

Guía de salud para personas con Síndrome de Down



**FUNDACIÓN
SÍNDROME DE DOWN
DE MADRID**

Guía de salud para personas con Síndrome de Down

Edición revisada
2008

Fundación Síndrome de Down de Madrid
Caidos de la División Azul, 21 • Tel. 91 310 53 64
28016 MADRID

fsdm.sede@downmadrid.org www.downmadrid.org

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
INTRODUCCIÓN	7
GUÍA DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN	9
I. Período neonatal	9
II. El primer año de vida	11
III. Preescolar (de 2 a 5 años)	12
IV. Escolares y adolescentes (5 a 13 años)	14
V. Adultos	15
LECTURAS RECOMENDADAS	17
ANEXOS	19
I. Justificación de algunas recomendaciones	19
II. Calendario vacunal	21
III. Pautas de alimentación en la infancia y adolescencia	23
IV. Cuidados dentarios	25
V. Tablas de peso y talla de niños y niñas de 1 a 36 meses y de 2 a 18 años	26
DIRECCIONES DE INTERÉS	31

PRESENTACIÓN

La Fundación Síndrome de Down de Madrid, editó hace unos años, la primera Guía de Salud para Personas con Síndrome de Down que posteriormente fue revisada en el año 2002. En esta nueva actualización que ahora os presentamos continuamos con el mismo objetivo que en las anteriores, ofrecer una Guía que facilite la atención y los cuidados médicos de las personas con Síndrome de Down, desde su nacimiento hasta la edad adulta.

La revisión la han realizado los miembros de la Comisión Científica de la Fundación que, coordinados por la Dra. M.^a José Ibarrondo, han puesto al día las novedades y modificaciones existentes, sobre todo en vacunaciones y calendarios de las mismas que es importante que conozcáis.

Como siempre la Fundación Síndrome de Down de Madrid trabaja para que las personas con Síndrome de Down y sus familias tengan cada vez mejor calidad de vida y una parte importante para conseguirlo es prestar la adecuada atención y seguimiento a su salud.

MARÍA BARÓN

Presidenta de la Fundación Síndrome de Down de Madrid

INTRODUCCIÓN

Esta serie de recomendaciones ha sido diseñada para ayudar al pediatra en la asistencia a niños en quien el diagnóstico de síndrome de Down se ha confirmado mediante cariotipo. Aunque el contacto inicial del pediatra con el niño suele producirse durante el periodo de lactancia, ocasionalmente la mujer embarazada que ha recibido un diagnóstico prenatal de síndrome de Down será dirigida a la consulta para ser aconsejada. Por consiguiente, estas recomendaciones también ofrecen ayuda para esta situación.

Esta guía se ha estructurado por edades, incluyendo en cada grupo de edad una serie de evaluaciones y/o exploraciones médicas, y unas cuestiones a tratar con la familia tanto desde el punto de vista médico como psicosocial. La justificación de las recomendaciones se describe en el ANEXO I.

Los niños con síndrome de Down presentan unas características específicas y un retraso mental variable a causa de la existencia de material genético extra del cromosoma 21. En el 95% de los casos este material extra aparece como una trisomía 21 primaria, no familiar. En el 3-4% de los casos la trisomía aparece como resultado de una translocación del cromosoma 21 con otro acrocéntrico, siendo una cuarta parte de estas translocaciones de origen familiar. El 1-2% de los individuos con síndrome de Down no presentan en todas sus células una trisomía 21, situación que se denomina mosaicismo, y que por lo general conlleva una menor afectación.

Aunque el fenotipo es variable, habitualmente es lo bastante constante como para permitir a los clínicos experimentados sospechar el diagnóstico. Entre las manifestaciones físicas más comunes se encuentran la hipotonía, cabeza braquicefálica pequeña, epicantus, puente nasal aplanado, hendiduras palpebrales inclinadas hacia arriba, manchas de Brushfield, boca pequeña, orejas pequeñas, pliegue nucal, surco palmar transverso único, dedo quinto corto con clinodactilia y separación entre el primer y segundo dedo del pie. El grado de retraso mental es variable, oscilando entre leve (CI 50 a 70) a moderado (CI 35 a 50) y sólo ocasionalmente grave (CI 20 a 35). Existe un riesgo incrementado de cardiopatía congénita, leucemia, sordera, otitis serosa media, enfermedad de Hirschprung, atresias gastrointestinales, problemas oculares incluyendo cataratas y errores intensos de refracción, luxación congénita de cadera y alteraciones tiroideas.

El desarrollo de una persona con síndrome de Down no viene determinado exclusivamente por su carga genética y C.I. Sus capacidades se desarrollarán a través de una intervención precoz y de múltiples programas de formación y educación. El acogimiento familiar es fundamental para su desarrollo personal y para su integración e inclusión social.

Las siguientes recomendaciones han sido diseñadas para ayudar a la asistencia de las personas con síndrome de Down y sus familias. Se han organizado según las cuestiones que deben resolverse en los distintos grupos de edad (Anexo IV). Implican no sólo una serie de actuaciones médicas encaminadas a detectar precozmente los problemas de salud que con mas frecuencia puedan aparecer en estos niños, sino que también una revisión de ciertas áreas que requieren una valoración continuada durante la infancia y deben ser revisadas periódicamente en las edades adecuadas.

GUÍA DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN

Esta guía pretende ser un instrumento útil que sea aplicable por los profesionales (médicos, sanitarios, psicólogos, profesores, etc.) y los padres de las personas con Síndrome de Down en el seguimiento de su estado de salud.

Queremos destacar que el objeto de esta guía es el ayudar en la puesta al día de los profesionales, inicialmente del pediatra y luego del médico de cabecera y el geriatra, ya que la persona con S.D. necesita un seguimiento global que unifique y priorice los problemas y soluciones a controlar, aportando una coordinación entre las distintas especialidades afectadas en cada individuo y los variados problemas que se pueden presentar a lo largo de la vida. Para facilitar su labor hemos realizado una actualización práctica del «Programa de Salud», elaborado y consensuado por expertos relacionados con el S.D., como es el programa de la F.E.I.S.D., y también hemos tenido en consideración algunos puntos del «Informe del seminario sobre el S.D.», realizado por la Liga Internacional de Asociaciones en favor de las personas con deficiencia mental.

Al ser el S.D. la causa más frecuente de retraso psicomotor es necesario que el pediatra esté preparado para el momento de informar a la familia, ya que puede ser determinante para los padres la forma de plantear la noticia, para saber aceptar un hecho inesperado que desestructura su presente y cambia sus perspectivas de futuro. Es recomendable que sean informados conjuntamente, aunque deben de ser consideradas las características específicas de la familia para decidir como informar. Hay ocasiones en las que el exceso de información médica puede resultar perjudicial y es aquí donde el apoyo de otros padres que han vivido situaciones similares puede ser de gran ayuda. Esta es una de las labores fundamentales que realiza la Fundación Síndrome de Down de Madrid (F.S.D.M.) y por eso interesa que los neonatólogos conozcan su existencia; también es conveniente que se informe a los padres de otros tipos de ayuda (psicológica, social, económica, etc.) para lo cual deben de contactar con la trabajadora social que les aconsejará sobre los pasos a dar.

En algunas ocasiones es al pediatra o al neonatólogo al que se solicita una orientación inicial sobre un problema de carácter congénito. Dada la relevancia que tiene para el futuro de los padres cualquier comentario, es recomendable que el consejo genético lo realice un especialista en el tema.

I. PERIODO NEONATAL

En todo recién nacido en el que se sospecha que pueda presentar algún tipo de patología congénita suele ser recomendable el estudio del cariotipo.

Además al ser un recién nacido con riesgo de presentar alguna patología asociada, es conveniente el realizar un despistaje completo de afectación de órganos o sistemas, ya que en caso de realizarse un diagnóstico precoz se puede iniciar el tratamiento y seguimiento del problema que presente en estadios precoces; esto significa que antes de presentar síntomas o alteraciones se ha empezado a controlar el problema, lo que mejora el pronóstico y la evolución a largo plazo; por eso mientras se confirma el diagnóstico con el cariotipo, se realizan algunos estudios complementarios.

EVALUACIONES RECOMENDADAS

1. Anamnesis:

- Es importante la realización de una cuidadosa y completa historia clínica, sin olvidar los antecedentes gestacionales, parto y periodo perinatal inmediato.

2. Exploración:

- Se debe valorar los rasgos fenotípicos característicos y prestar especial atención a la exploración neurológica (reflejo de succión, hipotonía), cardíaca, del aparato locomotor (caderas), y oftalmológica (descartando cataratas congénitas).

3. Estudios complementarios:

- Se recomienda realizar una ecografía abdominal y la valoración de la función digestiva y ritmo intestinal, regurgitaciones, etc.
- Ecografía cerebral, como control evolutivo del recién nacido de riesgo.
- Ecografía de caderas, como despistaje de la luxación de cadera.
- Las pruebas metabólicas, realizadas en todos los R.N. pueden valer como despistaje inicial de metabolopatías, incluida el hipotiroidismo y, en caso de realizarse algún estudio analítico, se recomienda el hemograma completo.
- Dependiendo de la situación de cada niño, será necesario el consultar con otros especialistas o realizar otras evaluaciones.

4. Controles de especialistas:

- Idealmente, dentro de las dos semanas de vida todo recién nacido con síndrome de Down debe ser revisado por un cardiólogo, con ECG y ecocardiograma con el objetivo de detectar la posible cardiopatía lo más precozmente posible. Si la exploración fuera normal, ésta debe repetirse dentro de las 6 primeras semanas de vida.
- Dada la mayor incidencia de hipoacusia neurosensorial, los recién nacidos con síndrome de Down deben estar incluidos en los cribados neonatales de hipoacusia que ya se están realizando de manera generalizada.
- La exploración oftalmológica debe realizarse al nacimiento, para descartar cataratas, glaucomas y alteraciones de fondo de ojo, y repetirla a las 6 semanas.

5. Calendario vacunal:

- Se recomienda vacunar de Hepatitis B.

6. Recomendaciones de salud:

- Siempre que se pueda se recomienda la lactancia materna, y el seguimiento de la evolución; estado de nutrición, desarrollo y realización de vacunaciones será el seguimiento ordinario igual al de cualquier recién nacido.
- Todo niño con cardiopatía debe seguir los consejos de prevención de endocarditis infecciosa, dado que existe un riesgo aumentado.

II. EL PRIMER AÑO DE VIDA

Una vez confirmado el diagnóstico, y realizada la evaluación completa inicial, a lo largo del primer año de vida es recomendable que sea incorporado a un programa de intervención temprana, realizado generalmente por un equipo de profesionales preparados para evaluar cual es la evolución del desarrollo psicomotor del niño, siendo deseable una cierta intercomunicación con el pediatra que realiza su seguimiento porque, en caso de presentar dismetrias en el tono muscular o fallos en determinadas áreas de desarrollo, éstos pueden ser un signo a tener en cuenta para la indicación de evaluación neurológica completa realizada por el especialista.

EVALUACIONES RECOMENDADAS

1. Anamnesis:

Cuidadosa y completa por aparatos, prestando atención a:

- Aparato digestivo: regurgitación, estreñimiento...
- Aparato respiratorio: infecciones, broncoespasmos...
- Aparato circulatorio: soplos, vacularización periférica...
- Aparato locomotor: pie plano, alteraciones de rodilla, cadera...
- Aparato urogenital: criptorquidia, fimosis, sinequia vulvar...
- Aparato O.R.L.: otitis, infecciones repetitivas, apneas del sueño.
- Sistema nervioso: tono y desarrollo muscular, evolución de la estimulación temprana, convulsiones.

2. Exploración:

Realizada en cada Centro de Salud, atendiendo sobre todo a las evaluaciones que comentamos más adelante y, en caso de detectarse alteraciones, remitirlo a control por el especialista:

- Evaluación del aparato locomotor: cadera, alteraciones de la marcha...
- Aparato urogenital: criptorquidia, fimosis...
- Piel y faneras: xerosis, atopias...
- Sistema nervioso: desarrollo psicomotor, tono y reflejos.
- Aparato cardiaco: si es posible con tensión arterial.

3. Estudios complementarios:

- Analítica de sangre completa: valorando hemograma y bioquímica con estudio de función tiroidea (con detección de anticuerpos antitiroideos por la frecuencia de su presencia). Evaluando rasgos del hemograma para descartar anemias, leucosis, estudio inmunitario (si se sospecha alergia o algún tipo de déficit). En caso de haber iniciado alimentación con gluten, se recomienda estudio de anticuerpos antiendomio y anti-gliadina (por la alta frecuencia de intolerancias al gluten, en caso de niveles límites se evalúa, según clínica, su repetición o estudio de digestivo).

4. Controles de especialistas:

- Otorrinolaringólogo: Entre los 6 y 12 meses de edad es recomendable realizar una exploración ORL completa, incluyendo la audiometría, timpanometría, y potenciales evocados con el fin de descartar ototubaritis, adenoiditis, apneas del sueño e hipoacusias, que pueden repercutir en la adquisición del lenguaje o requerir evaluaciones neurológicas o intervenciones quirúrgicas (como en las apneas del sueño), o ser motivos de catarros recurrentes y bronquitis que repercutan negativamente en el desarrollo del niño.
- Oftalmológico: en cada control de salud se debe de vigilar la presencia de conjuntivitis reincidentes que pueden ser síntoma de obstrucción del lacrimal; también se debe de vigilar la presencia de estrabismos y, antes del año de edad, debe de ser explorado de forma completa por el especialista para descartar defectos de refracción, cataratas y otras patologías (nistagmus, blefaritis...).
- Cardiológico: según diagnóstico y evolución.

5. Calendario vacunal:

- La vigilancia del cumplimiento del calendario, recomendando seguir el programa propuesto por la Asociación Española de Pediatría (A.E.P.) y adecuando, a cada caso y circunstancia epidemiológica, los cambios que correspondan.

6. Recomendaciones de salud:

- Evaluación del estado de nutrición y crecimiento, según las tablas específicas.
- Recomendaciones sobre la alimentación, según cada edad.
- Utilización del chupete anatómico con fines terapéuticos para evitar una protusión lingual.

III. PREESCOLAR (DE 2 A 5 AÑOS)

Se recomiendan los Controles de Salud ordinarios del niño, vigilando el desarrollo y crecimiento según hemos comentado anteriormente, siendo la evolución de cada niño en particular la que determina la supervisión de cada especialista, según se detecten o no problemas en cada uno de los casos. En general queremos destacar:

EVALUACIONES RECOMENDADAS

1. Anamnesis:

- Amplia y cuidadosa de todos los aparatos y de la evolución de la estimulación temprana, con especial atención al área del lenguaje.

2. Exploración:

- Valorando el crecimiento y nutrición (según las tablas específicas del S.D), el aparato urogenital (tratar fimosis y criptorquidia), el aparato locomotor y orofaringe (maloclusiones dentarias).

3. Estudios complementarios:

- Analítica de sangre anual: con estudio de función tiroidea. Screening de intolerancia al gluten.
- Realización de la prueba de la tuberculina, que se repetirá según riesgo epidemiológico o evolución clínica.
- Radiografía de cuello (a los 3 o 4 años), para detectar alteraciones de la articulación atlantoaxoidea y vigilancia de alteraciones en la marcha.

4. Control especialistas:

Siempre dependerá del diagnóstico de base y de la evolución de cada niño, en caso de ser una evolución sin incidencias se recomiendan controles anuales de:

- Otorrino: descartando hipoacusias, apneas obstructivas. Estudiar la audición de manera especial en caso de síntomas de depresión o demencia.
- Oftalmólogo: descartar defectos de refracción...
- Odontostomatólogo: higiene dental, maloclusión...
- Neurólogo: según evolución psicomotriz, (convulsiones), valorar sintomatología por el riesgo de incidencia del síndrome de Moya-Moya...
- Cardiólogo: en caso de precisar control evolutivo.

5. Calendario vacunal:

- A completar en caso de estar pendiente alguna dosis de vacunación.

6. Recomendaciones de salud:

- Pautas nutricionales, actividades deportivas, higiene dental y personal, preparación para inicio del colegio de integración o especial, según evolución psicomotriz y resto de problemática clínica.
- La función tiroidea debe estudiarse cada dos años o ante cualquier alteración en el peso, crecimiento, desórdenes cognitivos o afectivos, etc.

IV. ESCOLARES Y ADOLESCENTES (5 A 13 AÑOS)

En estas etapas de la vida, es de suponer que los diagnósticos principales han sido ya realizados y que el seguimiento consiste en los controles ordinarios de Salud recomendados en los niños de su edad, respecto al calendario vacunal, pautas de alimentación, etc., aunque vamos a comentar algunos puntos específicos en los que se recomienda que la vigilancia sea mayor. El tema de la educación sexual, fertilidad y control de natalidad, es un problema controvertido en el que es la familia la que tiene inicialmente la palabra y debe de marcar la pauta de orientación sobre la actitud que debe tomar el pediatra.

EVALUACIONES RECOMENDADAS

1. Anamnesis:

- Completa y cuidadosa del niño y los padres: adaptación a la vida escolar, siendo decisión de los padres la forma de enseñanza (colegio de integración o especial) y a la vida social y familiar.
- Hábito alimentario, intestinal, sueño...
- Actividad física: deportes...
- Cumplimiento del calendario vacunal (adaptado a cada caso).

2. Exploración:

- Control de peso, talla, según las tablas específicas; también se recomienda iniciar controles de tensión arterial.
- Vigilancia del desarrollo puberal, en los varones debería esta ya tratado la criptorquidia y en las hembras la sinequia vulvar.
- Aparato locomotor: vigilar escoliosis, cifosis y alteraciones de la marcha.
- Otorrino: vigilando y descartando otitis serosas, hipertrofia amigdalal. Estudiar la audición de manera especial en caso de síntomas de depresión.
- Odontólogo: profilaxis, higiene bucodental, maloclusión...
- Aparato urogenital: desarrollo puberal.
- Oftalmólogo.

3. Estudios complementarios:

- Análisis de sangre: hemograma completo y bioquímica; control de la función tiroidea, descartar intolerancia al gluten (si se sospecha), y estudio inmunitario o perfil lipídico (si hay antecedentes o riesgo familiar).
- Prueba de la tuberculina: si no hay controles anteriores o existe riesgo epidemiológico.
- Estudio radiológico: de columna cervical (si no se realizó antes de los 5 años).

4. Controles de especialistas:

En caso de presentar patología neurológica, cardiológica etc. seguirá las indicaciones de cada facultativo según su evolución.

En todos los casos en que la evolución sea favorable, se recomienda que sean controlados anual o bianualmente por el Oftalmólogo, el Otorrino, el Odon-toestomatólogo y el Traumatólogo, para descartar inestabilidad atlantoaxoidea que, en caso de presentarse, se limitará la actividad física-deportiva o en algunos casos precisará de corrección quirúrgica.

5. Calendario vacunal:

- Vigilancia de su cumplimiento.

6. Recomendaciones de salud:

- Las correspondientes a su edad sobre pautas de alimentación y nutrición, actividades deportivas (que en caso de sufrir patología cervical quedan limitadas), higiene bucodental, etc.
- La función tiroidea debe estudiarse cada dos años o ante cualquier alteración en el peso, crecimiento, desórdenes cognitivos o afectivos, signos de depresión, etc.

V. ADULTOS

Es evidente que al mejorar la esperanza de vida para la población general, también la esperanza de vida media para las personas con síndrome de Down ha aumentado considerablemente y con ello también aparecen algunos casos más de patología de tipo crónico propias de los adultos. Las recomendaciones y controles habituales de salud realizadas para la población general son también aplicables para las personas con S.D. y se aconseja que sean realizadas de forma anual.

Está demostrada su capacidad de adaptación social y posibilidad de descendencia a pesar de tener un índice de fertilidad más bajo de lo normal, por lo que se recomienda consejo genético, control de natalidad y apoyo psicosocial, aunque se debe de tener en cuenta cada caso en particular, antes de tomar decisiones.

EVALUACIONES RECOMENDADAS

1. Anamnesis:

Como siempre completa y cuidadosa poniendo atención a:

- Problemas neuropsiquiátricos, trastornos de conducta o adaptación social, equivalentes depresivos, etc.
- Actividad física, deportes, tipo de vida.
- Hábito alimentario, intestinal, alteraciones del sueño.
- Es importante la vigilancia de posible aparición de crisis convulsivas y realizar diagnóstico diferencial con enfermedad de Alzheimer.
- Evaluación de sintomatología cardíaca.
- Vigilancia de infecciones de repetición.
- Aparición de síntomas de cataratas o glaucomas.
- Trastornos auditivos.

2. Exploración:

- General, cuidadosa, con atención a los controles de peso, talla, tensión arterial.
- Aparato circulatorio: vigilar aparición de soplos.
- Aparato locomotor: vigilancia de deformidades articulares debidas a la hipotonía o trastornos previos musculoesqueleticos.
- Sistema nervioso: valorar sintomatología y evolución.
- Bucal.

3. Estudios complementarios:

- Análisis de sangre: completa, con bioquímica de vigilancia del metabolismo lipídico, glucosa, función tiroidea, y en caso de sospecha descartar intolerancia al gluten.
- Análisis de orina.

4. Controles de especialistas:

- ORL: se recomienda audiometría, anual, por la alta incidencia de hipoacusias para sonidos agudos, que a veces son motivo de la irritabilidad y aislamiento social, y vigilancia de la apneas del sueño. Estudiar la audición de manera especial en caso de síntomas de depresión o demencia.
- Oftalmólogo: vigilando la presencia de cataratas, glaucomas y trastornos de refracción.
- Cardiólogo: exploración completa con realización de pruebas específicas según cada caso.
- Odontostomatólogo: preferiblemente con carácter semestral.
- Ginecólogo: controles habituales recomendados a la población femenina con prevención de trastornos de la mama, etc.

Todos estos controles están orientados a ayudar a los profesionales para el seguimiento del control de salud para las personas con S.D., con el fin de mejorar su calidad de vida y sus perspectivas de futuro, sin ánimo de medicalizar su vida.

5. Calendario vacunal:

Vigilancia de su cumplimiento.

6. Recomendaciones de salud:

- Similares a las de la población general. Respecto a las dietas, dependerán de cada caso en individual.
- La función tiroidea debe estudiarse cada dos años o ante cualquier alteración en el peso, crecimiento, desórdenes cognitivos o afectivos, signos de depresión, etc.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. *El S. de Down hoy perspectivas para el futuro*, Asociación para el S. de Down de Madrid, Madrid (1991).
2. *El S. de Down: actuación y revisión para el pediatra extrahospitalario*, MTA Pediatría (1991), 12: 517-563.
3. *S. de Down hacia un futuro mejor, guía para los padres*, S. Pueschel, Masson (1991).
4. *Síndrome de Down: Para llegar a ser una persona autónoma*, Coleman M. (1992).
5. *Síndrome de Down: Integración escolar y laboral Seres A*, Assido, Murcia (1992).
6. *Down Syndrome: Advances in Medical Care*, J. LOTT y E. Mc COY, New York (1992).
7. *El futuro empieza hoy*, «I Jornadas sobre el S. de Down», Asociación para el S. de Down de Madrid, Pirámide, S.A., Madrid (1994).
8. *Atención médica en el S. de Down, un planteamiento de medicina preventiva*, P. ROGERS y M. COLEMAN, Fundación Catalana S. de Down (1994).
9. *S. de Down: problemática biomédica*, PUESCHEL y PUESCHEL, Masson (1995).
10. *S.de Down: biología, desarrollo y educación, nuevas perspectivas*, J. FLÓREZ y M. TRONCOSO, Masson (1997).
11. «El Síndrome de Down I», *Siglo Cero*, núm. 183 (1999).
12. «El Síndrome de Down II», *Siglo Cero*, núm. 184 (1999).
13. «Pautas de los cuidados de salud de las personas con síndrome de Down. Revisión de 1999», COHEN W. I. y DSMG, *Revista Síndrome de Down*, 16: 111-126 (1999).
14. «Estilos sanos de vida en adultos con síndrome de Down», MEDLEN J. E. G., PETERSON M., *Revista Síndrome de Down*, 18(1): 11-17 (2001).
15. Revistas S.D. *Fundación de Cantabria y Fundación Catalana*.
16. www.down21.org.
17. *Down Syndrome Medical Interest Group*, www.dsmig.org.uk.

ANEXOS

- I. Justificación de algunas recomendaciones.
- II. Calendario vacunal.
- III. Pautas de alimentación en la infancia y adolescencia.
- IV. Cuidados dentarios.
- V. Tablas de peso y talla de niños y niñas de 1 a 36 meses y de 2 a 18 años.

ANEXO I

JUSTIFICACIÓN DE ALGUNAS RECOMENDACIONES

CORAZÓN

Existe cardiopatía congénita casi en la mitad de los niños con síndrome de Down, siendo las alteraciones más comunes los defectos completos de la pared auriculoventricular. Puede haber defectos graves sin que se aprecien soplos cardiacos. La cirugía reparadora, realizada en el momento oportuno, puede prevenir complicaciones graves. Por consiguiente todos los lactantes y niños han de ser explorados por un cardiólogo pediátrico, incluyendo la realización de un ecocardiograma. En un niño mayor al que nunca se la han explorado el corazón y que no muestre signos de cardiopatía, bastará que se le practique un ecocardiograma de rutina.

OÍDOS Y AUDICIÓN

La pérdida de audición puede repercutir tanto en le desarrollo psicológico como en el lenguaje del niño. Es importante por tanto que se hagan exploraciones y evaluaciones audiológicas de forma regular. La pérdida de audición puede ser de carácter neurosensorial o de conducción (otitis media), lo que hace recomendable unos potenciales evocados auditivos en el tronco cerebral. Dado que la mayoría tienen conductos auditivos muy pequeños, la exploración auditiva la debe hacer un especialista para que analice la membrana timpánica con otoscopio microscópico.

OJOS Y VISIÓN

La catarata congénita, si no se corrige, termina produciendo pérdida de visión, limitando su proceso de aprendizaje. Es frecuente encontrar estrabismos, nistagmo, errores de refracción, estenosis del conducto nasolacrimal, conjuntivitis y blefaritis.

FUNCIÓN TIROIDEA

Una hipofunción tiroidea, cuyos síntomas clínicos pueden confundirse con el mismo síndrome de Down, puede comprometer el desarrollo de la función cognitiva del niño. Por tanto es recomendable un estudio anual de TSH, para poder aplicar precozmente tratamiento hormonal en caso de que se diagnostique.

ORTOPEDIA

Son frecuentes los problemas de subluxación de cadera y luxación de rótula y otros problemas ortopédicos. También es más frecuente encontrar inestabilidad atlantoaxial, que aunque habitualmente son asintomáticas se debe estar atento a cualquier síntoma de compresión medular (tortícolis, alteraciones de la marcha, pérdidas sensoriales, alteraciones de la defecación o micción...).

PROBLEMAS RESPIRATORIOS

Son frecuentes en los niños con síndrome de Down los problemas obstructivos de la vías respiratorias, debido a: estrechez de la hipofaringe, agrandamiento de amígdalas y adenoides, aumento de tejido graso en la faringe de individuos obesos y la glosoptosis. Signos que nos pueden indicar el problema: ronquidos, malas posturas para dormir, cansancio durante el día, cambio de conducta... Es importante diagnosticar las posibles apneas de sueño para evitar cuadro de hipoxemia que podrían evolucionar hacia un cor pulmonale.

Estos problemas respiratorios influyen directamente en una posición baja de la lengua y en la aparición de maloclusiones esqueléticas y dentarias que podrán ser corregidas por el ortodoncista si son diagnosticadas a tiempo.

CONTROL DE TALLA Y PESO

Hay que establecer unos hábitos correctos de alimentación para evitar la obesidad y sus consecuencias. Por el contrario si el aumento de peso es inferior a lo normal puede ser indicativo de un hipertiroidismo o una enfermedad celíaca.

De la misma manera una disminución en la velocidad de crecimiento puede indicar la presencia de trastornos endocrinológicos como el hipotiroidismo.

ANEXO II

RECOMENDACIONES VACUNALES

CALENDARIO VACUNAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA 2008 Comité Asesor de Vacunas										
VACUNAS	Edad MESES						Edad AÑOS			
	0	2	4	6	12-15	15-18	3-4	6	11-12	13-16
Hepatitis B ¹ (madres HBsAg(-))	HB ^a	HB ^{a,b}	HB ^b	HB ^{a,b}						HB ^a
Difteria ² Tétanos Tosferina		DTPa	DTPa	DTPa		DTPa		DTPa		dTpa ⁴
Polio ⁷		VPI	VPI	VPI		VPI				
H. Influenzae b ⁸		Hib	Hib	Hib		Hib				
Meningococo C ⁹		MC	MC			MC ⁹				
Sarampión ¹⁰ Rubéola Parotiditis					TV		TV			
Varicela ¹¹					Var		Var		Varicela	
Neumococo ¹²		Pn7v	Pn7v	Pn7v		Pn7v				
Papilomavirus ¹³										VPH
Rotavirus ^{14,15}		ROTAV								
Gripe ¹⁶					GRIPE			GRIPE		
Hepatitis A ¹⁷					HA	HA		HA		

- Se puede emplear dos pautas de vacunación: A) Con el inicio al nacimiento y continuación a los 2 y 6 meses de edad. b) Con inicio a los 2 meses y continuación a los 4 y 6 meses de edad. Los hijos de madres AgHBs positivo deben recibir una dosis de vacuna junto con 0,5 ml de gammaglobulina antihepatitis B en sitios anatómicos diferentes y dentro de las primeras 12 horas de vida. La segunda dosis se administrará al mes de vida y la tercera a los 6 meses. En los casos de desconocimiento del AgHBs de la madre deberá administrarse la vacuna al nacimiento e investigando de manera que, en caso de ser positivo, pueda administrarse la gammaglobulina antihepatitis B en la primera semana de vida.
- Pauta 0-2-6 meses de vacuna frente a hepatitis B.
- Pauta 2-4-6 meses de vacuna frente a hepatitis B.
- Vacunación a los 11-12 años pertenecientes a cohortes no vacunadas en el primer año de vida. Se empleará la pauta 0-1-6 meses.
- Difteria, tétanos y pertussis en todas las dosis. Administrar la quinta dosis a los 6 años.
- Vacunación a los 13-16 años con vacuna difteria, tétanos y pertussis de adultos (baja carga antigénica) (dTpa); administrar una dosis cada 10 años en la edad adulta.
- Polio inactivada en todas las dosis. Son suficientes 4 dosis.
- Vacuna conjugada frente a *Haemophilus influenzae* tipo b.
- Vacuna conjugada frente a *Neisseria meningitidis* C.
- Sarampión, rubéola, parotiditis: Triple vírica (TV). La segunda dosis se administrará a los 3-4 años.

- Varicela: Se recomienda la vacunación universal de niños sanos con una primera dosis a la edad de 12-15 meses, y una segunda dosis a los 3-4 años. A partir de esa edad, vacunación de niños y adolescentes susceptibles.
- Vacuna antineumocócica conjugada 7-valente: pauta 2-4-6 meses con una dosis de recuerdo en el segundo año de vida.
- Vacuna VPH tres dosis a niños entre 11-16 años, con pauta 0-2-6 meses si se emplea el preparado tetravalente o en pauta 0-1-6 meses si se utiliza el preparado bivalente.
- Vacuna de rotavirus 2 o 3 dosis dependiendo del preparado vacunal, separadas por 4 semanas de tal forma que la primera dosis se administre entre las 6 y las 12 semanas, y la pauta se complete antes de las 24-26 semanas.
- Vacuna frente a rotavirus opcional: "Al tratarse de una vacuna no financiada, en aquellas situaciones que el pediatra deba establecer prioridades, debería optarse en primer lugar por la vacuna frente al neumococo y en segundo lugar por la vacuna frente a la varicela, relegando a último término la vacuna frente a rotavirus, por tratarse de una enfermedad más leve para el niño que las anteriores".
- Vacuna de gripe recomendada a partir de los 6 meses a niños incluidos en las recomendaciones de la AEP, y a niños sin criterios de riesgo que sus padres o tutores la soliciten y/o su pediatra considere oportuna su administración.
- Vacuna de Hepatitis A: recomendadas 2 dosis separadas por 6-12 meses a partir de los 12 meses de edad, a los niños viajeros o en situación especial de riesgo. Administrarla a niños y adolescentes susceptibles cuyos padres o tutores la soliciten y/o su pediatra considere oportuna su administración.

CALENDARIO DE VACUNACIÓN PARA ADULTOS				
Recomendaciones por vacuna y grupo de edad				
Por edad.	19-22 años*	22-39 años	40-59 años	≥60 años
TÉTANOS Y DIFTERIA DE ADULTO (a)	1 dosis de recuerdo cada 10 años			
SARAMPiÓN, PAPERAS Y RUBÉOLA (b)	2 dosis	1 dosis	—	
HEPATITIS B (c)	3 dosis (0, 1, 6 meses)	1 dosis (0, 1, 6 meses)		
MENINGOCOCO C (d)	1 dosis	1 dosis		—
GRIPE (e)	1 dosis anual			1 dosis anual
NEUMOCÓCICA POLISACÁRIDA (f)	1 dosis			1 dosis

*Iniciadas desde el 1 de enero de 1980.

- Para todas las personas de esta categoría y de las clases indicadas, si no hay constancia de la vacunación/inmunidad.
- Recomendada si existe otro factor de riesgo.

(a) TÉTANOS Y DIFTERIA DE ADULTO (Td) Los adultos con una historia incierta o incompleta de primovacación con dosis de tétanos o tétanos-difteria debe comenzar o completar dicha serie. La primovacación del adulto consiste en tres dosis en pauta 0, 1, 6-12 meses. Se debe administrar una dosis de recuerdo a los adultos que hayan recibido la primovacación hace 10 años. En caso de primovacación incompleta no es necesario reiniciar la pauta, se completará la serie con vacuna Td hasta alcanzar un total de 3 dosis, sin tener en cuenta el tiempo transcurrido desde la última dosis administrada.

(b) SARAMPiÓN, PAPERAS Y RUBÉOLA (TV) **Componente del sarampión:** Los adultos que nacieron antes de 1966 pueden considerarse inmunes al sarampión. Un adulto nacido en 1966 o después debe recibir una dosis de TV, salvo que exista contraindicación médica, evidencia documentada de haber recibido una dosis o más, o historia previa que indique que ha padecido del sarampión, diagnosticado por un médico, o bien prueba serológica de inmunidad. Se recomienda una segunda dosis de TV en adultos nacidos desde 1966 que: 1) hayan estado expuestos al sarampión recientemente o se encuentren en un lugar donde se ha presentado un brote de la enfermedad; 2) trabajen en instituciones sanitarias; 3) tengan previsto realizar un viaje a países con riesgo de exposición; 4) trabajadores de centros educativos. **Componente de parotiditis:** una dosis de la vacuna TV ofrecerá suficiente protección a quienes nacieron en 1966 o después y no tengan una historia que indique que han pasado las paperas, diagnosticadas por un médico, o que no tengan una prueba serológica de inmunidad. **Componente de la rubéola:** administrar una dosis de TV a mujeres en edad fértil (15-49 años) que no puedan demostrar de manera fehaciente que han sido vacunadas contra la rubéola o que no aporten una prueba serológica de inmunidad y asesorarlas con respecto al síndrome de rubéola congénita. No vacunar a mujeres embarazadas o que pudieran quedarse embarazadas dentro de las 4 semanas siguientes a la administración de la vacuna. Tras el parto, las mujeres con serología negativa a rubéola o en las que no se pueda comprobar su inmunidad deben recibir la vacuna TV al terminar el embarazo y antes de que sean dadas de alta de la maternidad.

(c) HEPATITIS B Se administrará en pauta de tres dosis (0, 1, 6 meses) o pautas aceleradas con 4 dosis (0, 7, 21 días, 12 meses o bien 0, 1, 3, 12 meses) si fuera necesario. Se considera que la vacunación es protectora si se consiguen valores de anti-HBs ≥ 10 U/l. Únicamente se recomienda determinar anticuerpos anti-HBs entre 1 y 3 meses después de la administración de la pauta completa de vacunación para comprobar la seroconversión en hijos de madre portadora, individuos vacunados tras la exposición al virus de la hepatitis B, personal sanitario, hemodializados, inmunodeprimidos, parejas sexuales de portadores de personas afectas de hepatitis B crónica. Si no hay respuesta a la vacuna se pueden administrar 3 dosis adicionales. Si con 3 dosis adicionales no se obtuviera respuesta, no se indicarán nuevas series y se considerarán no respondedores.—Los pacientes en hemodilisis precisan una dosis total mayor de vacuna para alcanzar la eficacia deseada. En este caso se recomienda administrar 3 do-

sis de la formulación especial de 40 µg de HBVaxPro® o la administración de 2 dosis juntas en el mismo lugar de 20 µg de Engerix B® en pautas de 4 dosis (0, 1, 2, 6). Los títulos de anti-HBs deben ser verificados anualmente y si descienden por debajo de 10 U/l, se administrará una dosis de refuerzo.—La vacunación está indicada en contactos íntimos o convivientes de portadores de AgHBs; residentes y trabajadores en instituciones para disminuidos mentales; reclusos y personal de instituciones penitenciarias; homosexuales y heterosexuales con múltiples contactos; personas infectadas con VIH; personas con ITS de repetición y sus parejas; pacientes con hepatopatías crónicas, incluida la hepatitis C crónica; personas que viajen a países endémicos; receptores de transfusiones o hemoderivados de manera repetida; insuficiencia renal, preferentemente en fases iniciales, y pacientes en hemodilisis; trabajadores sanitarios y otros trabajos relacionados; usuarios de drogas por vía parenteral y sus parejas sexuales; personas que practican punciones precutáneas (acupuntura, tatuajes, piercing...).

(d) MENINGOCOCO C Una dosis. Vacunación sistemática contra meningococo C en nacidos desde enero de 1985. Vacunación contra meningococo C en individuos con factores de riesgo (deficiencias de complemento, hipogammaglobulinemia o asplenia). Contactos domiciliares o sociales íntimos de pacientes con enfermedad invasora por meningococo C, aunque hayan sido inmunizados previamente con la vacuna de polisacáridos, sin precisar de la quimioprofilaxis indicada.

(e) GRIPE Vacunación anual. Indicaciones médicas: patología cardiovascular o pulmonar (incluido asma); enfermedades metabólicas de evolución crónica, como diabetes, insuficiencia renal, hemoglobinopatías, inmunosupresión (incluida la producida por fármacos y VIH); otras enfermedades crónicas que comprometen el aparato respiratorio por aumento de secreciones o por disfunción neuromuscular (lesión medular, disfunción cognitiva...); gestantes en 2º o 3º trimestre en época de gripe. Indicación por ocupación profesional: personal de servicios públicos, personal sanitario, trabajadores de residencias de ancianos o que atiendan a pacientes crónicos. Otras indicaciones: cuidadores o convivientes de personas de riesgo.

(f) NEUMOCÓCICA POLISACÁRIDA Una dosis. Enfermedades cardiovasculares (excepto asma), pulmonares o metabólicas de evolución crónica. Asplenia anatómica (si esplenectomía, quirúrgica planificada, vacunar al menos dos semanas antes) o funcional (drepanocitosis). Insuficiencia renal crónica. Cirrosis hepática. Diabetes mellitus. Alcoholismo. Fistulas de líquido cefalorraquídeo. Implantes coelocleares o susceptibles de recibirlos. VIH, enfermedades inmunosupresoras, tratamiento quimioterápico.—La revacunación no se recomienda de forma rutinaria. Sólo se administrará una dosis de refuerzo en individuos vacunados hace más de 5 años y en las siguientes circunstancias:

- Personas mayores de 60 años que recibieron la vacuna por alguna de las indicaciones anteriores antes de los 60 años.
- Personas con alto riesgo de infección neumocócica grave (asplenia, fallo renal crónico, síndrome nefrótico u otras situaciones asociadas con inmunosupresión) independientemente de la edad a la que fueron vacunados.

Anexo III

PAUTAS DE ALIMENTACIÓN EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN

NORMAS GENERALES DE ALIMENTACIÓN EN EL LACTANTE

Hasta los 4-6 meses:

Debe utilizarse, exclusivamente y de forma preferente, la lactancia materna. Si esta no fuera posible, deberá usarse una fórmula infantil.

A partir de los 4-6 meses:

Se introducirán de forma progresiva los siguientes alimentos.

- 4-6 meses: — Cereales sin gluten.
 - Zumo de naranja (administrarse a cucharaditas).
- 6 meses: — Continuar con fórmula infantil de inicio (1) o pasar a fórmula de continuación (2).
 - Caldo de verduras más patata, zanahoria y pollo.
- 7 meses: — Puré de frutas (plátano, manzana, pera y naranja).
 - Puré de verduras más carne de vaca y pollo.
- 8 meses: — Cereales con gluten.
- 9 meses: — Pescado blanco.
- 10 meses: — Yogur natural.
- 11 meses: — Yema de huevo.
- 12 meses: — Huevo completo.
 - Fiambre con bajo peso contenido en sal y grasa.
- 18 meses: — Legumbres en puré.

- Los alimentos deben introducirse en cantidades crecientes y solo un alimento distinto de cada vez. Los intervalos entre dos nuevos alimentos no deben ser menores de una o dos semanas.
- La cantidad de leche ingerida diariamente, durante la introducción de la alimentación complementaria, no debe ser inferior a los 500 c.c.
- Se recomienda no utilizar la leche entera de vaca hasta el año o año y medio de vida.
- Se deben restringir la utilización de azúcar o sal en la alimentación del lactante.

NORMAS GENERALES DE ALIMENTACIÓN EN LA INFANCIA

Aporte de calorías:

Hembras 5-12 años: 16,1 Kcal./ cm./día.
Varones 5-12 años: 14,3 Kcal./ cm /día.

Distribución de las calorías en el día:

Desayuno 25 %, comida 30 %, merienda 15 %, cena 30 %.

Calorías diarias aportadas por los principios inmediatos:

50-58 % de carbohidratos, 12-15 % de proteínas, 30-35 % de lípidos.

NORMAS GENERALES DE ALIMENTACIÓN DEL ADOLESCENTE

Aporte de calorías:

Hembras 11-14 años: 47 Kcal./kg./día; 2200 Kcal./día.

Varones 11-14 años: 55 Kcal./Kg./día; 2500 Kcal/día.

Distribución de las calorías en el día:

Desayuno 25 %, comida 30 %, merienda 15 %, cena 30 %.

Calorías diarias aportadas por los principios inmediatos:

45-50 % de carbohidratos, 15-20 % de proteínas, 30-35 % de lípidos.

CANTIDADES DE ALIMENTOS QUE CONSTITUYEN UNA RACIÓN NORMAL EN PREESCOLARES, ESCOLARES Y ADOLESCENTES

Alimentos	Preescolares	Escolares	Adolescentes	Nº Raciones
Leche y derivados	500 c.c.	600 c. c.	800 c.c.	Diario
Carne	40-60 gr.	70-100 gr.	150 gr.	3 veces/semana
Pescado	100 gr.	150 gr.	200 gr.	4 veces/semana
Huevos	1 unidad	1 unidad	2 unidades	3-5 veces/sem.
Verduras	70-80 gr.	90 gr.	100 gr.	Diario
Patatas	60 gr.	100 gr.	150 gr.	Diario
Frutas	2 piezas	2 piezas	2 piezas	Diario
Legumbres	30-50 gr.	60 gr.	70 gr.	3 veces/semana
Pastas	40-50 gr.	60 gr.	70 gr.	Diario
Arroz	40- 50 gr.	60 gr.	70 gr.	2 veces/semana
Pan	200 gr.	350 gr.	400 gr.	Diario

ANEXO IV

CUIDADOS DENTARIOS

Recomendamos la utilización de tetinas y chupetes anatómicos en el periodo neonatal que:

- Evitan hábitos perniciosos de succión (lingual y digital) interfiriendo su influencia negativa en el crecimiento de los maxilares.
- Obligan a la lengua a colocarse en una posición más posterior, evitando su protusión.
- Favorecen el desarrollo correcto de la musculatura perioral.

No se ha descrito mayor frecuencia de caries en personas con Síndrome de Down, sí de periodontitis, por lo que se les debe enseñar a practicar una correcta higiene introduciendo hábitos beneficiosos como:

- Cepillado después de cada comida, incluyendo dientes, lengua y encías, fundamentalmente por la noche.
- Utilización de la seda dental.
- Utilización de la pastilla reveladora de placa bacteriana.
- Utilización del flúor en forma de colutorio «Acción tópica» (buches después del cepillado por la noche en casa, que no se tragan), geles o barnices en la consulta del profesional.

La dieta es un factor muy importante en el desarrollo. Deberá ser equilibrada, pobre en azúcares por su poder cariígeno, evitando alimentos excesivamente blandos y sustituyéndolos por otros de mayor consistencia para reforzar las encías y la musculatura perioral.

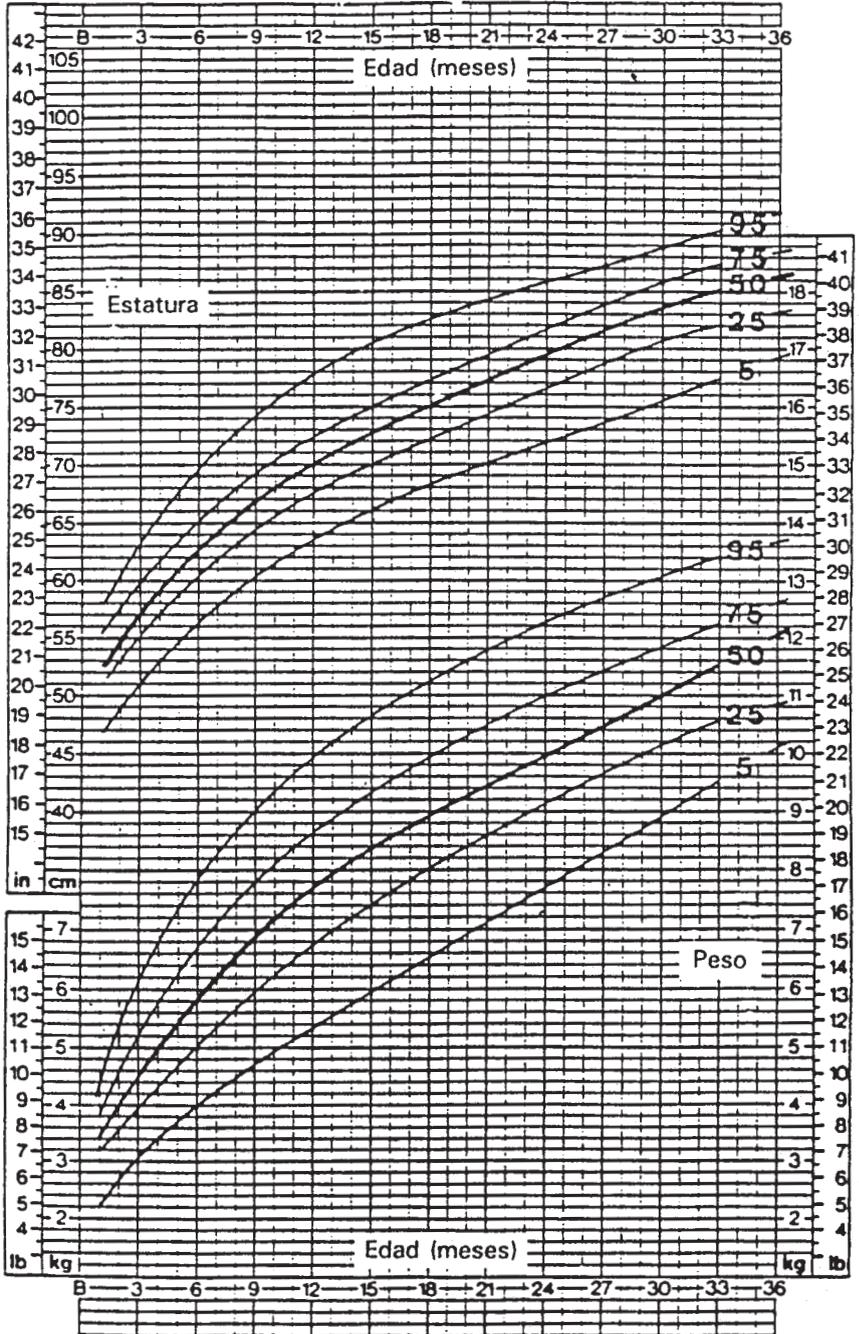
Estos niños desarrollan un alto porcentaje de maloclusiones como compresión del maxilar superior, prognatismo, mordida abierta... que dependen de múltiples factores sobre los que podemos interferir. Por ello son fundamentales las visitas periódicas al especialista (dentista, ortodoncista, etc.), quien controlará:

- La periodicidad de las visitas.
- Una erupción dentaria correcta que permita una buena oclusión.
- Las medidas preventivas (higiene...)
- La detección precoz de posibles patologías en la boca como caries, periodontitis...

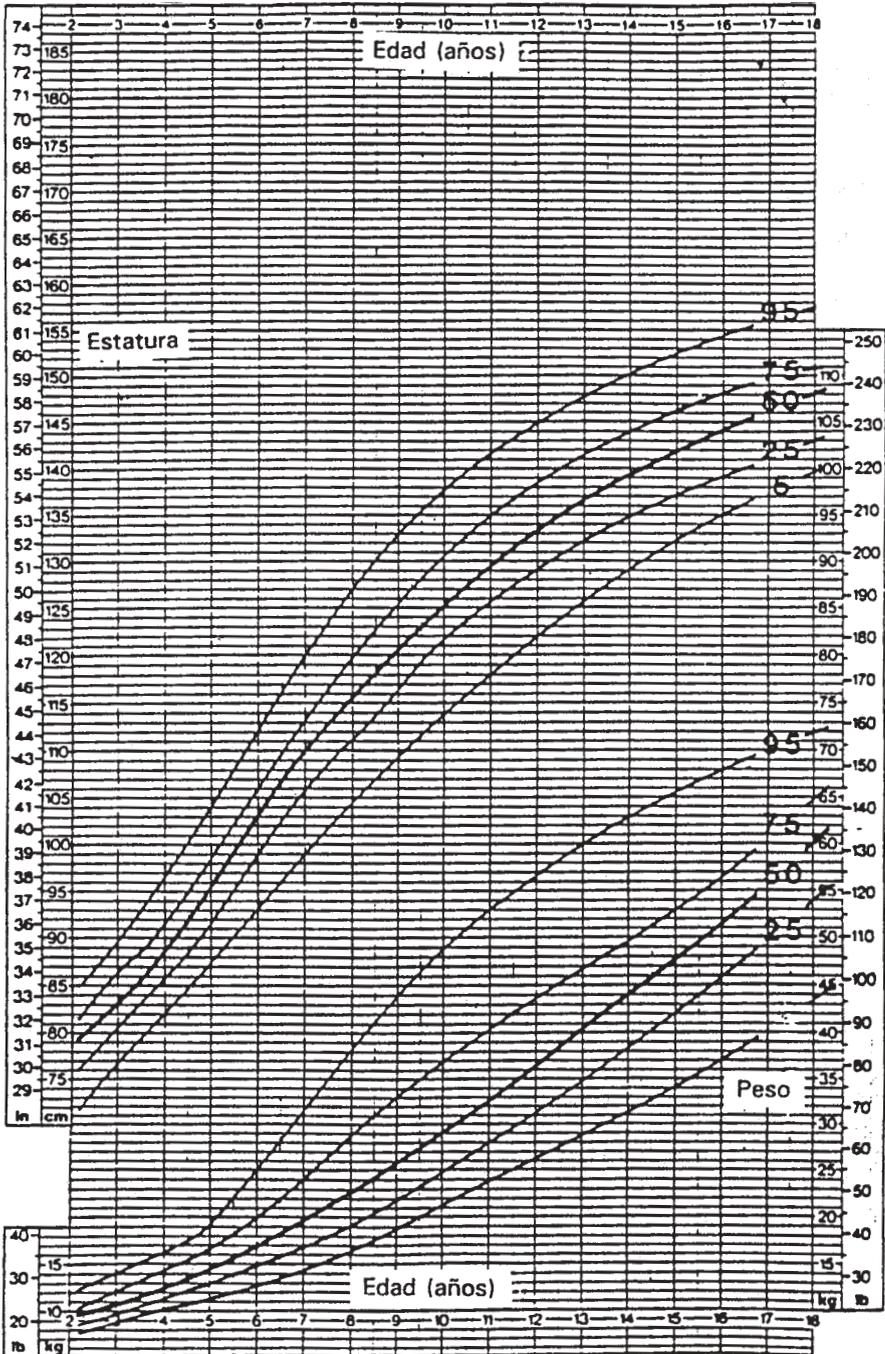
La colaboración con el otorrino es decisiva por la influencia de ciertas alteraciones como la respiración bucal, la deglución atípica, la posición patológica de la lengua... en el crecimiento de los maxilares y en el desarrollo de maloclusiones.

Niñas con síndrome de Down
Crecimiento físico: 1 a 36 meses

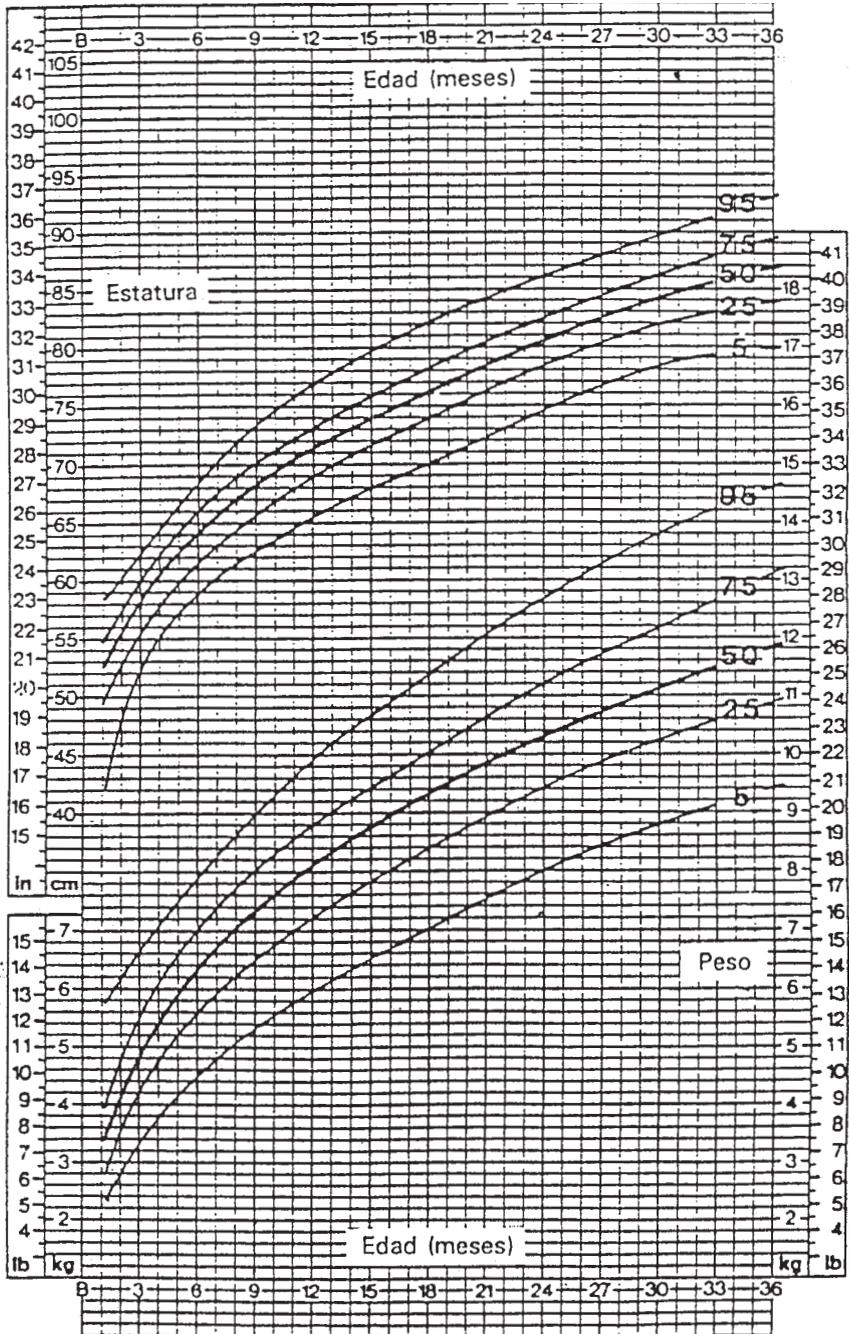
ANEXO V
TABLAS DE PESO Y TALLA (*)



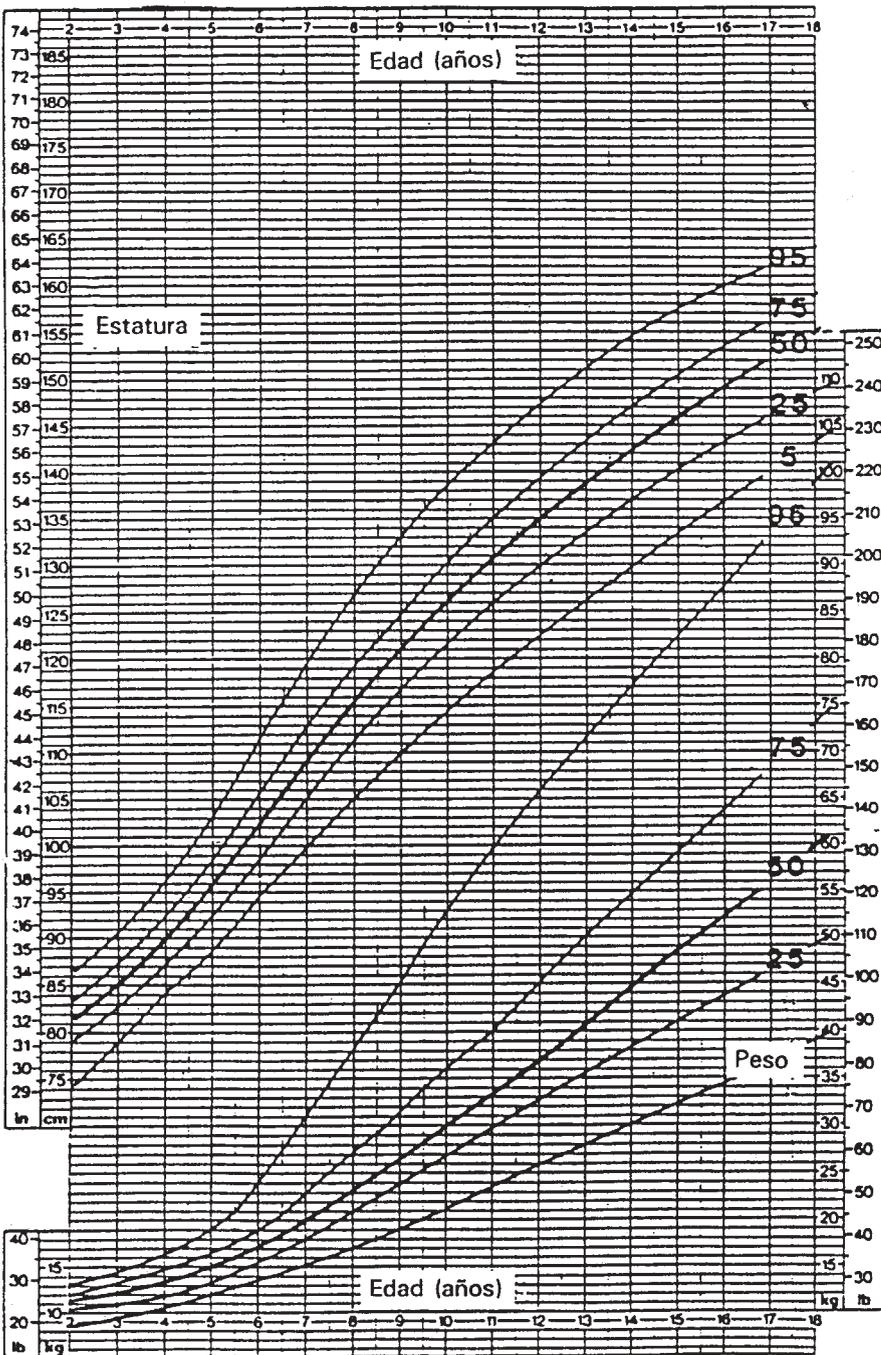
Niñas con síndrome de Down
Crecimiento físico: 2 a 18 años



Niños con síndrome de Down
Crecimiento físico: 1 a 36 meses



Niños con síndrome de Down
Crecimiento físico: 2 a 18 años



(*) Cronk, C.; Crocker, A. C.; Pueschel, S. M., y cols. Pediatrics, 1988; 81: 102. M. T. A. Pediatría, vol. XII, n.º 10.

DIRECCIONES DE INTERÉS

www.downmadrid.org

CENTROS BASE

CENTRO BASE NÚM. 1

Maudes, 26
28003 MADRID
Tfno. 915 989 090

CENTRO BASE NÚM. 2

Melquiades Biencinto, 15
28055 MADRID
Tfno. 915 521 004

CENTRO BASE NÚM. 3

Paseo de las Delicias, 65
28045 MADRID
Tfno. 915 270 091

CENTRO BASE NÚM. 4

Avda. de Alcorcón, 3
28936 MOSTOLES (MADRID)
Tfno. 916 463 068

CENTRO BASE NÚM. 5

Agustín Calvo, 4
28043 MADRID
Tfno. 913 880 202

CENTRO BASE NÚM. 6

Mercedes Arteaga, 18
28019 MADRID
Tfno. 914 729 151

CENTRO BASE NÚM. 7

Rafael Alberti, 37
28018 MADRID
Tfno. 917 779 399

CENTRO BASE NÚM. 8 (Mayores de 65 años de Madrid capital)

Jacinto Verdaguer, 22-24
28019 CARABANCHEL (MADRID)
Tfno. 914 280 421

CENTRO BASE NÚM. 9

Avda. de Madrid, 2, Edif. 4
(Complejo Miguel Hernández)
28820 COSLADA (MADRID)
Tfno. 917 779 399

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES SUBDIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS Y PROGRAMAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Alcalá, 63
28014 MADRID
Tfno. 914 206 993

DIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN DE LA DEPENDENCIA

Espartinas, 10, 3.ª planta
28001 MADRID
Tfno. información 012

EQUIPOS DE ATENCIÓN TEMPRANA

MADRID-NORTE

Sector La Cabrera-Lozoyuela

Carlos Ruiz, 6
28571 LA CABRERA
Tfno. 918 688 568

Sector Alcobendas-S. S. de los Reyes

Avda. Bautanal, 18, 5.ª planta
28700 S. S. DE LOS REYES
Tfno. 916 541 814

Sector Colmenar-Tres Cantos

Ciudad Escolar
Ctra. Colmenar, km. 12,800
28049 MADRID
Tfno. 913 721 694

MADRID-SUR

Sector Alcorcón

Sahagún, s/n
28925 ALCORCON
Tfno. 916 111 703

Sector Aranjuez

Hospital, 3, bajo
28300 ARANJUEZ
Tfno. 918 911 745

Sector Getafe

Antiguo C. P. Gerardo Diego
Avda de las Ciudades, s/n.
28903 GETAFE
Tfno. 916 832 147

Sector Fuenlabrada

C. P. Ferrer Guardia
Travesía de la Arena, s/n.
28944 FUENLABRADA
Tfno. 916 065 751

Sector Leganés

Avda. La Mancha, 2
28911 LEGANES
Tfno. 916 873 146

Sector Móstoles

París, 9
28937 MOSTOLES
Tfno. 916 480 067

Sector Navalcarnero

Cuesta de Tostonero, 2
28600 NAVALCARNERO
Tfno. 918 114 028

Sector Parla

Ciudad Real, s/n
28980 PARLA
Tfno. 916 052 082

MADRID-ESTE

Sector Alcalá de Henares

Avda. de Castilla, s/n
28804 ALCALÁ DE HENARES
Tfno. 918 836 280

Sector Arganda

Carretera de Loeches, s/n
Zoco de Arganda, 4.ª planta
28500 ARGANDA DEL REY
Tfno. 918 703 032

Sector Coslada-San Fernando

Nazario Calonge, 1
28830 S. FERNANDO DE HENARES
Tfno. 916 712 316

MADRID-OESTE**Sector Pozuelo de Alarcón**

Gerardo Diego, c/v S. Juan de la Cruz
28224 POZUELO DE ALARCON
Tfno. 913 516 148

Sector Torreldones

Ctra. de Torreldones, 35
28250 TORRELODONES
Tfno. 918 592 894

Sector Villanueva de la Cañada

Móstoles, 1
28691 VILLANUEVA DE LA
CAÑADA
Tfno. 918 155 276

MADRID-CENTRO**Sector Tetuán**

Magnolia, 82
28029 MADRID
Tfno. 913 232 231

**Sector Hortaleza
(Chamartín y Ciudad Lineal)**

Mar Caspio, 6
28033 MADRID
Tfno. 913 817 347

Sector San Blas

Las Musas, 11
28022 MADRID
Tfno. 913 209 046

Sector Latina

Plaza de Anocibar, s/n.
28025 MADRID
Tfno. 914 650 038

Sector Puente de Vallecas

Luis Marín, 1
28038 MADRID
Tfno. 913 039 979

Sector Villa de Vallecas

Rafael Fernández Hijicos, 32
28038 MADRID
Tfno. 917 773 356

Sector Villaverde

Fernando Ortiz, s/n.
28041 MADRID
Tfno. 913 176 966



Caídos de la División Azul, 21 • 28016 MADRID
Teléfono: 91 310 53 64 • Fax: 91 308 43 83
www.downmadrid.org
fsdm.sede@downmadrid.org



LA LEY

grupo Wolters Kluwer

ha financiado
la edición de este documento