:e45194, <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.45194>.
11. Coughlan CH, Ruzangi J, Neale FK, Nezafat Maldonado B, Blair M, Bottle A, et al. Social and ethnic group differences in healthcare use by children aged 0-14 years: A population-based cohort study in England from 2007 to 2017. *Arch Dis Child.* 2022;107:32-9, <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2020-321045>.
12. Coker TR, Liljenquist K, Lowry SJ, Fiscella K, Weaver MR, Ortiz J, et al. Community Health Workers in Early Childhood Well-Child Care for Medicaid-Insured Children: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2023;329:1757-67, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2023.7197>.
13. Halfon N, Stevens GD, Larson K, Olson LM. Duration of a well-child visit: Association with content, family-centeredness, and satisfaction. *Pediatrics.* 2011;128:657-64, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-0586>.
14. Howland K, Edvardsson K, Lees H, Hooker L. Telehealth use in the well-child health setting: A systematic review of acceptability and effectiveness for families and practitioners. *Int J Nurs Stud Adv.* 2025;8:100277, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100277>.
15. Golder S, Dale V, Castro-Avila A, Moe-Byrne T, Afonso D, Hillcoat L, et al. Public health interventions aimed at children aged 5-19 years funded by local authorities in England: A scoping review of economic analyses. *BMC Public Health.* 2025;25:4327, <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-025-25518-7>.
16. Nordenstam A, Helldén D, Ekman AT, Blennow M, Ndeezi G, Biermann O, et al. Framework for systems of pediatric well-care visits: A scoping review. *BMC Glob Public Health.* 2025;3:100, <http://dx.doi.org/10.1186/s44263-025-00211-4>.
17. Lin JS, Evans CV, Grossman DC, Tseng CW, Krist AH. Framework for Using Risk Stratification to Improve Clinical Preventive Service Guidelines. *Am J Prev Med.* 2018;54 Suppl 1:S26-37, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2017.07.023>.
18. Turley J, Vanek J, Johnston S, Archibald D. Nursing role in well-child care: Systematic review of the literature. *Can Fam Physician.* 2018;64:e169-76.
19. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;7:CD001271, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001271.pub3>.
20. Grupo PrevInfad. Guía de actividades preventivas por grupos de edad Actualizado mayo de 2014 [consultado 16 Feb 2026] Disponible en: <https://previnfad.aepap.org/recomendacion/actividades-por-edad-rec>
21. Gilbert JR, Feldman W, Siegel LS, Mills DA, Dunnett C, Stoddart G. How many well-baby visits are necessary in the first 2 years of life? *Can Med Assoc J.* 1984;130:857-61.
22. American Academy of Pediatrics. Recommendations for Preventive Pediatric Health Care: Bright Futures/Periodicity Schedule. Itasca: AAP; 2025 [consultado 16 Feb 2026] Disponible en: <https://www.aap.org/en/practice-management/care-delivery-approaches/periodicity-schedule/>
23. World Health Organization. United Nations Children's Fund. Improving the health and wellbeing of children and adolescents: Guidance on scheduled child and adolescent well-care visits. Ginebra: WHO; 2023 [consultado 16 Feb 2026] Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/376159>
24. Esparza Olcina MJ, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, Galbe Sánchez-Ventura J, García Aguado J, Mengual Gil J, et al. Manual de trabajo del Grupo PrevInfad Actualizado junio de 2017 [consultado 16 Feb 2026] Disponible en: <https://previnfad.aepap.org/manual-de-trabajo>
25. Cortés Rico O, Esparza Olcina MJ, Sánchez-Ventura JG, Gallego Iborra A, Garach Gómez A, García Soto L, et al. Summary PAPPs Childhood and Adolescence 2024 [Article in Spanish]. *Aten Primaria.* 2024;56 Suppl 1:103125, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103125>.
26. Morales Betancourt C, Pallás Alonso CR, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, Esparza Olcina MJ, Galbe Sánchez-Ventura J, et al. Uso profiláctico de la vitamina K para prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2021;23:195-205.
27. Pallás Alonso CR. Vitamina D profiláctica. Recomendación. En: Recomendaciones PrevInfad /PAPPs Actualizado agosto de 2009 [consultado 19 Feb 2026] Disponible en: <https://previnfad.aepap.org/recomendacion/vitamina-d>
28. García Aguado J. Cribado de la hipoacusia. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPs Actualizado mayo de 2018 [consultado 16 Feb 2026] Disponible en: <https://previnfad.aepap.org/monografia/hipoacusia>
29. García Aguado J. Cribado de alteraciones visuales en la infancia. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPs [Actualizado julio de 2016 [consultado 16 Feb 2026] Disponible en: <https://previnfad.aepap.org/monografia/vision>
30. Cortés Rico O. Prevención de la hipertensión arterial en la infancia y la adolescencia. En: En: Recomendaciones PrevInfad. Madrid: AEPap; 2006 [consultado 16 Feb 2026] Disponible en: <https://previnfad.aepap.org/monografia/hipertension>
31. Scherman MN, Melin J, Agardh D. Celiac disease screening in children: Evaluating the evidence, benefits, and challenges. *Front. Pediatr.* 2025;13:1562073, <http://dx.doi.org/10.3389/fped.2025.1562073>.
32. Pallás Alonso CR, Soriano Faura J, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, Esparza Olcina MJ, Galbe Sánchez-Ventura J, et al. Apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2019;21:191-201.
33. Galbe Sánchez-Ventura J, Rando Diego A, San Miguel Muñoz MJ, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, Esparza Olcina MJ, et al. Prevención del consumo de tabaco en la adolescencia. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2020;22:411-22.
34. Sánchez Ruiz-Cabello J. Prevención del síndrome de la muerte súbita del lactante. En Recomendaciones PrevInfad /PAPPs Actualizado enero de 2016 [consultado 16 Feb 2026] Disponible en: <https://previnfad.aepap.org/monografia/muerte-subita-lactante>
35. Esparza Olcina MJ. Prevención de lesiones infantiles por accidente de tráfico. PrevInfad/PAPPs [Actualizado 1 de junio de 2019 [consultado 16 Feb 2026] Disponible en <http://previnfad.aepap.org/monografia/accidentes-trafico>
36. Martí Martí L. Prevención de lesiones infantiles por accidentes domésticos. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPs Actualizado abril de 2025 [consultado 16 Feb 2026] Disponible en: <https://previnfad.aepap.org/monografia/accidentes-domesticos>
37. Sánchez Ruiz-Cabello FJ. Cribado de la displasia evolutiva de cadera. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPs Actualizado

- octubre de 2006 [consultado 19 Feb 2026] Disponible en: <https://previnfad.aepap.org/monografia/cadera>
38. Merino Moína M. Cribado de la criptorquidia. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS Actualizado octubre de 2008 [consultado 19 Feb 2026] Disponible en: <https://previnfad.aepap.org/monografia/criptorquidia>
39. Galbe Sánchez-Ventura J. Detección precoz de los trastornos del desarrollo. En: Recomendaciones PrevInfad /PAPPS Actualizado diciembre de 2017 [consultado 19 Feb 2026] Disponible en: <https://previnfad.aepap.org/recomendacion/trastornos-desarrollo>
40. Gallego Iborra A. Cribado de la depresión mayor en la infancia y adolescencia. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS Actualizado 1 de enero de 2020 [consultado 19 Feb 2026] Disponible en <http://previnfad.aepap.org/monografia/depresion>