



GUÍA DE AYUDA:

Manejo práctico de los problemas pediátricos
más frecuentes en la escuela y guardería

Consejos para profesorado
y cuidadores escolares

Editado por el Grupo de Educación para la Salud de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

AUTORES

- María Alfaro González. Pediatra. Hospital de Medina del Campo. Valladolid
- Pascual Barona Zamora. Pediatra de Atención Primaria. CS Padre Jofre. Valencia
- M.ª Teresa Cerdán Vera. Pediatra de Atención Primaria. CS Plaza Segovia. Valencia
- Elena Fernández Segura. Pediatra de Atención Primaria. CS de Nerja. Málaga
- Ana Fierro Urturi. Pediatra. CS Pisuerga. La Flecha. Valladolid
- Marta Marina García Alonso. Médico residente. CS Arturo Eyries. Valladolid
- Cristina García de Ribera. Pediatra de Atención Primaria. CS Rondilla II Valladolid
- Fátima Muñoz Velasco. Pediatra de Atención Primaria. CS de Sánchez Morate de Getafe en Madrid
- Catalina Núñez Jiménez. Pediatra de Atención Primaria. CS de Trencadors. Palma de Mallorca
- Raquel M.ª Portillo Rubiales. Enfermera. CS de Tordesillas. Valladolid
- María Sanz Almazán. Médico residente. Valladolid
- M.ª Esther Serrano Poveda. Pediatra Equipo de Atención Primaria. CS Benicalap Miguel Servet. Valencia
- Eva Suárez Vicent. Pediatra Equipo de Atención Primaria del Centro Salud Burriana II. Castellón
- María Tríguez. Pediatra de Atención Primaria. CS Eras del Bosque. Palencia
- M.ª Dolores Valverde Gregorio. Enfermera. CS Pisuerga. La Flecha. Valladolid
- Marta Esther Vázquez Fernández. Pediatra EAP. CS Arturo Eyries. Valladolid

CORRECTORES

- M.ª Esther Serrano Poveda. Coordinadora Grupo EPS de la AEPap
- Miembros Grupo Educación para la Salud de la AEPap

COORDINACIÓN DE LA EDICIÓN

- M.ª Esther Serrano Poveda. Coordinadora Grupo EPS de la AEPap

Maquetación: Lúa Ediciones 3.0, S. L.

© Grupo Educación para la Salud de AEPAP

1.ª edición: septiembre de 2015

ISBN: 978-84-944281-2-8

Reservados todos los derechos. Ni la totalidad, ni parte de este libro, pueden reproducirse o transmitirse por ningún tipo de procedimiento electrónico y mecánico, incluidos los de fotocopia o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación sin permiso del autor y editor.

Prólogo

Es para mí un orgullo presentar la Guía de ayuda para el manejo de los problemas pediátricos más frecuentes, urgentes o no, que pueden ocurrir en los colegios y guarderías.

Está destinada a ser una ayuda para los profesores en su tarea diaria. Los niños y niñas pasan una parte importante de su vida en el medio escolar y, aunque la mayoría de ellos gozan de buen estado de salud, no es infrecuente que presenten problemas y patologías, tanto agudas como crónicas.

El objetivo fundamental de esta guía es proporcionar a los profesores y otros profesionales que trabajan en los centros escolares de Educación Primaria y Secundaria, y las guarderías o escuelas infantiles; los conocimientos y habilidades necesarios para abordar estas situaciones, en ocasiones urgentes, que pueden afectar a la salud y calidad de vida de la población infantil.

Los autores son pediatras de Atención Primaria expertos en educación para la salud. La guía está escrita de manera rigurosa utilizando un lenguaje claro y sencillo. Para cada problema se responde a las preguntas: ¿qué es?, ¿qué hay que saber?, ¿cómo actuar? Se aportan también enlaces y documentos de interés relacionados con las patologías, así como consejos sobre higiene y prevención y se abordan otros aspectos que preocupan a los docentes en relación con temas legislativos.

En la guía, cada problema o patología está acompañada de una presentación de diapositivas para su uso en exposiciones y sesiones educativas en el centro escolar, que pueden correr a cargo tanto de los propios docentes como de los pediatras y enfermeras de Atención Primaria. Sirven para difundir las habilidades y conocimientos de esta guía al personal del centro educativo de forma que todos puedan estar preparados para actuar en caso necesario.

Mi más sincero agradecimiento a todos los autores por su trabajo desinteresado. Estamos convencidos de que esta guía contribuirá a mejorar la calidad de vida de nuestros niños, niñas y adolescentes.

Begoña Domínguez Aurrecochea
Presidenta de AEPap



Presentación de la guía

Desde el Grupo de Educación para la Salud de la AEPap hemos iniciado con ilusión este proyecto. Nuestra intención final es la de facilitar a los centros y a los profesionales docentes y no docentes encargados de la atención diaria de nuestros niños su labor mientras el niño permanece en la escuela.

Esta guía de ayuda pretende dar unos conocimientos básicos y suficientes para atender con un mínimo de seguridad los problemas clínicos más frecuentes en los niños, que ocurren o pueden ocurrir en los colegios.

Hemos intentado tener en cuenta algunos aspectos que creemos pueden contribuir a facilitar la seguridad de los profesionales, tanto en lo que deben hacer en cada situación como en cuanto a la seguridad a nivel legal de estos profesionales y del centro escolar. Sabemos y comprendemos que este último es un aspecto importante que preocupa en ocasiones a los docentes y nuestra intención es ayudar y aclarar aquellas dudas que puedan surgir.

Asimismo, nuestro interés es que esta información y aprendizaje de habilidades se extienda al máximo posible de profesionales y de personas que se encuentren en el entorno de los niños. Y para ello hemos intentado también facilitar material ya elaborado, con el que impartir sesiones informativas o educativas dentro y fuera del propio centro escolar. Este material está disponible para difundir entre otros profesionales estos conocimientos prácticos.

Hemos intentado utilizar un lenguaje fácilmente comprensible y con los mínimos tecnicismos posibles. Esperamos haberlo conseguido.

Los contenidos han sido redactados por pediatras con una larga experiencia clínica y han sido adecuados a los problemas clínicos que hemos considerado más frecuentes en el ámbito escolar. Algunos de ellos no son tan frecuentes, pero, por su gravedad y urgencia nos han parecido relevantes y los hemos incluido en la guía.

Con esta guía de ayuda pretendemos mejorar la calidad de la atención de nuestros niños y adolescentes y mejorar su bienestar. Y también mejorar la colaboración entre profesionales sanitarios y profesionales docentes, encargados respectivamente de los dos pilares básicos de su atención: la salud y la educación.

Confiamos en que estos protocolos se conviertan en unas guías habituales de uso por todo el personal de cada centro y sean de utilidad para disminuir la ansiedad que a veces genera cualquier situación urgente a las personas que las atienden.

Grupo de Educación para la Salud de la AEPap

Cómo utilizar la guía

La guía consta en realidad de **dos partes: una para colegios y otra para guarderías.**

Puesto que no todas las patologías ni todos los problemas son exactamente los mismos según las edades de los niños, hemos realizado esta división de temas. Algunos de ellos serán iguales en ambas partes, ya que son aplicables de forma indistinta independientemente de la edad.

Los problemas clínicos que se tratan en ambas guías están indexados en varias subsecciones para facilitar su búsqueda. Estas están reflejadas en el índice y son los siguientes:

- Situaciones de urgencia.
- Accidentes.
- Niños con enfermedades crónicas.
- Consejos sobre higiene y prevención.
- Otros consejos: incluyen información sobre el comedor escolar, la zona de juegos, uso de medicamentos más habituales...

La organización de los temas permite resolver preguntas concretas como:

- ¿Cuál **es** el problema en cuestión?
- ¿Qué **hay que saber** sobre él?
- ¿Cómo **actuar** en este caso? (en muchos casos existe un algoritmo de actuación que seguir).
- Enlaces de interés.
- Documentos de interés (en caso de querer ampliar información).

Cada tema está acompañado por una presentación en PowerPoint cuyos contenidos se corresponden aproximadamente con los expuestos en el tema correspondiente. Esta presentación tiene como fin su uso en exposiciones y sesiones educativas en el centro escolar. Sirve para difundir las habilidades y conocimientos de esta guía a todo el personal del centro de forma que todos estén preparados para actuar en caso necesario.

Estas presentaciones las puede exponer cualquier docente del centro interesado, puesto que la mayoría de sus contenidos son claros y fáciles de explicar o, si se considera más pertinente, se puede disponer de ellas para facilitar el trabajo de los profesionales sanitarios de los centros sanitarios de referencia a los que el colegio solicite ayuda para impartir estas sesiones. Estos pueden utilizarlas con total libertad para ello.

En algunos temas donde se ha considerado útil, se dispone de enlaces a vídeos donde se explican determinadas actuaciones o administración de tratamientos de urgencias. ¡Una imagen vale más que mil palabras!

La guía proporciona también documentos útiles para el centro docente, como son fichas con los datos de los alumnos con necesidades médicas específicas o documentos para autorizar la administración de determinadas medicaciones. En general estarán en cada tema correspondiente.

Finalmente, en los últimos apartados de la guía os facilitamos información sobre teléfonos y direcciones de utilidad, os proporcionamos información sobre aspectos legislativos y adjuntamos algún documento para la evaluación de esta guía.

Si los centros que reciban y utilicen la guía así lo deciden, nosotros agradeceríamos que nos remitieran estos documentos evaluativos con sus opiniones. Estamos interesados en mejorar y modificar aquello que, según las aportaciones de los distintos centros, pueda ser mejorado. Gracias de antemano por vuestra colaboración.

Grupo de Educación para la Salud de la AEPap

DISTRIBUCIÓN DE LOS TEMAS. ÍNDICE GENERAL DEL PROYECTO

Prólogo	3
Presentación de la guía	4
¿Cómo utilizar la guía?	5

GUÍA PARA COLEGIOS: PRIMARIA Y SECUNDARIA

1. Situaciones de urgencia

• Cómo actuar ante una crisis asmática	11
• Cómo actuar ante un niño con vómitos repetidos	28
• Cómo actuar cuando un niño convulsiona	34
• RCP básica. Cómo aprender	39
• Cómo actuar ante un atragantamiento	45
• Qué es una anafilaxia y cómo actuar	48
• Cómo actuar si un niño tiene fiebre	59
• Cómo actuar ante un desmayo o lipotimia	63
• Cómo actuar ante un dolor abdominal	67

2. Accidentes

• Cómo actuar ante una sospecha de fractura o lesión importante después de una caída	70
• Qué hacer ante un traumatismo craneal	72
• Cómo actuar ante una herida que sangra	75

3. Niños con enfermedades crónicas

• Asma por ejercicio	80
• El niño diabético en la escuela.	86
• El niño celíaco en el colegio	96
• Intolerancia a lactosa y alergias alimentarias	98
• Dietas especiales: diabéticos, celíacos, alérgicos a alimentos	102

4. Consejos sobre higiene y prevención

• ¿Qué pasa con los piojos? ¿Cómo controlarlos?	109
• Periodos de exclusión del colegio por procesos infecciosos infecciosos y riesgo de contagio	112
• La importancia de lavarse las manos	117

5. Otros consejos

• Qué hacer ante una sospecha de malos tratos	120
• ¿Cuáles son las dosis habituales de fármacos para la fiebre o el dolor?	126
• Normas del comedor escolar	127

GUÍA PARA GUARDERÍAS

1. Situaciones de urgencia

• Cómo actuar cuando un bebé tiene diarrea	139
• Cómo actuar cuando un bebé vomita	144
• Cómo actuar si un bebé tiene fiebre	147
• Fatiga en el lactante y el niño pequeño	152
• RCP básica. Cómo aprender	159
• Cómo actuar ante un atragantamiento	165



• Qué es una anafilaxia y cómo actuar	169
• Cómo actuar ante un espasmo del sollozo	180
• Cómo actuar ante un dolor abdominal	182
• Cómo actuar cuando el niño convulsiona	184
2. Accidentes	
• Cómo actuar ante una sospecha de fractura o lesión importante después de una caída	189
• Cómo actuar ante una herida que sangra	191
• Qué hacer ante un traumatismo craneal	196
3. Niños con enfermedades crónicas	
• Intolerancia a la lactosa y alergias alimentarias	199
• Dietas especiales	203
4. Consejos sobre higiene y prevención	
• Cuidados del área del pañal	210
• Periodos de exclusión de la guardería por procesos infecciosos y riesgo de contagio	213
• La importancia de lavarse las manos	217
• Higiene y hábitos saludables en guarderías	220
5. Otros consejos	
• ¿Cuáles son las dosis habituales de fármacos para la fiebre o el dolor?	225
• Normas del área de juego común	226
• Normas del comedor escolar	228
• Qué hacer ante sospecha de malos tratos	239
Normativa y documentos	243
Teléfonos y direcciones de interés	246
Evaluación de la guía	249

GUÍA PARA COLEGIOS: Primaria y Secundaria

1. SITUACIONES DE URGENCIA

Cómo actuar ante una crisis asmática

¿Qué hay que saber sobre el asma?

Es una enfermedad inflamatoria crónica de los bronquios que produce una obstrucción al flujo aéreo generalmente reversible, e hiperreactividad bronquial como respuesta a diversos estímulos.

¿Cuál es la causa?

El origen del asma en la actualidad es desconocido. Se produce por la interacción de **factores genéticos** (predisposición familiar) y **factores ambientales**. En la mayoría de los casos (80%), el asma es de causa alérgica.

Las personas predispuestas se “sensibilizan” a sustancias de su entorno, que denominamos **alérgenos**. Al respirar de forma mantenida estas sustancias se produce una inflamación de las vías respiratorias.

En algunos asmáticos es imposible detectar una causa alérgica evidente. Para estos casos reservamos el nombre de **asma intrínseca**.

¿Qué factores desencadenan una crisis de asma?

Los bronquios inflamados de los asmáticos son muy sensibles y reaccionan no solamente a las sustancias a las que son alérgicas, sino a otras circunstancias.

Los factores capaces de desencadenar episodios de asma (es decir, episodios de obstrucción de las vías aéreas) se denominan **desencadenantes**.

Los más frecuentes son:

- Alérgenos: ácaros, polen, mohos, caspa de animales y cucarachas.
- Tabaco.
- Irritantes y polucionantes: humos, olores fuertes: pinturas, gasolina, perfumes...
- Infecciones respiratorias.
- Deporte y ejercicio.
- Emociones (risa, llanto).
- Medicamentos (aspirina).
- Algunos alimentos, conservantes, colorantes y aromatizantes.

¿Cuáles son los síntomas?

La intensidad y la frecuencia de los síntomas dependen del grado de inflamación y obstrucción bronquial.



- Tos (sobre todo nocturna, de madrugada y al hacer ejercicio).
- Fatiga.
- Pitos o silbidos.
- Dolor en el pecho u opresión torácica.

Pueden ser reversibles de modo espontáneo o con el tratamiento específico.

Indican gravedad extrema:

- Cianosis (labios, uñas o piel de color azulado).
- Dificultad para respirar que no permite hablar y/o caminar.
- Confusión mental o pérdida de conciencia.



Vídeo informativo: *¿Qué sucede en una crisis de asma?:*

http://kidshealth.org/parent/videos/flare_up_vd_esp.html#cat20255

Es importante saber:

- No es ni un trastorno psicológico ni una enfermedad contagiosa.
- No todos los asmáticos son alérgicos (solo el 80%), ni todos los alérgicos son asmáticos.
- El asma puede producirse a cualquier edad.
- Con un tratamiento adecuado, un plan de acción y evitando los desencadenantes, los asmáticos pueden llevar una vida normal y participar en todas las actividades escolares, incluido el ejercicio físico.
- En la escuela es muy importante que los profesionales de educación, aparte de reconocer los signos y síntomas de la enfermedad, conozcan la medicación que ha de ser utilizada.

¿Cómo se diagnostica?

Su diagnóstico es fundamentalmente **clínico**:

- Historia familiar y personal de alergia.
- Síntomas recurrentes: tos, fatiga, silbidos, opresión en el pecho.
- Relación con factores desencadenantes.
- Exploración física.

La **prueba de función pulmonar (espirometría)** sirve para conocer el grado de obstrucción y su reversibilidad.

Las **pruebas alérgicas** permiten conocer la existencia o no de alérgenos implicados para establecer las medidas de evitación oportunas.

¿Cómo se trata?

Objetivos

- Lograr y mantener el control del asma lo antes posible.
- Prevenir las exacerbaciones y la obstrucción crónica del flujo aéreo.
- Tener una calidad de vida normal en todos los ámbitos (escuela, deporte...).
- Evitar los efectos secundarios de los medicamentos.

Bases del tratamiento

- Prevención: conocimiento por parte del paciente y de su familia de la enfermedad.
- Control medio ambiental y factores desencadenantes en la medida de lo posible.
- Tratamiento farmacológico.
- Vacunas o inmunoterapia: modifica la respuesta al alérgeno.
- Educación sobre el asma: adquirir conocimientos tanto los pacientes como su familia o cuidadores para el control de la enfermedad.

¿Qué medicamentos se utilizan en el tratamiento?

Medicamentos broncodilatores o de rescate:

- Constituyen la **medicación de urgencia**. Logran una rápida mejoría de los síntomas.
- Relajan los músculos bronquiales y abren los bronquios.
- No actúan sobre la inflamación.
- Se utilizan en la crisis aguda y para prevenir el asma inducido por el ejercicio.
- Todos suelen ser de color azul o gris.
- Efectos secundarios leves: temblores, aumento de la frecuencia cardíaca.
- Los más eficaces y rápidos en actuar son los **broncodilatadores de acción rápida**: salbutamol (Ventolin®), terbutalina (Terbasmin®).

Medicamentos antiinflamatorios:

- **Controlan la inflamación**.
- Se usan como **medicación preventiva** durante largos periodos de tiempo, aunque los niños con asma no tengan síntomas, para evitar la recaída.
- No sirven como tratamiento de urgencia contra las crisis agudas.
- Son de color marrón, beige, naranja, amarillo o blanco.
- Los **corticoides inhalados** son el fármaco de primera elección.
- Son considerados seguros para utilizar durante largo tiempo.
- Pueden producir efectos secundarios leves como dolor de garganta, ronquera, candidiasis bucal (hongos). Para evitarlo es importante enjuagarse la boca con agua después de su uso.

Según los síntomas se utilizarán los antiinflamatorios, los broncodilatadores o ambos.



¿Cómo se administran los fármacos antiasmáticos?

La forma con menos efectos secundarios y más rápida de administrar tanto los medicamentos de rescate como los preventivos es la **vía inhalada**.

Existen diferentes dispositivos cuya técnica de administración es distinta. La utilización de uno u otro depende de la edad, capacidad de usarlo correctamente y tipo de fármaco.

Algunos de los dispositivos de administración mediante inhalación son los siguientes:

Inhaladores de aerosol presurizado

Los inhaladores de aerosol presurizado o MDI (del inglés *metered dose inhaler*) tienen dos presentaciones:

- Convencional: se activan tras la pulsación.
- Activado por inspiración.

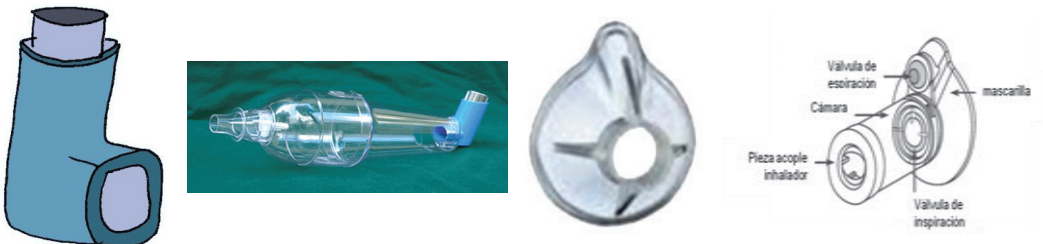
En niños se deben utilizar siempre con **cámara de inhalación o espaciador**, con o sin mascarilla.

Facilitan la llegada del medicamento a los pulmones y reducen el depósito en la garganta, disminuyendo los efectos adversos como la afonía o la infección por hongos.

Disponen de unas válvulas que permiten asegurar que se está tomando la medicación, porque se puede ver que se mueven.

Hay dos tamaños:

- **Tamaño pediátrico**: se pueden usar en niños con menos de 3-4 años. Todos deben llevar una mascarilla facial.
- **Tamaño grande**: se pueden usar en niños a partir de 5-6 años. Estos deben colaborar mejor e inhalar a partir de una boquilla.



De izquierda a derecha: inhalador MDI, cámara sin mascarilla, mascarilla, esquema de cámara de inhalación pediátrica.

Inhaladores de polvo seco

Hay dos tipos:

- **Unidosis:** se carga con una cápsula nueva, que está fuera del dispositivo, para cada dosis.
- **Multidosis:** el dispositivo lleva muchas dosis.



Inhaladores de polvo seco multidosis.
Imagen tomada de FBBVA.es.

Líquidos o soluciones que se emplean en los nebulizadores

Precisan una conexión a una fuente de oxígeno o aire comprimido.

Sistema de inhalación recomendado

Edad	Inhalador recomendado
Niños < 4 años	Inhalador presurizado con cámara espaciadora de pequeño tamaño y mascarilla facial
De 4 a 6 años	Inhalador presurizado con cámara espaciadora con/sin mascarilla*
6 años	Inhalador de polvo seco Inhalador presurizado activado por inspiración Inhalador presurizado con cámara

*Siempre que el paciente colabore, utilizar la cámara con boquilla y retirar la mascarilla.

¿Qué es un medidor de flujo respiratorio máximo?

Es un aparato con el cual se mide la velocidad con que se expulsa el aire de los pulmones. Permite saber cómo funcionan los pulmones del niño asmático e iniciar una pauta de tratamiento para prevenir la aparición de una crisis de asma. Lo utilizan algunos niños que tienen dificultad para controlar su asma y como indicador de si pueden o no realizar ejercicio.

Las zonas de colores del medidor son como un **semáforo**:

- **Zona verde:** significa adelante, está respirando bien.
- **Zona amarilla:** significa precaución, puede que necesite tomar su medicación.
- **Zona roja:** significa que necesita ayuda y tomar su medicación de rescate

(broncodilatador). Puede ser necesario acudir a Urgencias.

Normas generales de manejo de los inhaladores

- Utilizar el dispositivo más adecuado a la edad y capacidad de manejo.
- En niños, el inhalador con cartucho presurizado (MDI) se debe utilizar **siempre** con cámara espaciadora.
- Los inhaladores presurizados deben ser agitados antes de cada uso.
- No descargar múltiples pulsaciones simultáneas, esperar 30 segundos entre cada pulsación.
- Inhalar inmediatamente después de la pulsación.
- Debe revisarse periódicamente si el dispositivo se encuentra en buen estado y comprobar la técnica de inhalación.

Técnica de inhalación con MDI conectado a cámara con mascarilla (0-4 años)

1. Retirar la tapa del inhalador y agitar el cartucho antes de conectarlo a la cámara.
2. Acoplar a la cámara con mascarilla, el inhalador en posición vertical (forma de "L").
3. Situar la mascarilla apretada alrededor de la boca y de la nariz del niño.
4. Apretar el pulsador una vez con la cámara horizontal.
5. Mantener la posición de la mascarilla mientras el niño respira, observando la válvula.
6. Contar al menos 4-5 respiraciones del niño.
7. El número de inhalaciones será: volumen de la cámara (cc)/(peso del niño × 10 cc).
8. Repetir los pasos para cada dosis con intervalos de 30 segundos entre dosis.
9. Retirar la mascarilla de la cara.
10. Retirar el cartucho de la cámara.
11. Enjuagar la boca con agua y/o lavar la zona de contacto de la mascarilla.
12. Limpiar periódicamente la cámara y la mascarilla con agua y jabón.



Técnica de inhalación con MDI conectado a cámara con boquilla (sin mascarilla) (4-6 años)

1. Retirar la tapa del inhalador y agitar el cartucho antes de conectarlo a la cámara.
2. Conectar el cartucho a la cámara (en posición vertical en forma de "L"). Situar la boquilla en la boca del niño.
3. Apretar el pulsador una vez la cámara esté horizontal.
4. Mantener la posición de la boquilla mientras el niño respira. El número de inhalaciones será: volumen de la cámara (cc) / (peso del niño × 10 cc).
5. Repetir los pasos para cada dosis con intervalos de 30 segundos entre dosis.
6. Retirar el inhalador y tapanlo. Enjuagarse la boca con agua.
7. Limpiar periódicamente la cámara con agua y jabón.

Técnica de inhalación con MDI conectado a cámara con boquilla (> de 6 años)

- Ensamblar las piezas de la cámara. Retirar la tapa del inhalador y agitar el cartucho antes de conectarlo a la cámara.
- Conectar el cartucho a la cámara (en posición vertical en forma de "L"). Vaciar suavemente los pulmones.
- Situar la boquilla en la boca del niño, apretándola firmemente con los labios del niño.
- Apretar el pulsador una vez con la cámara horizontal y realizar una inspiración lenta y profunda, de unos cinco segundos.
- Retirar la cámara de la boca y mantener el aire en los pulmones de 5 a 10 segundos. Expulsarlo por la nariz lentamente. Una inhalación profunda puede ser suficiente para tomar toda la medicación de una cámara de volumen pequeño (pero se necesitan un mínimo de tres inhalaciones con una cámara de gran volumen).
- Repetir los pasos para cada dosis con intervalos de 30 segundos entre dosis.
- Retirar el inhalador y tapanlo. Enjuagarse la boca con agua.



Técnica de inhalación con dispositivo en polvo seco Turbuhaler

1. Desenroscar y retirar la tapa que cubre el inhalador.
2. Para cargar la dosis, mantener el inhalador en posición vertical y girar la rosca giratoria de la parte inferior primero a la derecha (hasta el tope) y después a la izquierda (posición inicial); se oír un clic característico que indica que la dosis está preparada para inhalar.
3. Expulsar el aire de los pulmones normalmente manteniendo el inhalador alejado de la boca.
4. Colocar la boquilla sellándola con los labios y manteniendo el inhalador en posición horizontal.
5. Realizar una inspiración profunda e sostenida sujetando el inhalador por la zona de la rosca, sin obturar ninguno de los orificios del inhalador.
6. Apartar el inhalador de la boca, retener la respiración 8-10 segundos y luego espirar lentamente.
7. Si son precisas más dosis, repetir los pasos para cada dosis con intervalos de 30 segundos entre dosis.
8. Retirar el inhalador y tapanlo. Enjuagarse la boca con agua.
9. Cuando aparece una marca roja en el indicador quedan 20 dosis.

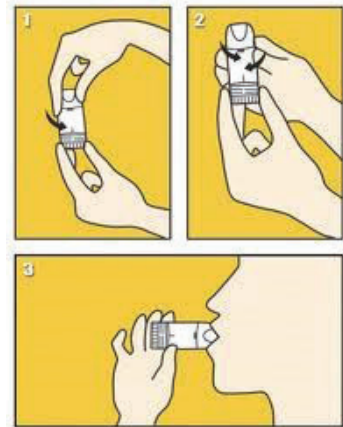


Imagen tomada de Vivirmejor.com

Técnica de inhalación con dispositivo Accuhaler

1. Abrir el inhalador retirando la carcasa externa.
2. Deslizar la palanca hasta el tope (el inhalador está listo para utilizar).
3. Espirar profundamente manteniendo el inhalador alejado de la boca.
4. Colocar la boquilla entre los labios, inspirar profunda y sostenidamente.
5. Retirar el inhalador de la boca, mantener la inspiración durante diez segundos y espirar lentamente.
6. Cerrar el inhalador y enjuagar la boca al finalizar la inhalación.
7. El dispositivo contiene un marcador con el número de dosis restantes.



Técnica de inhalación con polvo seco unidosis

1. Abrir la parte superior del sistema de inhalación.
2. Introducir la cápsula en posición vertical.
3. Cerrar la parte superior hasta que se ensamblen las dos piezas del sistema.
4. Apretar hacía dentro la pieza de perforación de la cápsula.
5. Expulsar todo el aire de los pulmones (nunca dentro del inhalador).
6. Colocar la boquilla del aerosol entre los labios, inspirar profunda y sostenidamente.
7. Retirar el inhalador de la boca y mantener la respiración durante 10 segundos.
8. Enjuagar la boca para eliminar los restos del fármaco.



Imagen tomada de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-manejo-del-asma-atencion-primaria-15121>

Técnica de inhalación con sistema Autohaler

1. Quitar la tapa y colocarlo en posición vertical, en forma de "L", agitar suavemente para homogeneizar la solución y levantar la palanca de carga.
2. Efectuar una espiración completa y colocar el inhalador en la boca sellando la salida del inhalador con los labios.
3. Inspirar lentamente por la boca evitando que la lengua interfiera la salida del medicamento.
4. Retirar el inhalador de la boca, mantener la inspiración durante 10 segundos y expulsar el aire lentamente.
5. Si se precisa nuevas dosis, repetir la misma operación.
6. Tapar el inhalador y enjuagar la boca al finalizar las inhalaciones.



<http://www.pap.es/files/1116-448-pdf/461.pdf>

Los sistemas que más frecuentemente usan nuestros niños serán el MDI con cámara espaciadora o sin ella y el Turbuhaler, pero es conveniente que se conozcan los otros sistemas por si algún niño los utiliza.

Material informativo sobre el uso de inhaladores

- ▶ Inhaladores: álbum fotográfico e instrucciones de uso. En: Respirar - Portal Familia. <http://www.respirar.org/portal-de-familias> y <http://www.respirar.org/images/pdf/grupovias/dt-gvr-7-inhaladores.pdf>
- ▶ Manejo de dispositivos de inhalación en el tratamiento del asma. En: Familia y Salud. <http://www.familiaysalud.es/medicinas/normas-de-uso-de/manejo-de-dispositivos-de-inhalacion-en-el-tratamiento-del-asma>
- ▶ Escuela de pacientes. Junta de Andalucía: http://www.escueladepacientes.es/ui/aula.aspx?stk=Aulas/Asma_Infantil

¿Qué hacer ante una crisis de asma en el colegio?

- **Avisar al profesor.** Los padres, los sanitarios y los profesores deben **instruir** al niño o adolescente para que **avise** a su profesor tan pronto como se dé cuenta de que está comenzando una crisis.
- El profesor avisará a la **persona encargada** en el colegio de atender la situación. Sería aconsejable que cada profesor se encargara de sus niños.
- Mantener al niño en **reposo** para que se tranquilice.
- Eliminar desencadenantes si se puede.
- Localizar la ficha con el plan de manejo individualizado.
- Si se dispone de broncodilatador de acción rápida (salbutamol o terbutalina):
 - Administrar cuatro pulsaciones.
 - Si a los 20 minutos no ha mejorado, repetir otras cuatro pulsaciones.
 - Solicitar ayuda médica urgente (112) y/o llevar al Centro de Salud más cercano si no hay mejoría o aparecen síntomas de alarma.
- Avisar a los padres y, si es posible, administrar de nuevo medicación para la crisis.
- **No dejar nunca solo al niño.**

Son situaciones de extrema urgencia (síntomas de alarma):

- El niño está azulado (labios, uñas).
- La dificultad respiratoria no permite al niño hablar y/o lo dificulta para caminar.
- El niño ha perdido la conciencia o está en situación de perderla.

En estos casos **no debe perderse el tiempo**, acuda con el niño al servicio médico más próximo y si es posible que alguien llame por teléfono al servicio médico advirtiéndoles de la llegada del niño.

Limpeza y mantenimiento de los dispositivos más utilizados

La primera vez que se usan las cámaras se deben sumergir una hora en agua y detergente. Se deja secar sin frotar, no hace falta enjuagarla. Si se tiene que usar inmediatamente, puede impregnarse con 5-10 pulsaciones de aerosol y esperar unos minutos antes de su uso.

Limpeza

Cámara de inhalación:

- Desmontar la cámara y limpiarla con agua y jabón.
- Si la cámara presenta grietas o no funciona la válvula (no se oye como se abre y cierra al respirar a través de la boquilla) debe cambiarse.
- Dejar secar al aire sin frotar.
- Guardar en un sitio seguro y seco dentro de una bolsa de plástico.

Inhalador MDI:

- Extraer el cartucho del aerosol.
- Lavar con detergente suave la carcasa.
- Aclarar con agua corriente.
- Secar bien para evitar que quede agua en la base de la válvula.

Los dispositivos dispensadores de polvo seco:

- No lavar nunca con agua.
- Limpiar con un paño seco.
- No deben guardarse en ambientes húmedos (por ejemplo, cuartos de baño).

Método para conocer la disponibilidad de medicamento en los inhaladores



De izquierda a derecha: sistema en aerosol o MDI (recipiente con agua); sistema en polvo seco.

Requisitos que deberían cumplir los centros docentes para combatir adecuadamente el asma

¿Por qué deben saber en la escuela que un alumno tiene asma?

Para poder ayudarles en caso de que presenten síntomas durante su estancia en ella, proporcionándoles así un entorno más seguro.

La falta de conocimiento en la escuela de su dolencia podría ser perjudicial al retrasar su auxilio o bien interpretar sus síntomas de una manera inadecuada.

Papel del colegio y del profesor

Tener una **ficha identificativa del alumnado con asma con un plan de manejo individualizado**. Mantener la confidencialidad y protección de dicha información.

Contenido de la ficha:

- Nombre y apellidos, con foto identificativa.
- Curso y tutor.
- Teléfonos de contacto de padres/tutores y al que solicitar asistencia médica o acudir en caso de necesidad.
- Diagnóstico de la enfermedad y del nivel de gravedad.
- Relación de posibles desencadenantes.
- Tratamiento de mantenimiento.
- Tratamiento que se debe administrar en caso de crisis.
- Sistema de administración.
- Autorización por escrito para que se le asista o administre medicación en caso de necesidad hasta que pueda ser atendido por personal sanitario.

Importante: la ficha deberá actualizarse en el comienzo de cada curso escolar.

- La dirección del colegio y el profesorado deben tener información sobre el asma de sus alumnos, sobre todo el profesor de educación física, ya que es la persona que con más probabilidad puede presenciar síntomas durante la actividad deportiva.
- Instruir sobre el asma a profesores y personal auxiliar del colegio.
- El personal de la escuela debe conocer la localización del material de urgencia, y se debe comprobar con regularidad las existencias de medicamentos, la caducidad y que los inhaladores no estén vacíos.
- El botiquín del colegio incluye broncodilatador inhalado (salbutamol, terbutalina) y una cámara espaciadora para uso urgente en caso de ataque de asma o para antes/durante el ejercicio.
- El personal eventual o de sustitución debe ser avisado de la presencia de niños alérgicos y de las medidas para protegerlos.
- Realizar formación sobre asma a todos los estudiantes para facilitar la integración del alumnado con asma.
- Los niños deben tener siempre a mano la medicación de rescate y las medicinas indicadas por el pediatra. Pueden tomarlas con libertad, por ejemplo antes del ejercicio.
- El personal escolar adecuadamente formado debe administrar toda la medicación de urgencia a los niños pequeños.
- Se debe permitir que los niños mayores se automediquen cuando tengan suficiente madurez y formación adecuada.
- Se debe estimular la participación en actividades físicas cuando los estudiantes se encuentran bien, y ofrecer actividades reducidas/modificadas si experimentan síntomas.
- El colegio debe estar libre de tabaco, incluidas las actividades lúdicas y extraescolares.
- Minimizar la cantidad de alérgenos en las aulas:
 - Higiene correcta del colegio y ventilación frecuente de las aulas. Realizarlo cuando los alumnos están ausentes.
 - No alfombras ni moquetas. Evitar cortinas o que sean fácilmente lavables.
 - No acumular polvo. Limpieza periódica de las estanterías de libros.
 - Utilizar tizas sin polvo.
 - Limpiar con productos sin amoníaco.
 - Paredes y suelos de materiales fácilmente limpiables.
- En las épocas de polinización:
 - Controlar la carga polínica dentro del colegio.
 - Mantener cerradas las ventanas en los momentos de máximo sol y si hay viento.

- Ventilar las aulas muy temprano y a última hora del día.
- Planificar actividades extraescolares pensando en los niños-adolescentes con asma. Procurar entornos con poco polen: visitas a museos, a la ciudad, deporte en el gimnasio en días de mucho sol y viento.
- Todas las medidas de protección deben mantenerse durante las **actividades extraescolares** como viajes y vacaciones escolares.

Sugerimos la ficha alumno asmático editada por SEICAP (Sociedad Española de Inmunología clínica y Alergia Pediátrica) y disponible en: <http://medicablogs.dia.riomedico.com/educasma/files/2012/03/05.5.Protocolo-de-asma-en-la-escuela.pdf>. A continuación podéis ver el formato del documento para descargar.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE EL ASMA EN LOS CENTROS EDUCATIVOS	
Alumno(a):	Padre/representante:
Edad:	Teléfono(s) de aviso:
Tutor(a)/Profesor(a):	
Curso:	Lugar de la medicación:

Foto
niño

Mi hijo tiene asma y:

- Necesita a ayuda para administrarse los inhaladores
- Sabe como administrarse a sí mismo los inhaladores

PASO 1. Síntomas leves de asma

Observar y evaluar	Como actuar (A rellenar por el médico)
En caso de que tenga dificultad respiratoria o tos con el esfuerzo, ahogo, respiración agitada, ruidos en el pecho, etc.	Administrar _____ inhalaciones y si no mejora en 20 minutos repetir otras _____ inhalaciones e ir al Paso 2

PASO 2: Síntomas moderados o graves de asma

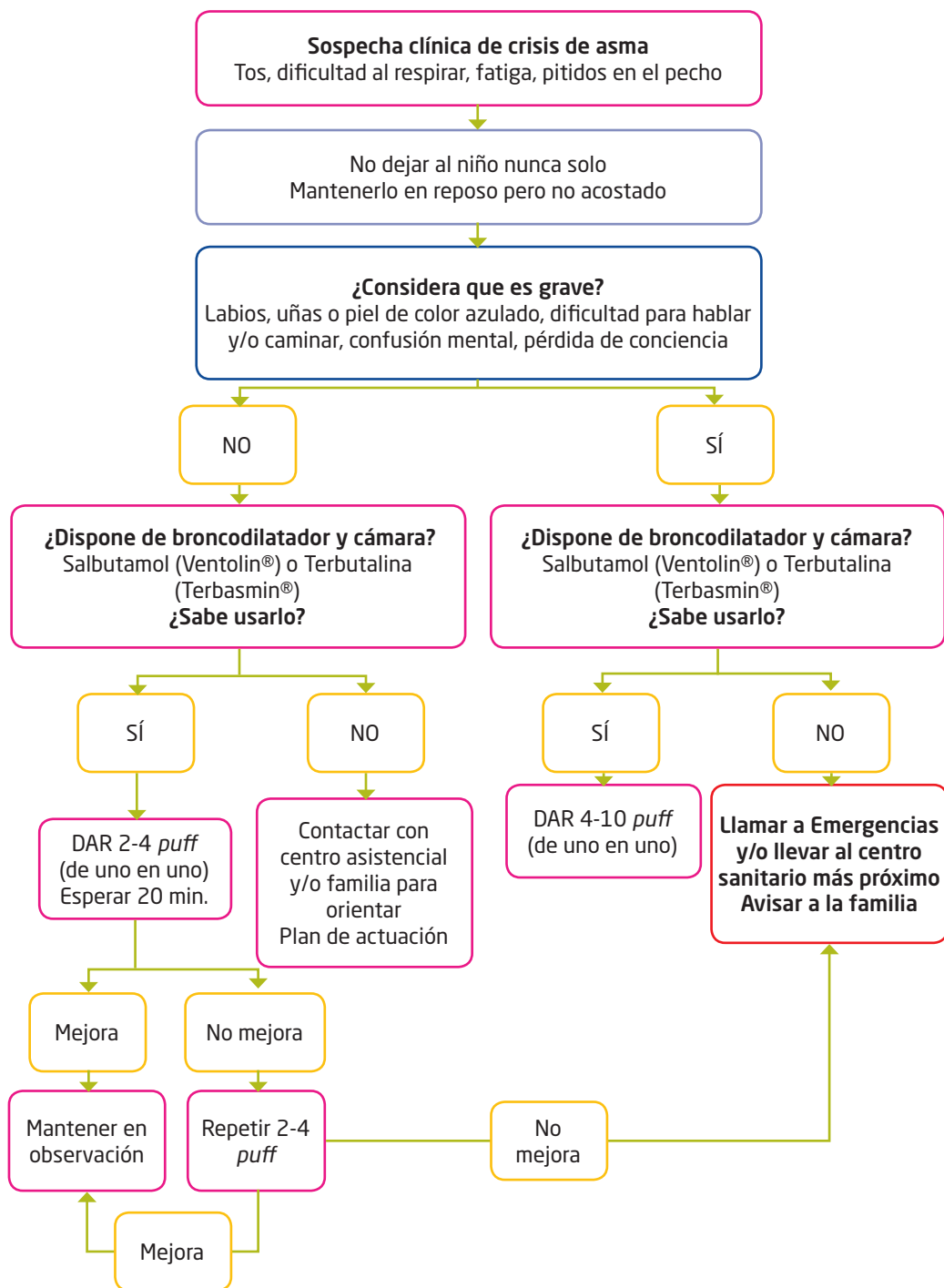
Observar y evaluar	Como actuar (A rellenar por el médico)
Si el alumno nota intensa dificultad respiratoria o tos, casi no puede hablar, coloración morada o pálida, mareo, etc.	Administrar _____ inhalaciones y llevar al niño a alguna instalación médica AVISAR 112 (Urgencias) y a la familia

LLAMADA DE EMERGENCIA

- NO DEJAR SOLO AL ALUMNO**
- Llamar a los padres o tutores _____ o urgencias (112)
- Aún cuando los padres/representantes legales no puedan ser contactados, no dude en administrar la medicación prescrita (deber de socorro).

Yo, _____ como padre/madre/tutor legal, autorizo y agradezco la administración de medicamentos que constan en esta ficha a mi hijo _____. Estoy también de acuerdo en eximir al centro y al personal escolar de toda reclamación de responsabilidad en el caso de administrarse los medicamentos contra el asma

¿Qué hacer ante una crisis de asma?



*Usar el broncodilatador presurizado con cámara espaciadora



Recursos

Direcciones web útiles

- Grupo de Vías Respiratorias de la AEPap. <http://www.respirar.org/grupo-de-vias-respiratorias>
- Guía española para el manejo del asma: <http://www.gemasma.com>
- Global Initiative for asthma: <http://www.ginasthma.com>
- Asma inducida por ejercicio: http://kidshealth.org/parent/en_espanol/medicos/exercise_asthma_esp.html
- Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica: <http://www.seicap.es/familiares.asp>
- Hojas de recomendaciones para alergia y asma infantil: <http://www.seicap.es/ver-informe.asp?sec=45&msg=1121&s1=>
- Sociedad Española de Neumología Pediátrica: http://www.neumoped.org/senp_asmaesc.htm
- Respirar/To breathe: <http://www.respirar.org/>
- Alergia y asma en la web: <http://alergiaweb.com>
- Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria: <http://www.sepeap.org/index.php?menu=562>
- Fundación Roger Torné: <http://www.fundrobertorne.org/salud-infancia-medio-ambiente/divulga/inspira-nuevo/2013/10/22/asma-y-actividad-fisica/>
- Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica. Protocolo de actuación ante el asma en centros educativos: <http://www.seaic.org/profesionales/blogs/alergia-infantil/protocolo-de-actuacion-ante-el-asma-en-los-centros-educativos.html>
- Academia Americana de Alergia, Asma e Inmunología: <http://www.aaaai.org/patients/resources/spanish.stm>

Libros recomendados

- *Asma en los centros escolares*: <http://enfamilia.aeped.es/libros-recomendados/asma-en-centros-escolares>
- *El asma en la infancia y la adolescencia*: http://www.fbbva.es/TLFU/mult/ASMA_INTERACTIVO.pdf

Vídeos educativos recomendados

- *Cecilia controla su asma*: <http://www.youtube.com/watch?v=IKiZoHzjT8I>
- *Cuento: El mago del asma*: <http://www.nationaljewish.org/healthinfo/pediatric/asthma/asthma-wizard/spanish-wizard/chapter1>

Bibliografía

- Castillo Laita JA, de Benito Fernández J, Escribano Montaner A, Fernández Benítez M, García de la Rubia S, Garde Garde J, *et al.* Consenso sobre tratamiento del asma en pediatría. *An Pediatr (Barc)*. 2007;67(3):253-73.
- GEMA 2009. Guía Española para el Manejo del Asma. En: Gemasma [en línea]. Disponible en: www.gemasma.com
- Global strategy for asthma management and prevention for adults and children older than 5 years. En: Global Initiative for Asthma (GINA) [en línea]. Disponible en: www.ginasthma.org
- Global strategy for asthma management and prevention. En: Global Initiative for Asthma (GINA) [en línea]. Disponible en: www.ginasthma.org

1. SITUACIONES DE URGENCIA

Cómo actuar ante un niño con vómitos repetidos

¿Qué son los vómitos?

Los **vómitos** consisten en la expulsión, con fuerza, del contenido del estómago por la boca. La expulsión de alimento sin esfuerzo se llama **regurgitación**.

¿Qué hay que saber?

- Es un síntoma frecuente que acompaña a muchas enfermedades.
- La mayoría de las veces están en relación con cuadros benignos.
- Puede constituir la primera manifestación de un proceso grave.

¿Cuáles son las causas de los vómitos?

Las causas pueden ser muchas y dependiendo de la edad, unas son más frecuentes que otras:

- Infecciones (intestinales, respiratorias, orina, meningitis...).
- Problemas digestivos.
- Alergias alimentarias.
- Enfermedades endocrinas (diabetes...).
- Enfermedades neurológicas.
- Problemas alimentarios.
- Fármacos, tóxicos, etc.

Los **procesos** que con más frecuencia se asocian con vómitos son los **infecciosos**.

La **gastroenteritis aguda**, generalmente debida a una infección vírica, es la causa infecciosa más frecuente en todos los grupos de edad.

¿Qué síntomas se pueden asociar?

Según la **enfermedad que origine los vómitos** se podrán asociar: diarrea, dolor abdominal, fiebre, tos, moco, dolor de oídos, dolor de cabeza, etc.

Los vómitos frecuentes, sobre todo si se asocian a diarrea, pueden provocar **deshidratación**.

¿Cuándo se debe consultar con un Servicio de Urgencias?

La mayoría de las veces los vómitos son autolimitados y en uno o dos días remiten.

Hay ocasiones en las que se debe consultar con el pediatra o acudir a un Servicio de Urgencias:

Signos de alarma:

- Vómitos persistentes.
- Afectación del estado general.
- Antecedente de traumatismo craneoencefálico o abdominal.
- **Signos de deshidratación:**
 - Llorar sin lágrimas.
 - Ojos hundidos.
 - Decaimiento, irritabilidad.
 - Sequedad de la piel.
 - Mucosas secas (lengua seca).
 - Respiración anormal.
 - Sed intensa.
 - Disminución de la cantidad de orina.
- **Alteración neurológica** (cefalea progresiva, rigidez de nuca, hemorragias cutáneas, alteración de la conciencia, movimientos anómalos, vómitos a chorro o en escopetazo).
- **Vómitos con sangre** (roja o en posos de café), **bilis** (color verdoso) o **heces**.
- **Deposiciones con sangre o de color negro.**
- **Dolor abdominal continuo y abdomen hinchado.**
- **Ingesta de algún tóxico o medicamento.**

¿Qué hacer en caso de que un niño vomite en el colegio?

Papel del profesor

- Mantener la calma y tranquilizar al niño.
- Facilitar el acceso al aseo.
- Evitar que aspire el vómito: inclinarle la cabeza hacia delante y sujetársela poniéndole la mano en la frente.
- Valorar el estado general del niño y síntomas acompañantes (fiebre, diarrea, manchas en la piel...).
- Observar características del vómito (su contenido, fuerza de expulsión, evolución en el tiempo).
- Averiguar si el niño presenta alguna enfermedad crónica (diabetes, alergia alimentaria...).
- Determinar si existe algún factor o causa desencadenante (traumatismo craneoencefálico, abdominal, ingesta de algún tóxico...).



¿Cómo actuar en cada caso?

Si el estado general no es bueno y/o aparecen signos de alarma

- Llevar al niño al centro sanitario más próximo y/o llamar a emergencias (112).
- Avisar a los padres o responsables.

Si el niño tiene buen estado general y no hay signos de alarma

- Colocar al niño en **posición de seguridad** (sentado o acostado en posición lateral), en un ambiente relajado y tranquilo, para que se vaya recuperando.
- Avisar a los padres o responsables.
- No dejar nunca solo al niño. Mantenerle en observación.
- Pasados unos minutos y si no existen vómitos ni náuseas, dar sorbos pequeños o una cucharada cada 5-10 minutos de alguna bebida azucarada (zumos, agua azucarada) para evitar la deshidratación.

Los vómitos repetidos producen un aumento de los cuerpos cetónicos en sangre y en orina. Esto produce un olor como a manzana en el aliento (acetona). Estos cuerpos cetónicos favorecen a su vez los vómitos. Por ello, hay que administrar líquidos azucarados para **disminuir la cetosis** y así evitar que siga vomitando.

- Si los vómitos se acompañan de diarrea es preferible utilizar **soluciones de rehidratación oral (SRO)**, de venta en farmacias, que se ajustan a las pérdidas producidas por los vómitos y las deposiciones diarreicas.
- No se deben utilizar soluciones caseras (limonada alcalina) ya que existen frecuentes errores en la preparación que pueden tener consecuencias negativas para el niño. Tampoco hay que utilizar refrescos comerciales ni bebidas para deportistas.
- Es posible que el niño tenga sed y quiera beber más, pero si toma mucho líquido lo normal es que lo vomite, por lo que hay que dárselo en pequeñas cantidades.
- Si los líquidos son bien tolerados, se puede aumentar la frecuencia y la cantidad, y cuando haya tolerado los líquidos durante 2-3 horas se le podrá ofrecer algún alimento suave que le apetezca, evitando alimentos con mucha grasa o azúcar.
- Nunca se le debe forzar a comer.
- No se deben utilizar medicamentos para los vómitos o diarrea si no lo ha indicado el pediatra.

¿Qué son las soluciones de rehidratación oral (SRO)?

Son preparados elaborados por la industria farmacéutica basándose en las recomendaciones científicas **para la rehidratación oral**.

Sirven para reponer las pérdidas de agua y electrolitos del cuerpo cuando hay vómitos y/o diarrea evitando la deshidratación.

Hay varios tipos de presentaciones:

- **En sobres para reconstituir con una cantidad de agua.** Poner la cantidad de agua exacta según la recomendación de cada marca para evitar soluciones hiperconcentradas o diluidas.
- Otras vienen en **botellitas, tetrabrik o como gelatinas.** Su ventaja es que tienen la concentración recomendada.

Las hay de **diferentes sabores** (frutas, leche, cola...) e **incluso sin sabor o sabor neutro**, que van a tomar mejor.

Preparados comerciales de soluciones de rehidratación oral (SRO)	
Bioralsuero ^{***}	3 bricks de 200 ml cada uno (varios sabores)
Bioralsuero Baby ^{***}	4 sobres, un vaso de 250 ml para cada sobre y jeringuilla
Bioralsuero Travel [®]	8 sobres para disolver en 250 ml de agua cada uno
Cito-Oral ^{***}	5 sobres para disolver en 500 ml de agua cada uno 10 sobres para disolver en 500 ml de agua cada uno
Cito-Oral Junior Zinc [®]	2 botellas de 500 ml cada una
Citorsal [®]	2 bolsas para disolver en 500 ml de agua cada una 5 bolsas para disolver en 500 ml de agua cada uno
Isotonar [®]	6 sobres para disolver en 500 ml de agua cada uno 3 bricks de 200 ml cada uno
Miltina electrolit ^{****}	Brick de 500 ml
Oralsuero ^{***}	Brick de 1 litro (varios sabores) 3 bricks de 250 ml
Sueroral hiposódico [®]	5 sobres para disolver en 1 litro de agua cada uno
Sueroral [®]	5 sobres para disolver en 1 litro de agua cada uno
Hidrafan ^{***}	Gelatina 3 envases de 125 ml cada uno (varios sabores)
Cito-oral aquagel [®]	4 tarrinas de 150 gr cada una
Recuperat-ion [®]	2 bricks de 250 ml (varios sabores) 2 bricks baby de 125 ml (sabor leche)

*Financiados por el Sistema Nacional de Salud. **Cumplen los criterios ESPGHAN 1992. ***Cumplen los criterios OMS2002 y ESPGHAN 1992.

Fuente: Hernández Merino, R. Soluciones de rehidratación oral. Guía ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. En: <http://www.guia-abe.es/anexos-soluciones-de-rehidratacion-oral>

¿Cómo se administran?

Las SRO se deben dar en pequeñas cantidades y poco a poco para facilitar la tolerancia. Tras un periodo corto de tiempo (unas 3-4 horas) a base de SRO, debe de iniciarse la alimentación (alimentación precoz).

Plan de actuación ante un niño que presenta vómitos en el colegio

Valorar el estado general
Síntomas acompañantes
Características de los vómitos
Enfermedad crónica de base
Factores de riesgo*

Afectación del estado general
Enfermedad crónica (diabetes, alergia...)
Factores de riesgo

Llevar al centro sanitario más próximo y/o llamar a Emergencias (112)
Avisar a los padres

Tranquilizar al niño
Facilitarle el acceso al aseo
Evitar que aspire el vómito:
• Durante el vómito: inclinarle la cabeza hacia delante sujetándole con la mano la frente
• Después de vomitar: postura de seguridad (sentado o acostado en posición lateral)

NO DEJARLE NUNCA SOLO



Estado general bueno
Ausencia de factores de riesgo

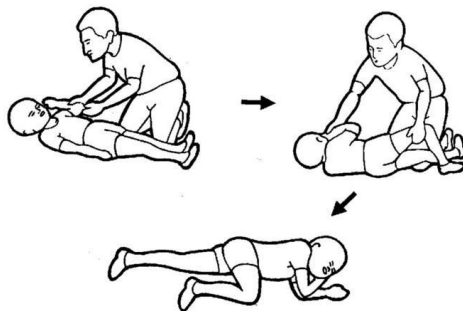
Si deja de vomitar:

- Evitar la deshidratación y la cetosis: administrar líquidos azucarados (agua, zumo, leche) en pequeñas cantidades cada 5-10 minutos
- Si asocia diarrea, es preferible administrar soluciones de rehidratación oral (SRO)
- No administrar limonada alcalina, refrescos comerciales ni bebidas para deportistas

Avisar a los padres

*FACTORES DE RIESGO:

- Vómitos persistentes.
- Afectación del estado general.
- Antecedente de traumatismo craneoencefálico o abdominal.
- **Signos de deshidratación:**
 - Llorar sin lágrimas.
 - Ojos hundidos.
 - Decaimiento, irritabilidad.
 - Sequedad de la piel.
 - Mucosas secas (lengua seca).
 - Respiración anormal.
 - Sed intensa.
 - Disminución de la cantidad de orina.
- **Alteración neurológica** (cefalea progresiva, rigidez de nuca, hemorragias cutáneas, alteración de la conciencia, movimientos anómalos, vómitos a chorro o en escopetazo...).
- **Vómitos con sangre** (roja o en posos de café), bilis (color verdoso) o heces.
- **Deposiciones con sangre o de color negro.**
- **Dolor abdominal continuo y abdomen hinchado.**



Recursos

Direcciones web útiles

- Soluciones de rehidratación oral: <http://www.familiaysalud.es/medicinas/farmacos/soluciones-de-rehidratacion-oral>
- Vómitos: http://seup.org/pdf_public/hojas_padres/vomitos.pdf
- Consultas pediátricas frecuentes en la farmacia comunitaria: http://2011.auladelafarmacia.org/sefac/infor_curso.php?curso=7
- Vómitos: http://kidshealth.org/parent/en_espanol/general/vomit_esp.html#



1. SITUACIONES DE URGENCIA

Cómo actuar cuando un niño convulsiona

¿Qué es una crisis convulsiva?

Es una contracción involuntaria y patológica de los músculos, manifestada por movimientos irregulares localizados en un grupo muscular, en varios o bien en todo el cuerpo. Suelen iniciarse de forma súbita y duran poco tiempo.

¿Qué hay que saber?

¿Por qué se produce?

Las convulsiones pueden ocurrir por múltiples causas. Hay crisis provocadas por: fiebre alta (suelen darse en niños pequeños), bajada de glucosa en diabéticos, meningitis, golpes fuertes en la cabeza, drogas, intoxicaciones, epilepsias, etc.

¿Qué síntomas produce?

- Movimientos involuntarios y rigidez corporal, que a veces van precedidos de cambios de humor, dolor de cabeza, irritabilidad y mirada fija.
- Desvanecimiento súbito, sin causa aparente.
- Pérdida de control de esfínteres.
- Salivación excesiva.
- Sudoración, náuseas, palidez.
- Fiebre (en el caso de convulsiones febriles).
- Los músculos se quedan flácidos o rígidos.
- Pérdida de consciencia.
- Pérdida de memoria transitoria.

¿Cómo actuar ante una crisis convulsiva?

Durante la crisis:

- Tumbarse a la víctima (si es posible ponerlo de lado).
- Evitar que pueda hacerse daño.
- Crear un ambiente tranquilo.
- Comprobar que el niño puede respirar bien, sin atragantarse. No es necesario introducir ningún objeto en la boca que le pueda hacer daño. **¡No se tragan la lengua!**
- Aflojarle la ropa.

- Si lleva algún objeto en el cuello que pueda comprimirle, quitárselo.
- En caso de que tenga fiebre, intentar bajarla quitándole la ropa.
- **Si dura más de 10 minutos o es la primera vez que ocurre, es conveniente llamar al teléfono de emergencias 112 y buscar ayuda médica.**
- Si no es la primera vez que le ocurre y su pediatra se lo ha aconsejado, administrarle medicación. Los niños que tienen convulsiones pueden tener prescrito diazepam por vía rectal o midazolam por vía oral.
- Esperar que acabe la crisis. Debemos **mirar cuanto tiempo dura la convulsión** (con un reloj).
- Es importante no dejar al niño solo.

Una vez pasada la crisis:

- Valorar el estado de consciencia de la víctima.
- Colocarla en posición lateral de seguridad (**ver Anexo 1**).
- Asegurarle la vía aérea y tranquilizarla.
- Avisar a la familia si tiene antecedentes.
- Avisar al 112 si no tiene antecedentes

Una sola crisis no es epilepsia. En la epilepsia las convulsiones se dan más de una vez y se deben a una afección del cerebro.

Información para el colegio

- En el caso de niños con crisis convulsivas conocidas, el colegio debe disponer de una ficha con información sobre la patología que padece el alumno. Esta ficha es confidencial.
- El equipo directivo del colegio es el responsable de la ficha. El tutor debe tener una copia de esta (Anexo 2).
- Se debe solicitar a la familia un informe con las pautas a seguir y el tratamiento a utilizar en cada caso.
- Si el alumno presenta síntomas de una enfermedad, el personal que trabaja en el centro tiene el deber de socorrerlo (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal).

Recursos

- Sobre convulsión febril: <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/cerebro-y-sistema-nervioso/sintomas-neurologicos/convulsion-febril>
- Sobre la actuación en un ataque epiléptico: <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/cerebro-y-sistema-nervioso/sintomas-neurologicos/como-ayudar-un-nino-que>



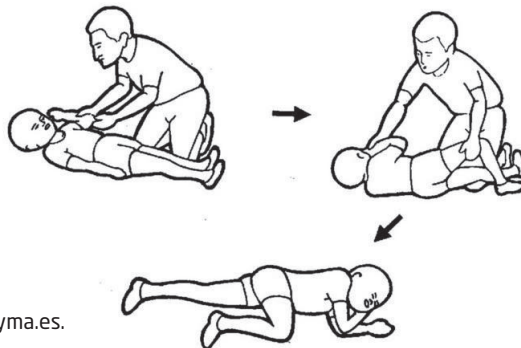
- Sobre epilepsia en general: <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/cerebro-y-sistema-nervioso/sintomas-neurologicos/dudas-frecuentes-de-los>
- Fundación para la Epilepsia: <http://www.epilepsyfoundation.org/resources/upload/efa345sp.pdf>. Esta página, traducida al español de www.epilepsyfoundation.org, contiene múltiples enlaces y materiales de ayuda para los padres, cuidadores y niños con epilepsia. Hay que destacar: preguntas frecuentes y sus respuestas y materiales educativos (varios libros sobre temas diversos: *La epilepsia y los niños*, *Los ataques y la seguridad*, *La epilepsia en los niños: el papel del maestro*, *Primeros auxilios en crisis epilépticas*, etc.).

Más información:

- Primeros auxilios básicos para la asistencia a las urgencias más frecuentes del Gobierno de Canarias: http://www.gobiernodecanarias.org/educacion/5/DOIE/PublicaCE/docsup/Principales_auxilios_basicos.pdf
- ▶ *Posición lateral de seguridad*. Vídeo educativo del Gobierno de Canarias: <https://www.youtube.com/watch?v=xpoPin4bS7U>

Anexo 1. Posición lateral de seguridad

1. Colocar a la víctima boca arriba y totalmente estirada.
2. Situarse a su derecha.
3. Estirarle el brazo derecho.
4. Flexionarle el brazo izquierdo sobre su cuerpo.
5. Flexionarle la pierna izquierda.
6. Girar el cuerpo haciéndolo rodar hacia su derecha hasta que quede de lado.
7. Colocarle la mano izquierda debajo de la mejilla derecha.
8. La cabeza debe estar girada hacia un lado para evitar atragantamientos.
9. La persona que socorre ha de estar a la derecha y estirar a la víctima hacia ella.
10. La postura ha de ser estable. Debe permitir que la respiración sea correcta y que de forma periódica pueda comprobarse la respiración.



Fuente: Doyma.es.

Anexo 2. Ficha del alumno

NOMBRE DEL ALUMNO:

FOTO
DEL ALUMNO

CURSO:

PROFESOR O TUTOR:

NOMBRE DE LA MADRE:

- Teléfono de casa:
- Teléfono móvil:
- Teléfono del trabajo:

NOMBRE DEL PADRE:

- Teléfono de casa:
- Teléfono móvil:
- Teléfono del trabajo:

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

OTROS TELÉFONOS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (llamar solo cuando no se pueda localizar a los padres)

TELÉFONO DE EMERGENCIAS O DEL CENTRO DE SALUD

MEDICACIÓN Y CONSEJOS A UTILIZAR EN CASO DE EMERGENCIA

- Dosis de si tiene CONVULSIÓN por VÍA :

.....

.....

.....

Anexo 3. Autorización para la administración de medicación durante la crisis

NOMBRE DEL NIÑO:

FOTO
DEL ALUMNO

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR:

Yo, (padre o tutor), con DNI autorizo al personal de la escuela (profesor o cuidador), a administrar en caso de emergencia una CÁNULA RECTAL DE ESTESOLID DE MG, a mi hijo (nombre del niño).

La técnica de administración y cuándo se le debe administrar se les ha explicado previamente y se les ha facilitado por escrito un plan de actuación que deben seguir en caso de presentar una CONVULSIÓN. La dosis a administrar es de: de la CÁNULA.

En caso de estar ausente el responsable del aula o profesor de mi hijo, podrá administrar esta medicación otra persona de los profesionales del centro, debidamente informada, liberando de toda responsabilidad a la persona que la administre, en el caso muy improbable de que aparezca alguna complicación relacionada con la administración.

Después de su administración deberá llamar al número (teléfono familiar) y al teléfono de emergencias n.º

Atentamente,

Firmado: (nombre del padre o tutor)

Firmado: (firma del representante del centro educativo)

Fecha:

1. SITUACIONES DE URGENCIA

RCP básica. Cómo aprender

¿Qué es la reanimación cardiopulmonar (RCP)?

La RCP básica es el conjunto de maniobras que deben hacerse cuando se ha identificado que una persona está en situación de parada cardiorrespiratoria. Consiste en sustituir las funciones circulatoria y respiratoria cuando no se dispone de material específico para ello y mientras se espera la llegada de personal sanitario que lleve a cabo un tratamiento más cualificado.

Parada cardiorrespiratoria

¿Qué es?

Es el cese brusco, inesperado y potencialmente reversible de la respiración y la circulación espontánea. En el caso de los niños no suele ocurrir de forma brusca. Casi siempre se para primero la respiración y después el corazón.

¿Cuáles son los signos de una parada cardiorrespiratoria?

Regla ABC: alerta y vía aérea/buena ventilación/circulación

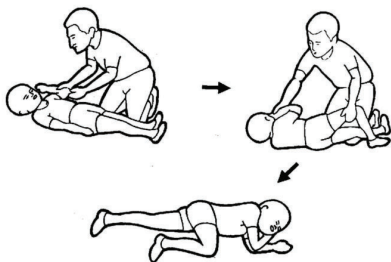
- **Inconsciencia:** no responde a estímulos ni verbales ni dolorosos.
- **Ausencia de respiración:** para saber si la víctima respira acercaremos la cara a su nariz, observando los movimientos del tórax y escuchando los ruidos respiratorios. Si hay dificultad para escucharlos actuaremos como si no respirara.
- **Ausencia de circulación:** palparemos los pulsos, el latido cardiaco y el pulso carotideo en el cuello.

¿Cómo actuaremos ante una parada cardiorrespiratoria?

1. En primer lugar debemos comprobar que la víctima no responde. Para ello le hablaremos en voz alta, le pellizcaremos.
2. Avisar a alguna otra persona del centro y a la vez avisar al Servicio de Emergencias.
3. Si el niño no responde pero respira lo colocaremos en la posición lateral de seguridad.

Posición lateral de seguridad:

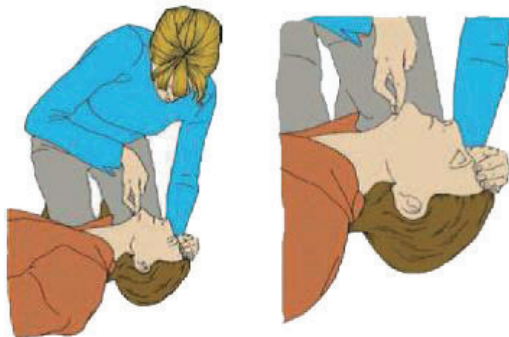
- Colocar a la víctima boca arriba y totalmente estirada.
- Situarse a su derecha.
- Estirarle el brazo derecho.
- Flexionarle el brazo izquierdo sobre su cuerpo.
- Flexionarle la pierna izquierda.
- Girar el cuerpo haciéndolo rodar hacia su derecha hasta que quede de lado.
- Colocarle la mano izquierda debajo de la mejilla derecha.
- La cabeza debe estar girada hacia un lado para evitar atragantamientos.
- La persona que socorre ha de estar a la derecha y estirar a la víctima hacia ella.
- La postura ha de ser estable. Debe permitir que la respiración sea correcta y que de forma periódica pueda comprobarse la respiración.



4. Continuar pidiendo ayuda si no ha acudido nadie.
5. Reevaluar la situación; comprobar que respira normalmente.
6. Si el niño no responde y no respira, aplicar la **reanimación cardiopulmonar** hasta que lleguen los servicios sanitarios de urgencia:

A. Abrirle la vía aérea:

- Colocar la víctima boca arriba y totalmente estirada.
- Abrirle la vía aérea mediante la **maniobra frente-mentón**: con una mano se le levanta el mentón y se empuja la frente ligeramente hacia atrás (**no se hará esta maniobra si sospechamos una lesión craneal o de la columna vertebral**). En bebés menores de un año, la extensión del cuello debe ser más ligera.



B. Comprobar la respiración:

- Durante un máximo de **10 segundos** observaremos los movimientos del tórax y del abdomen.



Oír, ver y sentir.

C. Si no respira, hacer la respiración artificial:

- **Boca-nariz** (en niños menores de un año)
- **Boca-boca** (en mayores de un año). Para hacer la respiración boca-boca se pinza la nariz con los dedos índice y pulgar.
- Hacer **cinco insuflaciones** comprobando que el tórax se eleva.



D. Si el niño no presenta signos vitales (respiración ni **pulso**), hacer **masaje cardiaco**:

- Colocar a la víctima en una superficie dura.
- Hacer 30 compresiones torácicas: se trata de hacer compresiones con el talón de la mano o con las dos manos sobre el tercio inferior del esternón con una fuerza que deprima aproximadamente un tercio de la profundidad del tórax y con una frecuencia de 100 por minuto.
- Hacer dos insuflaciones de aire.

7. Continuar las maniobras de compresión y ventilación boca-boca en una **relación 30/2** hasta que la víctima recupere la respiración y/o los signos vitales o hasta que lleguen los servicios de urgencia.
8. En caso de que la víctima recupere la función respiratoria y los signos vitales, continuar insuflando aire entre 12 y 20 insuflaciones por minuto.
9. Avisar a la familia.

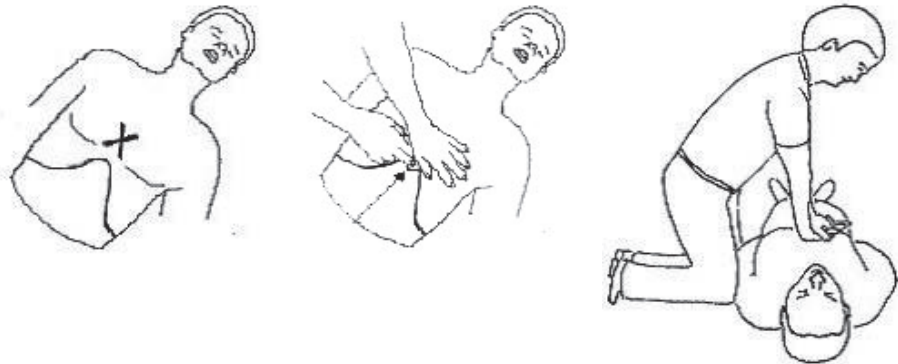
¿Cómo hacer las compresiones torácicas según la edad?

En lactantes y niños pequeños pueden hacerse con dos dedos y en niños más mayores con el talón posterior de la mano, siempre en ángulo recto sobre el tórax.



Zona donde hacer compresiones y posición correcta

Comprima el tórax aproximadamente 1/3 de su diámetro anteroposterior y en el tercio inferior del esternón.



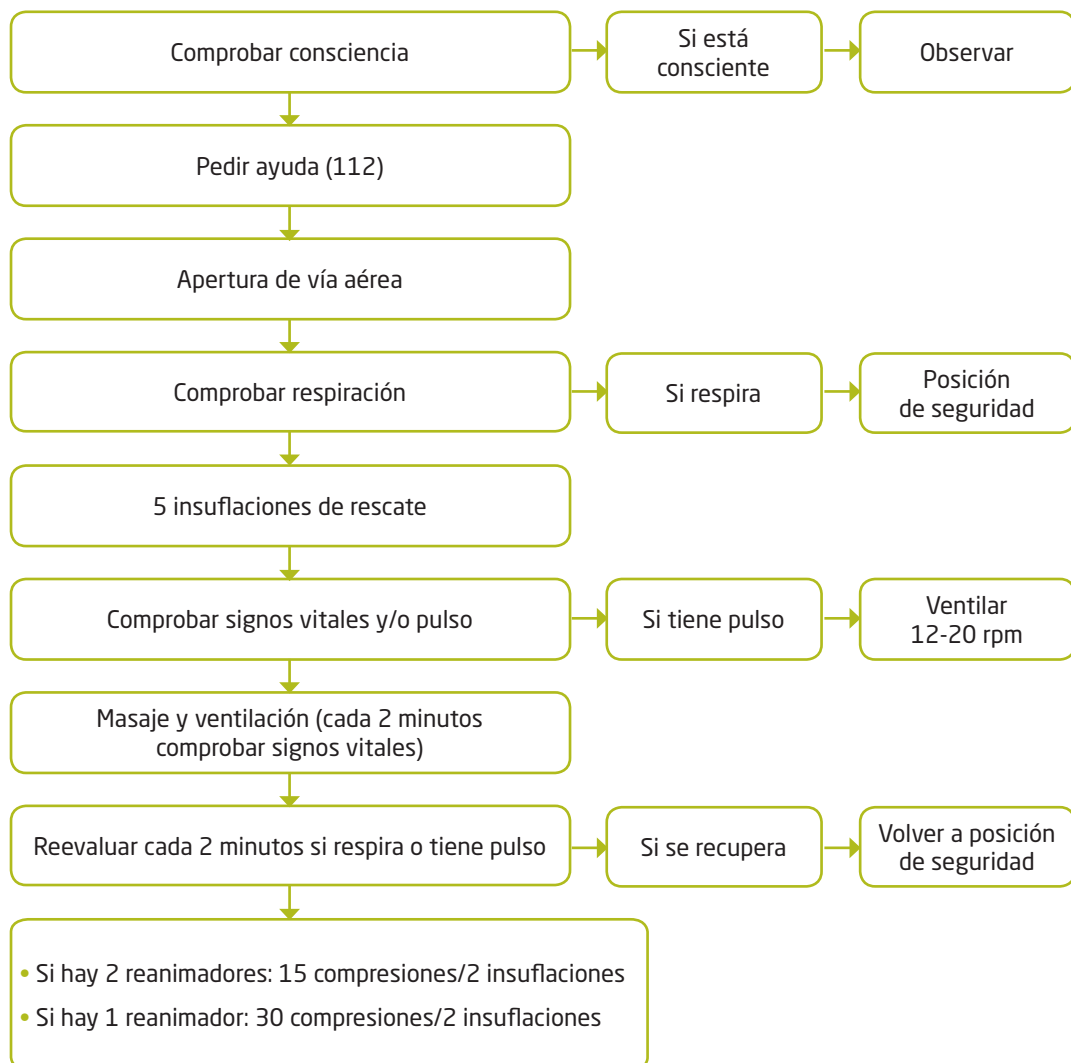
Imágenes extraídas de:

Reanimación cardiopulmonar básica. Guía de atención a emergencias sanitarias en los centros educativos. En: Infomed [en línea]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/4rcp.pdf>
 Calvo Macías C, Martínez IM, Núñez AR, Cid J LH. Reanimación cardiopulmonar básica en Pediatría. An Pediatr (Barc). 2006;65(3):241-51.

Regla de los primeros auxilios:

Haz solo lo que estés preparado o preparada para hacer y si no estás seguro o segura, NO LO HAGAS.

Algoritmo de actuación en una parada cardiorrespiratoria



Recursos

- Simulador de RCP básica Salva una vida : <http://www.madridsalud.es/salvau-vida.htm>
- Vídeo y canción que han desarrollado en el Área Sanitaria Norte de Córdoba para enseñar a los alumnos de los institutos a hacer RCP: <http://www.youtube.com/watch?v=XY7Xn4ihyVo>
- Vídeos demostrativos de la técnica de las maniobras de reanimación básica en las distintas edades:
 - Para los lactantes: <http://www.youtube.com/watch?v=vr6egCwNONA>
 - Para niños mayores: <http://www.youtube.com/watch?v=XopewSZdwu8&feature=relmfu>

Bibliografía

- Parada cardiorrespiratoria. En: Asociación española de pediatría de Atención Primaria [en línea]. Disponible en: <http://www.familiaysalud.es/podemos-prevenir/prevencion-de-accidentes/lesiones-infantiles-que-hacer/parada-cardiorrespiratoria>
- Protocolo de primeros auxilios y otros problemas de salud en los centros educativos. En: Gobierno de las Islas Baleares [en línea]. Disponible en: http://die.caib.es/normativa/pdf/2011/2011_Protocol_de_PrimersAuxilis_ial_tres_problemes_salut.pdf
- Resumen de los principales cambios de las Guías para la Resucitación. Guías 2010 para la resucitación del European Resuscitation Council (ERC). En: Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar [en línea]. Disponible en: <http://www.cercp.org/guias-y-documentos>

1. Situaciones de urgencia

Cómo actuar ante un atragantamiento

¿Qué es?

El atragantamiento ocurre cuando un objeto o alimento se introduce en la vía respiratoria y la obstruye. Esto no deja que el aire entre en los pulmones y causa una crisis de sofocación.

Cuando un niño se está ahogando o asfixiando significa que un objeto (generalmente un alimento o un juguete) se le ha quedado en la tráquea (la vía respiratoria) e impide que el aire vaya a los pulmones con normalidad.

En la edad escolar ocurre por pequeños objetos como el tapón de un bolígrafo, piezas de juguetes, frutos secos, caramelos...

¿Qué hay que saber?

El atragantamiento suele ocurrir de forma rápida e inesperada, creando mucha angustia. Es importante saber cómo actuar ante esta situación.

Cuando el niño se atraganta, de forma instintiva suele llevarse ambas manos al cuello, con sensación de ahogo. Se sujeta la garganta, parece aterrado. Además, comienza con tos o con arcadas para intentar expulsar el cuerpo extraño. Tampoco puede hablar.

En las formas más graves los labios y la cara se ponen morados y se pierde el conocimiento.

La mayoría de las veces el alimento u objeto solo bloquea la tráquea parcialmente y lo más probable es que sea expulsado tosiendo y la respiración se vuelva a restablecer. Algunas veces el objeto puede obstruir completamente la tráquea y no dejar el paso de aire. Entonces el cerebro dejaría de recibir oxígeno y la asfixia puede convertirse en una emergencia que pondría en peligro la vida del niño. Una obstrucción completa de la vía aérea puede producir una parada cardiorrespiratoria.

¿Cómo puedo actuar?

- Es importante tratar de mantener la calma para poder actuar de forma adecuada.
- **Si el niño tose** hay que dejarle toser, animándole a que siga haciéndolo. Probablemente el niño se encontrará bien después de un buen ataque de tos.
- No se le debe golpear la espalda ni intentar sacarle el cuerpo extraño de la boca a ciegas. Darle agua o miga de pan no lo solucionará porque la obstrucción está en la vía aérea.
- No deje al niño solo e intente estar tranquilo hasta que termine el episodio.
- **Si la tos es débil o tiene mucha dificultad para respirar** hay que actuar. Lo primero es pedir ayuda llamando al teléfono de emergencias 112.

- Si el niño está **consciente y es menor de un año** hay que mirar la boca.
 - Si vemos el objeto lo sacaremos pero con mucho cuidado de no empujarlo hacia adentro (haciendo un gancho con el dedo por la cara interna de la mejilla).
 - Si no lo vemos o no podemos sacarlo hay que girar al niño y ponerlo sobre nuestras piernas con la cabeza algo más baja que el cuerpo y darle cinco golpes secos en la parte alta de la espalda, entre los omóplatos. Después le damos la vuelta y comprobamos si respira. Miramos la boca de nuevo y si no se ve nada y el niño no puede respirar hacemos cinco compresiones en el centro del pecho con dos dedos de la mano. El lugar donde se comprime es justo debajo de la línea imaginaria que une ambos pezones.



Pasar el dedo por la boca del niño o lactante para retirar los restos.

Imagen tomada de <http://reanimacion-cardiopulmonar.blogspot.com.es/>



Niño menor de un año. Cinco golpes en la espalda y, si no respira, cinco compresiones torácicas.

Fuente: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría.

- Si el niño está **consciente y es mayor de un año**, tras dar cinco golpes en la parte alta de la espalda, se hacen cinco compresiones en la boca del estómago. Es lo que se conoce como **maniobra de Heimlich**. Nos colocaremos detrás de él, con el niño de pie y rodeando su cintura con los brazos. Colocaremos el puño de una mano en la zona del estómago que está entre el ombligo y el tórax. Cogemos el puño con la otra mano y realizaremos una compresión fuerte hacia dentro y hacia arriba.



Niño mayor de un año: cinco compresiones abdominales. Maniobra de Heimlich.

Fuente: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

Estos ciclos -observar la boca, cinco golpes en la espalda y compresiones torácicas o abdominales- deben repetirse tantas veces como sea necesario, hasta que el niño expulse el objeto, respire mejor o pierda la conciencia. Si el niño pierde el conocimiento hay que actuar como ante una parada cardiorrespiratoria.

Recursos

Direcciones web útiles

- Asfixia por aspiración: http://kidshealth.org/parent/en_espanol/seguridad/choking_esp.html
- Aspiración de un cuerpo extraño: <http://www.familiaysalud.es/podemos-prevenir/prevencion-de-accidentes/lesiones-infantiles-que-hacer/aspiracion-de-un-cuerpo>
- Atragantamiento: <http://enfamilia.aeped.es/prevencion/atragantamiento#video-player>

Vídeos educativos recomendados

- Vídeo de atragantamiento en niños: http://www.youtube.com/watch?v=co_9rTsvErg
- Vídeo de atragantamiento en lactantes: <http://www.youtube.com/watch?v=SrSuzb9uOZY>

Bibliografía

De la Torre Espí, M. Cómo actuar frente a un accidente infantil. En: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría [en línea]. Disponible en: http://www.seup.org/pdf_public/hojas_padres/prevencion.pdf

1. SITUACIONES DE URGENCIA

Qué es una anafilaxia y cómo actuar

¿Qué es la anafilaxia?

Es una reacción alérgica brusca y generalizada que afecta a dos o más zonas del cuerpo y se inicia rápido (5-10 minutos) después del contacto con lo que la desencadena. Puede llegar a ser muy grave y entonces se llama *shock* anafiláctico. Pueden afectarse múltiples zonas del cuerpo (bronquios, piel, laringe, nariz, ojos, aparato digestivo o cardiocirculatorio).

¿Qué hay que saber?

¿Qué síntomas produce?

Puede producir cualquiera de los siguientes síntomas:

- **Asma:** "pitos", dificultad respiratoria, opresión en el pecho, tos irritativa.
- **Espasmo de laringe:** estridor, tos perruna, afonía, dificultad para tragar o respirar.
- **Rinoconjuntivitis:** goteo nasal, estornudos, picor, obstrucción nasal, lagrimeo, ojos rojos o hinchados.
- **Urticaria:** habones o ronchas en la piel, picor intenso, inflamación en labios, ojos o cualquier zona del cuerpo (**el picor y enrojecimiento de palmas y plantas es signo de reacción grave**).
- **Síntomas digestivos:** vómitos, dolor abdominal, diarrea.
- **Shock:** hipotensión, mareo, visión borrosa, náuseas, sensación de muerte inminente, convulsiones o pérdida de conciencia.

No siempre son reacciones graves. Pero en caso de gravedad se puede producir la muerte por *shock* o por asma muy severo.

Los síntomas aparecen pronto, antes de una hora, la mayoría en minutos. A veces puede tener una recaída al cabo de 4-12 horas de haberse recuperado, y puede ser tan grave como la primera.

Recuerden los síntomas:

- Asma.
- Rinitis.
- Conjuntivitis.
- Urticaria.
- Edema de glotis.
- Dolor abdominal y/o vómitos.
- *Shock* anafiláctico.

¿Por qué se puede producir?

Por cualquier cosa. Los más frecuentes en niños son los alimentos (sobre todo leche de vaca, huevo, frutos secos, pescados y mariscos). En segundo lugar los medicamentos (antibióticos, anestésicos generales, vacunas) y picaduras de abeja o avispa.

Un caso especial es la **anafilaxia a alimentos desencadenada por ejercicio**. Cuando coincide que el niño toma el alimento y luego hace ejercicio aparece la reacción, mientras que si van por separado el alimento y el ejercicio tolera bien ambos.

¿Cómo prevenir estas reacciones en la escuela?

- Se debe conocer qué niños son alérgicos y a qué se debe la alergia de cada uno de ellos. Se debe saber dónde se encuentra la sustancia responsable y cómo evitarla.
- Deben conocer los síntomas que pueden tener, y saber cómo y cuándo usar la medicación.
- Se recomienda que el niño lleve una pulsera o medalla que informe de su problema.
- Recordar que las reacciones por alimentos ocurren no solo al comerlos sino también cuando se tocan estos o los cubiertos, platos, cazuelas, sartenes, etc., donde han estado. A veces incluso con el olor o vapor es suficiente. Se debe evitar la “contaminación” de otros alimentos en su preparación.
- Lavado frecuente de manos entre la preparación de alimentos distintos. Se servirán primero los platos del niño alérgico.
- Hay que evitar el contacto del niño con sus alérgenos (alimentos, látex, plantas...) en cualquier zona del colegio (patio, aulas, comedor, autobús, laboratorio, talleres, campo de deporte...) y también en actividades extraescolares, excursiones o viajes.
- Evitar intercambio de alimentos entre los niños.
- En el caso de asma, tener cuidado con el asma de esfuerzo durante el ejercicio.
- Conocer los listados sobre los materiales escolares que contienen alérgenos validados por sociedades científicas especializadas.

Alergia a látex. Peligro con:

- Globos.
- Material de psicomotricidad.
- Tiza.
- Plastilina.
- Pintura.
- Chupetes.
- Adhesivos.
- Guantes de látex.
- Cremas (pegamento, celo...).
- Jabones.
- Tijeras.
- Gomas de borrar, de pelo, elásticas.
- Balones.
- Colchonetas elásticas.

¿Cómo actuar si ocurre una reacción en el colegio?

Se debe tratar, **en los casos leves**, el síntoma que presenta el niño:

- Asma: broncodilatadores inhalados (Ventolin o similar pautado por su pediatra).
- Urticaria, picor o hinchazón: antihistamínicos (como por ejemplo Atarax).
- Rinoconjuntivitis: antihistamínicos.
- Síntomas abdominales: soluciones de rehidratación.

Se debe vigilar si empeora. Si lo hace o desde el principio el niño está **muy afectado** hay que administrar **adrenalina intramuscular** (ver Anexo 1). Se puede repetir las veces que hagan falta hasta que el niño esté bien. Sus efectos son pasajeros, por lo que el niño puede volver a recaer. Por ello hay que llamar rápidamente al Servicio de Urgencias de su comunidad.

Se puede también inyectar corticoides (Urbason, Actocortina) para evitar recaídas en las primeras horas, pero no sustituyen a la adrenalina.

No dejar nunca solo al niño.

Actuación ante la anafilaxia

Reconocer síntomas de gravedad: rápida progresión de los síntomas, dificultad respiratoria, color azulado de los labios, "pitos" o sibilancias, edema laríngeo (afonía, salivación o babeo, estridor) vómitos persistentes, mareo, síncope, confusión, somnolencia, coma

Valorar:

- A. Permeabilidad vía aérea
- B. Respiración, consciencia
- C. Estado cardiocirculatorio

Solicitar ayuda a **Emergencias (112)**

Eliminar exposición al alérgeno (medicamento, alimentos, aguijón/picaduras)
Posición acostado boca arriba con los pies en alto o de lado si está inconsciente. No dejar solo al niño
No retrasar la medicación de urgencia mientras llega asistencia médica
Si no hay ayuda especializada cercana, debe trasladarse al centro sanitario más cercano sin tardar
Si el alérgeno ha sido inyectado en un brazo (inyección, picadura de abeja...), puede realizarse un torniquete. Debe aflojarse cada 5 minutos

Otros medicamentos:

Salbutamol inhalado si broncoespasmo via inhalada (4 inhalaciones cada 10 minutos)
Dexclorfeniramina (Polaramine®) si síntomas cutáneos 5-10 mg/8 h, o **Hidroxicina (Atarax®)** 2 mg/kg/día repartido cada 6-8 horas (las dosis de la ficha del alumno)
Corticoides IV: hidrocortisona 250 mg/6 h o metilprednisolona 1-2 mg/kg intravenosa

Adrenalina intramuscular (autoinyectable)
Jext® de 150 mcg y 300 mcg
Altellus® de 0,15 mg y 0,30 mg
0,15 mg en 10 a 25 kg
0,3 mg en mayores de 25 kg
Administración: cara anterolateral del muslo

Si no hay mejoría en 5-15 minutos: repetir dosis de adrenalina intramuscular

Avisar a familiares

En caso de **parada cardiorrespiratoria** iniciar **maniobras reanimación cardiopulmonar**
Ver tema correspondiente



¿Qué papel tiene el personal del colegio (profesores y personal no docente)?

- Disponer de una ficha por cada alumno alérgico con todos aquellos datos de interés sobre los alérgenos que le dan problemas y sobre la medicación a administrar en caso de urgencia.
- Obtener una copia del informe del especialista médico sobre la enfermedad del niño, la forma de prevenir y tratar sus síntomas si hay una reacción grave.
- Mantener contacto estrecho con los padres del niño para compartir información sobre cualquier incidencia.
- Asegurarse de disponer de medicación no caducada para caso de urgencia en el botiquín escolar. Debe ser fácilmente accesible por el personal y estar en lugar seguro. Cuando el niño sea lo suficientemente mayor y responsable, debe llevarla encima.
- Solicitar a los padres la medicación necesaria que el niño pueda necesitar.
- Realizar actividades en el aula con el fin de conseguir la colaboración y solidaridad de los otros compañeros (informarles de que es la anafilaxia, no intercambiar alimentos...). Algunas páginas web con recursos e información sobre alergia para niños son <http://www.alergiainfantillafe.org/index.asp> (dirigido básicamente a adultos, pero con recetas y algún juego para niños) y <http://www.aaaai.org/spanish-materials.aspx> (cuentos, sopas de letras, dibujos para colorear).
- Es buena idea tener un recipiente con el nombre y foto del niño, con las instrucciones de actuación y uno, o mejor dos, dispositivos de adrenalina autoinyectable.
- Asegurarse de que en cualquier actividad fuera de la escuela se lleva la medicación necesaria.
- Asegurarse de que al niño de riesgo lo conozca todo el personal de la escuela, incluido el temporal. Todo el personal del centro debe estar involucrado (profesores, monitores, cocineros, enfermería...).
- Debe haber varias personas que sepan cómo actuar ante una reacción.
- Solicitar y obtener la formación específica de estas personas por personal sanitario adecuado.
- Conocer dónde llamar para solicitar atención médica urgente y para avisar a los padres o tutores.
- Administrar la medicación de urgencia, siguiendo las instrucciones escritas, en los casos en los que no pueden permitirse retrasos.
- Tener en cuenta que en ocasiones las faltas a clase pueden deberse a sus problemas de salud. Facilitarles las tareas escolares en su domicilio.
- Intentar que el niño alérgico pueda realizar las mismas actividades que los demás.
- Vigilar que no haya intercambios de comida en las horas del patio o actividades fuera del aula.

El personal del colegio debe tener inmunidad frente a acusaciones judiciales por las consecuencias de administrar la medicación de urgencia o rescate.

¡Administrar la medicación puede salvar una vida!

Recursos

Bibliografía

- Anafilaxia. En: Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica [en línea]. Disponible en: <http://www.seicap.es/anafilaxia.asp>
- Guía informativa: alergia a alimentos y/o al látex en los centros educativos. Escolarización segura. En: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte [en línea]. Disponible en: https://sede.educacion.gob.es/publiventa/descarga.action?f_codigo_agc=16159
- La atención al niño alérgico en la escuela: Grupo de Trabajo EAACI/GAZLEN sobre el niño alérgico en la escuela. En: Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica [en línea]. Disponible en: http://www.seicap.es/documentos/archivos/47Z_allergymurarioschooltraduccion.pdf

Documentos

- Hojas de recomendaciones: normas de evitación de alérgenos, dietas para alergias alimentarias, instrucciones para administración de medicamentos, plan de actuación en anafilaxia. Disponibles en: <http://www.seicap.es/ver-informe.asp?sec=45&msg=1121&s1=>
- Normas de uso de adrenalina. Disponibles en: http://www.seicap.es/documentos/archivos/wseicapadrenalina_sep2012.pdf, http://www.meda.es/descargas/diptico_pacientes_altellus.pdf
- Protocolos de actuación en reacciones graves y autorización paterna: plan de actuación y protocolo de actuación ante una reacción alérgica en la escuela. Disponibles en: http://www.seicap.es/documentos/archivos/F1B_wseicapplanafilaxiadic2012.pdf, http://www.seicap.es/documentos/archivos/Z3F_protocoloaepnaaseaicseicapdos.pdf
- ▶ Vídeos explicativos sobre reacciones alérgicas: http://www3.gobiernodecanarias.org/medusa/mediateca/publicaciones/?attachment_id=31

Ficha de alumno alérgico

NOMBRE Y APELLIDOS:

AULA:

PROFESOR RESPONSABLE:

TELÉFONOS DE CONTACTO:

MADRE:

TELÉFONO CASA:

TELÉFONO MÓVIL:

TELÉFONO TRABAJO:

PADRE:

TELÉFONO CASA:

TELÉFONO MÓVIL:

TELÉFONO TRABAJO:

ALERGIAS QUE PADECE: (adjuntar informe médico especialista)

.....
.....
.....

RECOMENDACIONES PARA EVITAR REACCIONES (medicamentos, alimentos o materiales que debe evitar):

.....
.....
.....
.....
.....

LISTADO DE MATERIALES O ALIMENTOS ALTERNATIVOS:

.....
.....

ADJUNTAR PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIÓN DE EMERGENCIA Y AUTORIZACIÓN FIRMADA POR LOS FAMILIARES.

FOTO
DEL ALUMNO

Protocolo de Actuación ante una reacción alérgica grave en la escuela (SEICAP, AEP Y SECAIP)



www.aepnaa.org



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA REACCIÓN ALÉRGICA EN LA ESCUELA

Alumno:	Padre/Representante:
Peso : Edad:	Teléfono(s) de aviso:
Tutor(a) / Profesor(a):	Lugar de la medicación:
Curso:	



Alérgico/a a:

Asmático No Sí ! Riesgo mayor para reacciones graves.

PASO 1: EVALUAR Y TRATAR (1)

1		Picazón en boca, leve sarpullido alrededor de la boca o labios, boca hinchada	ADMINISTRAR A rellenar Alergólogo/Pediatra
2		Urticaria, ronchas, sarpullido, picor o hinchazón de extremidades u otra zona del cuerpo	
3		Naúseas, dolores abdominales, diarreas, vómitos.	
4		Picor de ojos, ojos rojos, lagrimeo, picor nasal, estornudos de repetición, moqueo abundante	
5		Garganta cerrada, ronquera, tos repetitiva, lengua/párpados/labios/orejas hinchados	ADRENALINA AUTOINYECTABLE 0,15/0,30
6		Respiración entrecortada, tos repetitiva, tos seca, agotamiento, labios o piel azulada.	ADRENALINA AUTOINYECTABLE 0,15/0,30
7		Pulso débil, presión arterial baja, desvanecimiento, palidez, labios o piel azulada	ADRENALINA AUTOINYECTABLE 0,15/0,30

- 1) Ante reacciones rápidamente progresivas, aunque los síntomas presentes no sean graves (los recogidos en las viñetas 1 a 4) se recomienda administrar adrenalina (ADRENALINA AUTOINYECTABLE 0,15/0,30) precozmente para evitar la progresión a una reacción grave (síntomas recogidos en las viñetas 5, 6 y 7).
- 2) En niños con síntomas recogidos en la viñeta 7 (afectación cardiovascular) es conveniente mantenerlos tumbados boca arriba y con los pies en alto.
- 3) Después de administrar la medicación SIEMPRE se debe llevar al niño a una instalación médica

PASO 2: AVISAR

LLAMADA DE EMERGENCIA

1. NO DEJAR NUNCA AL NIÑO SOLO
2. Llame a urgencias (Telf.: _____) y comunique que es una reacción alérgica.
3. Aun cuando el padre/representante legal no pueda ser contactado, no dude en medicar y llevar al niño a una instalación médica. 1/2





PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA REACCIÓN ALÉRGICA EN LA ESCUELA

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE ALÉRGICOS A ALIMENTOS Y LÁTEX
www.aepnaa.org

AUTORIZACIÓN

El Dr. _____
colegiado nº _____ por el Colegio de Médicos de _____ como
alergólogo/pediatra he revisado el protocolo y prescrito la medicación específica de actuación.

Fecha y firma

Yo, _____
como padre/madre/tutor legal, autorizo la administración de los medicamentos que constan en esta ficha a
mi hijo/a _____
el seguimiento de este protocolo.

Fecha y firma

"De conformidad con el artículo 195 del código Penal, se establece como delito el incumplimiento de la obligación de todas las personas de socorrer a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiese hacerlo sin riesgo propio ni de terceros. Igualmente, el artículo 20 del Código Penal indica que están exentos de responsabilidad criminal los que obren en cumplimiento de un deber.

Debiendo indicarse que no existirá responsabilidad de cualquier género si en el uso del deber de socorrer, se produce alguna aplicación incorrecta del medicamento de rescate (adrenalina intramuscular) con el fin de salvar la vida del alérgico."

2/2

Disponible en: <http://www.aepnaa.org/publicaciones/ver-protocolo-de-actuacion-ante-una-reaccion-alergica-en-la-escuela-6>

Normas utilización de la adrenalina (SEICAP)

www.seicap.es



Uso de adrenalina autoinyectable Altellus® o Jext®

- 1- Agarrar la adrenalina como un puñal, con la mano dominante.
- 2 - Quitar la tapa de la parte posterior más ancha (color azul en Altellus nuevo; gris en Altellus antiguo; amarilla en Jext)
- 3- Apoyar la parte estrecha (color negro en Altellus antiguo y en Jext; naranja en Altellus nuevo) en el muslo, donde tenga más masa muscular (incluso a través de la ropa)
- 4- Hacer presión hacia abajo hasta oír un ruido (clic)
(También se puede clavar como si fuera un puñal)
- 5- Mantener unos 10 segundos, retirar y dar masaje en la zona durante 10 segundos

Altellus nuevo



Altellus antiguo



Jext



Puede ver los videos de demostración en:

Altellus : <http://www.youtube.com/watch?v=iRuA9xeFdRg&feature=related>

Altellus nuevo: http://www.meda.es/index.php?fk_value=167

Jext: <http://www.jext.co.uk/jext-video-demonstrations.asp>

Disponible en: http://www.seicap.es/documentos/archivos/wseicapadrenalina_sep2012.pdf



EDUCACIÓN PARA LA SALUD
MANEJO PRÁCTICO DE LOS PROBLEMAS PEDIÁTRICOS MÁS FRECUENTES EN LA ESCUELA Y GUARDERÍA.
CONSEJOS PARA PROFESORADO Y CUIDADORES ESCOLARES

Anexo 1. Medicamentos disponibles

La dosis la deben indicar los documentos de los padres

Adrenalina intramuscular autoinyectable:

- Jext® de 150 mcg y 300 mcg.
- Altellus® de 0,15 mg y 0,30 mg.

Antihistamínicos:

- Atarax jarabe 10 mg/5 ml.
- Atarax comprimidos 25 mg.
- Polaramine jarabe 2 mg/5 ml.
- Polaramine comprimidos 2 mg.

Corticoides:

- Urbason intramuscular (metilprednisolona): 8, 20 y 40 mg.
- Actocortina intramuscular (hidrocortisona): 100 mg.

Broncodilatadores:

- Salbutamol inhalador (varias marcas).
- Terbasmin inhalador o Turbuhaler (terbutalina).

1. SITUACIONES DE URGENCIA

Cómo actuar si un niño tiene fiebre

¿Qué es la fiebre?

La temperatura normal del cuerpo es de 36-37,5 °C.

Un niño tiene fiebre si su temperatura corporal aumenta por encima de 38 °C tomada en la axila. La febrícula es de 37 a 38 °C.

La temperatura puede variar según la hora del día. Por la mañana suele ser más baja que por las tardes (hasta 1 °C de diferencia).

Puede influir otras circunstancias: ejercicio, comidas, agitación, temperatura ambiente, exceso de abrigo, estado de hidratación...

También influye la zona corporal donde se tome la temperatura (algo mayor en el recto).

¡Es la causa más frecuente de consulta al pediatra!

¿Cómo se debe tomar la temperatura?

Para saber con seguridad si un niño tiene fiebre es necesario el uso de un termómetro, preferiblemente **electrónico**. Se puede colocar en la axila, las ingles, la boca o el recto (en los bebés). Las tiras de medición de la temperatura cutánea por aplicación en la frente no son muy exactas. Los termómetros óticos pueden no ser fiables si se utilizan mal.

La zona preferible a elegir será la axila en niños mayores y el recto en lactantes. En el recto se mide la temperatura central del cuerpo y se altera menos por factores externos. Pero los niños mayores no lo toleran bien.

Conviene ponerlos de tres a cinco minutos según la zona y el tipo de termómetro. Algunos más modernos son más rápidos y pitan. Ya no se suelen usar los termómetros de mercurio por riesgo de toxicidad y de contaminación ambiental.

¿Qué hay que saber?

Decálogo de la fiebre de AEPap:

- La fiebre no es una enfermedad. Es un mecanismo de defensa contra las infecciones.
- Por sí misma no causa daño cerebral, alteraciones neurológicas, ni muerte.
- Algunos niños pueden tener convulsiones por fiebre (4%). Pero tratar la fiebre no evita estas convulsiones.



- Hay que tratar los niños con fiebre solo si tienen malestar general o dolor.
- La intensidad de la fiebre no es sinónimo de gravedad.
- En niños mayores de dos años se puede esperar a acudir al pediatra 48-72 horas (si tiene buen estado general).
- El ibuprofeno y el paracetamol tienen la misma eficacia. Es mejor no combinarlos si no lo indica el pediatra.
- No abrigar ni desnudar demasiado al niño con fiebre.
- No hacer frías de alcohol o poner paños de agua fría.
- Hay que dar líquidos con frecuencia (zumos de frutas, batidos, agua, etc.).
- **Se deben vigilar los signos de empeoramiento clínico:**
 - Manchas en la piel, de color rojo oscuro o moradas, que no desaparecen al estirar la piel de alrededor.
 - Decaimiento, irritabilidad.
 - Rigidez de cuello.
 - Convulsión o pérdida de conocimiento o excesiva somnolencia.
 - Dificultad para respirar.
 - Vómitos y/o diarrea persistentes.
 - Deshidratación (lengua seca, ausencia de saliva, ojos hundidos, etc.).
 - Si no orina o la orina es escasa.

La fiebre suele ser un síntoma de infección. Por ello el niño no debe ir al colegio hasta que esté mejor.

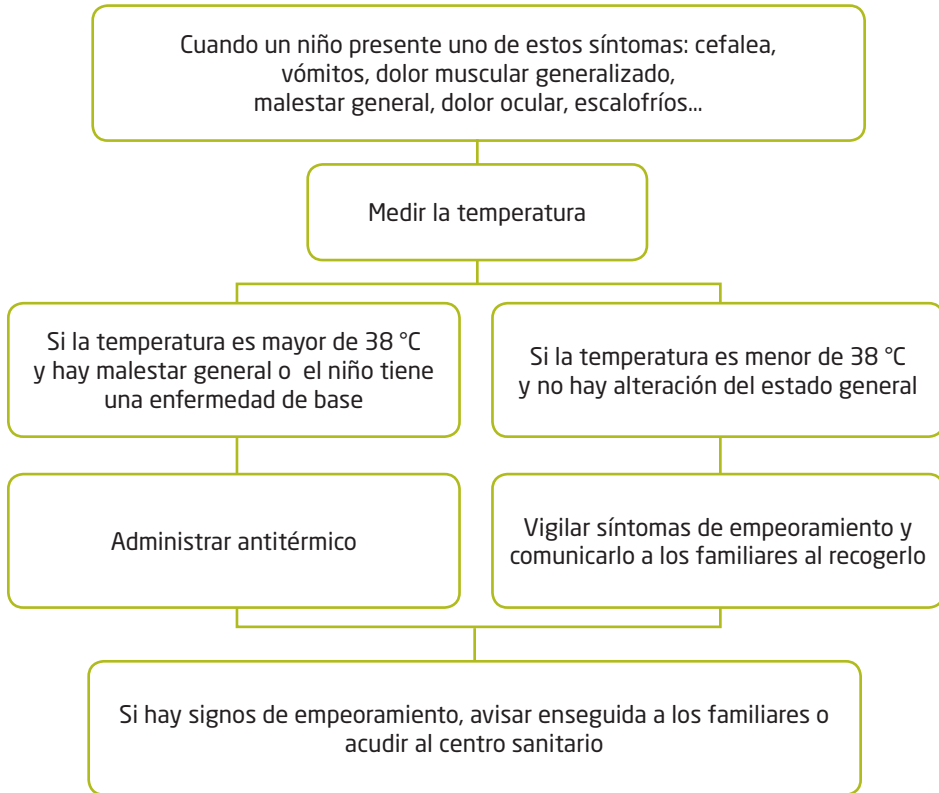
A la fiebre hay que tenerle respeto pero no temor

¿Cómo hay que actuar?

Para que el riesgo de toxicidad por antitérmicos sea menor:

- No tratar fiebres leves (menos de 38 °C).
- No pasar la dosis máxima recomendada.
- El ibuprofeno no se debe dar a niños menores de seis meses (se recomienda en su ficha técnica).
- Cuidado en niños enfermos con ayuno y vómitos (paracetamol) y deshidratación (ibuprofeno).
- No usar de forma prolongada o repetida si son síntomas leves.
- No usar a la vez más de un fármaco para tratar el mismo síntoma.
- Es preferible no alternar antitérmicos.

Actuación ante un niño con fiebre



Dosis de antitérmicos:

- **Ibuprofeno:** 20-30 mg/kg/día; 5-10 mg/kg cada 6-8 horas. La dosis total al día no debe superar 30 mg/kg/día.
- **Paracetamol:** 10-15 mg/kg/dosis cada 6-8 horas. Se puede dar cada 4 horas si es preciso. La dosis total al día no debe superar 60 mg/kg/día.
- **Metamizol:** 10-12 mg/kg cada 6-8 horas.

¿Cómo se calcula la dosis?

- Paracetamol:
 - Paracetamol 10-15 mg/kg/dosis, vía oral o rectal, cada 4-6 horas.
 - Paracetamol gotas 100 mg/ml. $\text{Peso} \times 0,15 = \text{ml por toma}$.
- Ibuprofeno:
 - Ibuprofeno 100 mg/5 ml. $\text{Peso} \div 3 = \text{ml en cada toma}$.
 - Ibuprofeno 200 mg/5 ml. $\text{Peso} \div 6 = \text{ml en cada toma}$.

Recursos

- Antitérmicos (para la fiebre): <http://www.familiaysalud.es/medicinas/farmacos/antitermicos-para-la-fiebre>
- Antitérmicos: <http://pediamecum.es/tag/antitermicos/>
- Decálogo de la fiebre: https://www.aepap.org/sites/default/files/decalogo_fiebre.pdf
- Fiebre: <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/infecciones/fiebre/fiebre>

1. SITUACIONES DE URGENCIA

Cómo actuar ante un desmayo o lipotimia

¿Qué es un síncope o una lipotimia?

Son pérdidas transitorias del conocimiento y del tono muscular. Se deben a una disminución del riego sanguíneo de todo el cerebro, de inicio rápido, duración corta y recuperación espontánea completa. Lo normal es que se recuperen rápido.

A veces pueden quedar síntomas residuales, como sensación de fatiga, dolor de cabeza o malestar durante horas.

- En la **lipotimia o desmayo** el niño nota que se va a desmayar y se recupera rápido.
- En el **síncope** la caída al suelo es brusca y tarda algunos minutos en recuperarse. Puede deberse a problemas cardiacos.

Otras causas de pérdida de conciencia que **no** son debidas a una disminución del riego cerebral global y transitoria, como por ejemplo las causas neurológicas (epilepsia, migraña, traumatismo craneoencefálico, accidente isquémico transitorio...), las causas metabólicas (hipoglucemia, anemia, alteraciones electrolíticas...) y las intoxicaciones (por fármacos, drogas, monóxido de carbono...), no se pueden definir como síncope.

¿Qué hay que saber?

Según la causa que produce el síncope, hay varios tipos:

- **Síncope vasovagal**: es el más frecuente. Suele tener un desencadenante previo (visión de sangre, dolor, condiciones calurosas...). Los pacientes notan síntomas que les avisan antes de perder la conciencia (visión borrosa, incapacidad para pensar con claridad, mareo, palidez, sudoración, bradicardia...). Tras ello pierden el conocimiento y el tono muscular. Casi siempre dura pocos segundos. Se recuperan totalmente de forma espontánea.
- **Síncope por hipotensión ortostática**: hay una disminución anormal de la presión arterial al ponerse de pie. El único síntoma que notan previo al síncope es la "sensación de mareo".
- **Síncope de taquicardia ortostática postural**: aumenta la frecuencia cardiaca en los diez primeros minutos de estar de pie, acompañado de inestabilidad de la presión arterial, con síntomas similares al síncope vasovagal. Son chicos que tienen "intolerancia a estar de pie", con intolerancia al ejercicio, mareos inespecíficos, episodios de palpitaciones, etc.
- **Síncope situacional**: se desencadena en circunstancias concretas:
 - Tos, estornudos.
 - Miccional: antes, durante o tras la micción, generalmente nocturno y más frecuente en varones.

- Estimulación gastrointestinal: defecación, dolor abdominal, tragar...
- Estiramiento o arreglo del pelo: al peinarse.
- **Postesfuerzo físico:** tras haber cesado el ejercicio. Tiene relación con la hidratación inadecuada, el calor, la estasis venosa en los músculos de las piernas. Para evitarlo, se recomienda no parar la actividad física bruscamente.
- Otros: con la risa, al levantar pesas, etc.
- **Síncope relacionado con el ejercicio:** obliga siempre a descartar trastornos subyacentes, como cardiopatías y/o arritmias. Hay dos subtipos:
 - **Síncope postesfuerzo:** previamente comentado.
 - **Síncope vasovagal de esfuerzo:** durante el ejercicio físico. Es poco frecuente. Es imprescindible estudiarlo.
- **Espasmos del sollozo:** causa más frecuente de síncope entre los cero y los cuatro años de edad. Tipos:
 - **Pálidos:** desencadenados por un susto o traumatismo leve. No existe llanto o es muy breve. Pierden el conocimiento con palidez llamativa e hipotonía, pudiendo acompañarse de posterior rigidez y sacudidas mioclónicas.
 - **Cianóticos:** tras una contrariedad. El llanto suele ser intenso. Se produce la pérdida de conocimiento con coloración azulada importante, hipotonía y a veces sacudidas mioclónicas.
- **Síncope cardíaco:** se debe una cardiopatía y/o arritmia cardíaca. Puede causar muerte súbita.

Posibles causas de desmayos:

- Ejercicio.
- Deshidratación por esfuerzo o calor.
- Bipedestación prolongada.
- Cambios posturales bruscos (ponerse de pie).
- Calor excesivo en el aula.
- Insolación.
- Dolor brusco por traumatismo u otras causas.
- Dismenorrea o dolor menstrual en adolescentes.
- Tos intensa y persistente.
- Esfuerzos físicos intensos.
- Llanto en niños pequeños.
- Susto o sobresalto emocional.
- Ayuno prolongado.
- Falta de sueño.
- Inicio de un proceso infeccioso.

¿Cómo actuar ante un desmayo?

1. Evitar las situaciones que le causan los síncope al niño. Por ejemplo, no hay que incorporarse bruscamente cuando se está sentado o tumbado.
2. Cuando el niño empiece a notar que se marea, debe sentarse o tumbarse enseguida, para evitar el síncope y la caída.
3. Debe respirar lenta y profundamente.
4. Aflojar las ropas, facilitar la ventilación del aula, o poner a la sombra si es en el exterior.
5. Una vez se ha mareado, no se debe levantar al niño. Debe quedarse tumbado 10-15 minutos o lo que necesite.
6. Se pueden subir las piernas unos 30° para facilitar el retorno de la sangre al corazón.
7. Si tiene náuseas, poner la cabeza de lado para que respire mejor y por si vomita.
8. A veces el niño desmayado deja de respirar durante unos segundos y se pone morado. A la vez, puede ponerse rígido e incluso tener contracciones musculares repetidas. Es indistinguible de una crisis epiléptica, pero cede sola en pocos segundos y enseguida recupera el conocimiento, cosa que no le pasa al epiléptico.
9. Cuando vuelve en sí, suelen querer levantarse enseguida. Pueden marearse de nuevo. Hay que tranquilizarles. Se deben levantar poco a poco. Luego sentarse con la cabeza baja, luego sentarse normal y finalmente andar. Este proceso puede durar hasta 15 o 20 minutos.
10. Cuando el niño está consciente e incorporado, le podemos dar bebidas azucaradas para que se recupere mejor.
11. Si no se recupera de inmediato, hemos de actuar como en una parada cardiaca y hacer maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) y llamar al Servicio de Emergencias.

¿Debe remitirse a Urgencias?

- Si se sospecha **origen cardiaco** (menores de seis años, niños con cardiopatías conocidas, durante el ejercicio, antecedentes familiares de muerte súbita).
- Niños con problemas conocidos.
- Si tarda más de cinco minutos en recuperar la consciencia.
- Si ha ocurrido durante el ejercicio o en un esfuerzo o estando sentado.
- Si ha convulsionado o se ha orinado durante el episodio.
- Otras pérdidas de conocimiento que no sean desmayos normales (salvo las rabetas): epilepsia, convulsión febril, hipoglucemias en diabéticos, traumatismos craneales.

En los síncope o mareos debidos a las causas desencadenantes típicas no es preciso ir a Urgencias pero si pedir cita normal con el pediatra.

En general, no se producen por problemas médicos importantes y no necesitan ningún estudio especial. La evolución natural es a mejorar con el tiempo. Son frecuentes en la adolescencia.



Vídeo informativo: Mareo, síncope, vértigo. ¿Cómo actuar? Primeros auxilios:
<https://www.youtube.com/watch?v=j55560yzqkw>

Recursos

Direcciones web útiles

- Qué hacer y qué no hacer ante un niño que ha sufrido un síncope (desmayo): <http://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/hacer-no-hacer-ante-nino-sufrido-sincope-desmayo>
- Síncope: http://www.seup.org/pdf_public/hojas_padres/sincope.pdf

Bibliografía

- Domínguez García O, Íñigo Martín G. Síncope en la infancia. Form Act Pediatr Aten Prim. 2011;4:173-7.
- Herranz Jordán B. Mareos y pérdidas de conocimiento. En: Familia y Salud [en línea]. Disponible en: <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/cerebro-y-sistema-nervioso/sintomas-neurologicos/mareos-y-perdidas-de>

1. SITUACIONES DE URGENCIA

Cómo actuar ante un dolor abdominal

¿Qué es el dolor abdominal?

Es un malestar, molestia o dolor en la zona comprendida entre las últimas costillas y el pubis.

Su causa puede estar en el abdomen o fuera de él. Al ser una “sensación”, no se puede medir ni la cantidad ni la calidad. Hay que guiarse por lo que el niño cuenta (cuando sabe hacerlo), por sus quejas y por otros síntomas (vómitos, diarrea, fiebre).

¿Qué hay que saber?

Ante un niño con dolor abdominal, son importantes los siguientes datos:

- La edad del niño.
- El tiempo de evolución: unas horas, unos días o unas semanas.
- La temperatura: normal, con fiebre elevada o con febrícula.
- Vómitos: presencia o ausencia, duración, contenido.
- Deposiciones: duras como bolitas, blandas o líquidas.
- Estado general (si está contento, algo decaído o postrado).
- Si el dolor interfiere con la actividad que está realizando en ese momento o no.
- Golpes o caídas recientes sobre el abdomen.
- Características del dolor: intensidad (cada vez le duele más); si es constante o intermitente.
- Si es mujer adolescente, preguntar si puede ser debido a la menstruación.

¿Cómo actuar?

- Tranquilizar al niño.
- Buscar un lugar adecuado y colocarle en una postura más cómoda.
- Se le puede aliviar con paños calientes.
- Sugerirle que vaya al aseo. Muchas veces intentar evacuar les calma.
- La causa más frecuente de dolor abdominal en los niños es el estreñimiento.
- No se deben dar medicamentos antiespasmódicos o analgésicos.
- Si es una adolescente con dolor menstrual, se puede administrar un ibuprofeno de 400 mg.

¿Qué hallazgos nos pueden indicar que el dolor abdominal es importante y hay que avisar a los padres? (*)

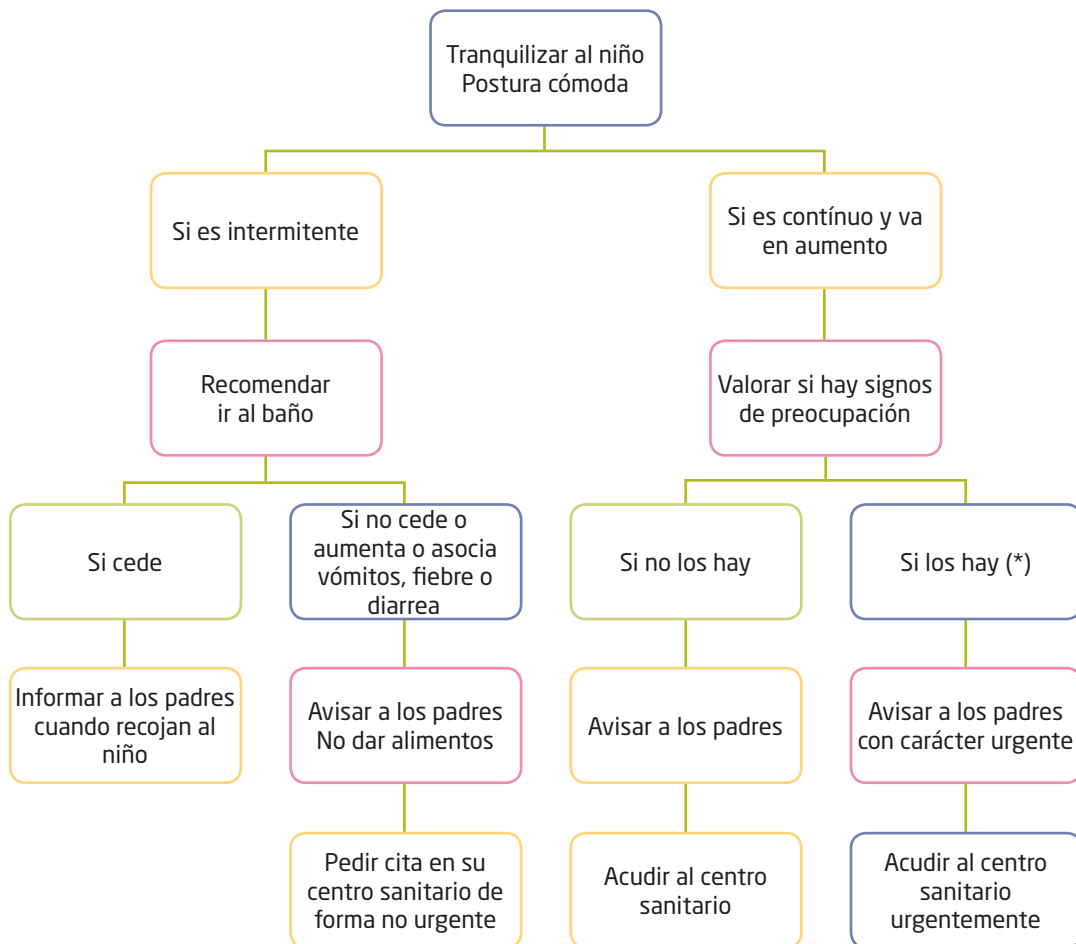
- Aspecto de estar enfermo: está pálido, no se quiere mover, se queja, llora débil. Puede estar frío, sudoroso o con temblor.
- Sufrió hace poco un golpe en la zona abdominal.
- Vómitos repetidos.
- El dolor es muy localizado y persistente.
- El dolor va a más. Le obliga a estar inmóvil o le cuesta andar.
- Hay sangre en las heces (esto no es tan importante cuando el niño tiene diarrea).

En el menor de tres años son **signos de invaginación intestinal**: episodios de dolor abdominal (o llanto intenso) acompañados de sudoración o palidez, con intervalos de tranquilidad o adormecimiento de 15 o 20 minutos. Pueden aparecer vómitos y heces gelatinosas sanguinolentas.

Bibliografía

- Estreñimiento: <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/aparato-digestivo/sintomas-digestivos/estreñimiento>
- Apendicitis: <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/aparato-digestivo/enfermedades-digestivas/appendicitis>
- Hernández Encinas MA. Dolor abdominal en la infancia, información para padres. En: Familia y Salud [en línea] [consultado el 26/06/2016]. Disponible en: <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/aparato-digestivo/sintomas-digestivos/dolor-abdominal-en-la-infancia>

Protocolo de actuación ante un dolor abdominal en la escuela



2. ACCIDENTES

Cómo actuar ante una sospecha de fractura o lesión importante después de una caída

¿Qué es?

La **fractura** es la rotura de un hueso. Son muy frecuentes en la niñez y las caídas suelen ser la causa más frecuente.

El **esguince** ocurre cuando los ligamentos se han estirado demasiado o están parcialmente desgarrados. Los ligamentos son las conexiones que mantienen los huesos juntos.

¿Qué hay que saber?

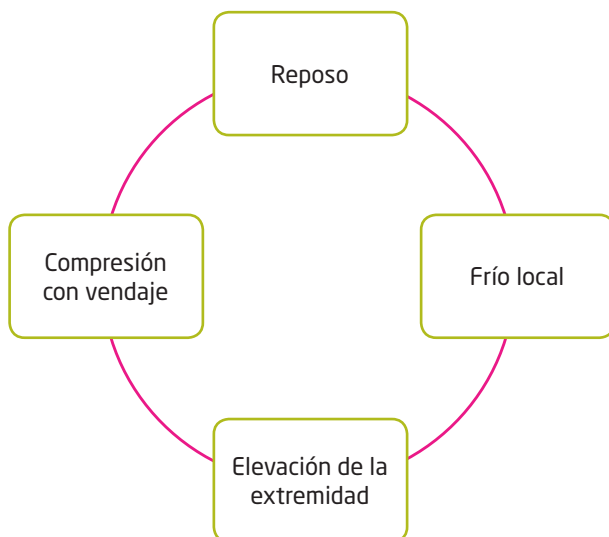
Debe **sospechar que el niño ha sufrido una fractura** si ha sentido o escuchado el ruido de un hueso como si se quebrara. También si tiene dificultades al mover la parte donde se ha golpeado o bien la mueve de forma poco natural o le duele mucho al tocarse. En los niños muy pequeños a veces es difícil sospechar una fractura porque no saben describir lo que sienten.

Debe **sospechar un esguince** si ha visto una torcedura y el niño refiere dolor o aparece hinchazón sobre el área lesionada.

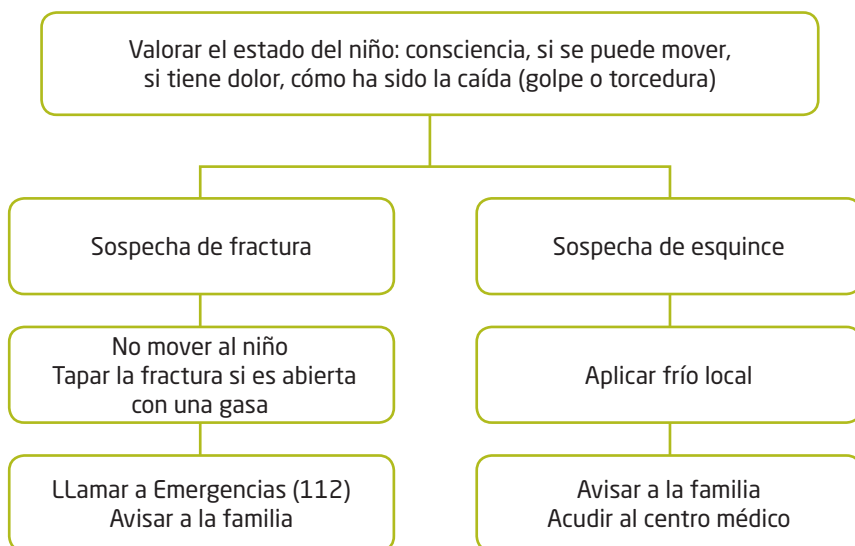
¿Cómo actuar?

- La ruptura de un hueso requiere cuidado médico de emergencia.
- Si se sospecha la fractura de un hueso y la herida está localizada en la espalda o en el cuello no se debe mover el cuerpo del niño salvo que corra peligro.
- Se debe solicitar ayuda médica por teléfono.
- Si el niño tiene una herida por donde puede verse el hueso sobresalir y existe sangrado se debe aplicar presión con una compresa de gasa. No intente empujar hacia adentro la parte del hueso que puede estar visible. Si no sangra, coloque una bolsa de hielo cubierta con una gasa sobre el área lesionada.
- Mantenga al niño tumbado hasta que llegue la ayuda médica.
- Si se sospecha un esguince debe aplicar una bolsa de hielo cubierta con una gasa sobre el área lesionada. No aplique calor porque incrementa el dolor y la hinchazón
- Después avise a la familia para que el niño reciba una evaluación médica.

Pilares del tratamiento inicial de un esguince



Protocolo de actuación ante una caída con fractura o esguince



Recursos

- Fracturas, esguinces y torceduras: http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&lic=194&cat_id=20255&article_set=47411&ps=104
- Niños y huesos rotos: <http://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/injuries-emergencies/Paginas/Children-And-Broken-Bones.aspx>
- Sobre el esguince de tobillo: <http://www.familiaysalud.es/enfermedades/aparato-locomotor/extremidades/esguince-de-tobillo>

2. ACCIDENTES

Qué hacer ante un traumatismo craneal

¿Qué es?

Ocurre cuando el niño se da un golpe fuerte en la cabeza. Los golpes en la cabeza son un accidente muy frecuente en la infancia.

¿Qué hay que saber?

- Los golpes muy pequeños no suelen producir ningún problema. La mayoría de los golpes en la cabeza son leves y no producen daños. A veces se producen pequeñas lesiones en la superficie de la cabeza: heridas, chichones o dolor en la zona del golpe.
- Lo peligroso de los golpes está en que se produzca una lesión en el cerebro.
- En la mayoría de los casos el niño solo tendrá dolor y no precisará que lo revise un médico de forma inmediata. Es normal que el niño esté asustado.

¿Cómo actuar?

- La observación del niño de manera continua es fundamental.
- Debe avisar a los padres de que ha ocurrido el accidente y la forma en que ha tenido lugar.
- Si tiene un chichón puede poner hielo o un bote de refresco frío, envuelto en un paño, para disminuir la hinchazón.
- Además de avisar a los padres debe contactar con el Servicio de Urgencias ante cualquier síntoma de alarma.
- Si se sospechan lesiones importantes no debe mover al niño, especialmente su cuello.

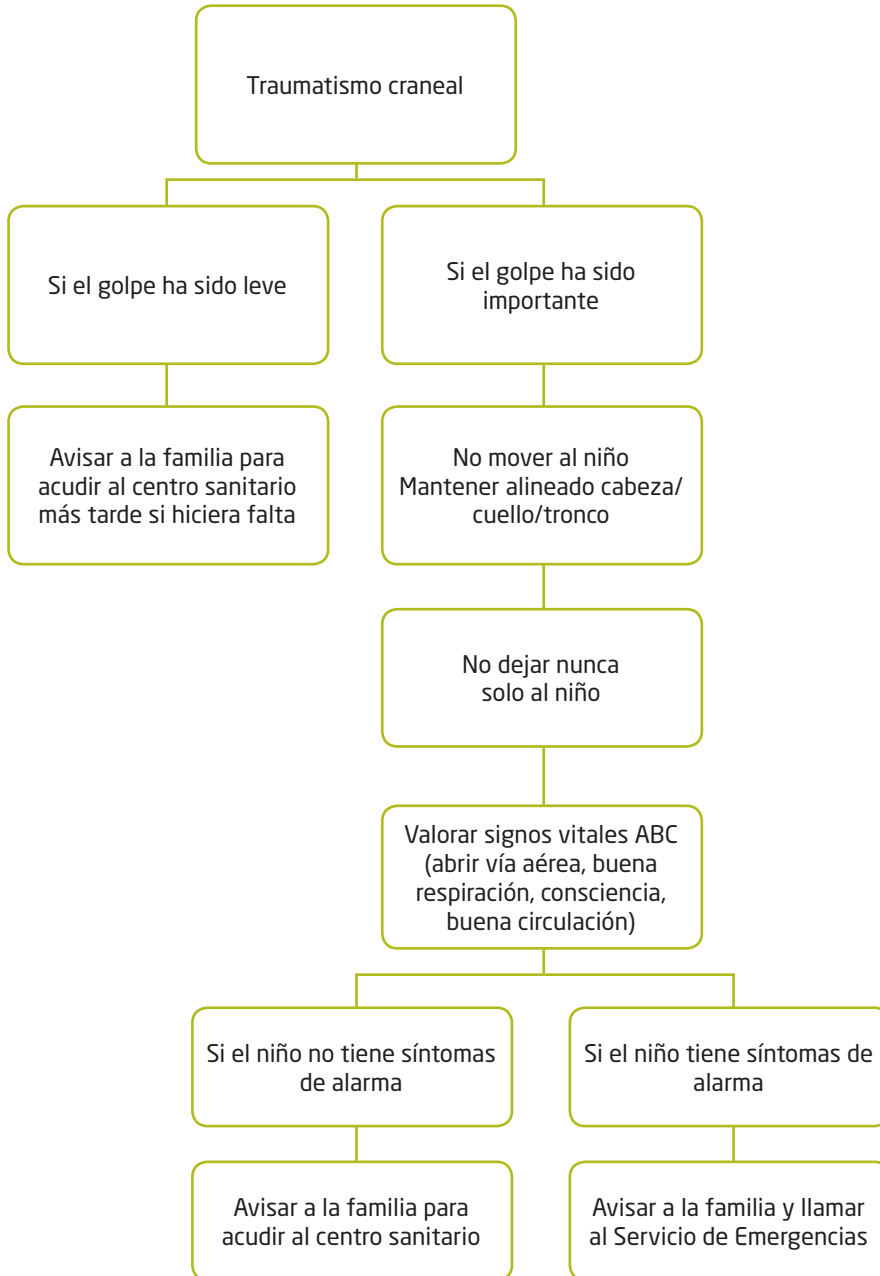
Síntomas de alarma:

- Si el niño está confuso, somnoliento o muy irritable.
- Empieza a vomitar, de forma repetida.
- Tiene dificultad para caminar o hablar.
- Le duele mucho la cabeza en otro sitio distinto del del golpe.
- Habla o ve mal.
- Herida en la cabeza que no para de sangrar.
- Sale sangre o un líquido claro por la nariz o los oídos.
- Si se ha caído de más de un metro de altura.
- Tiene una zona hundida en la cabeza.
- Cualquier síntoma que le preocupe o resulte extraño. Alteraciones del comportamiento.
- Amnesia de lo ocurrido.
- Pérdida de conciencia o convulsión.
- Hematoma alrededor de los párpados o de las orejas.
- Las pupilas no están iguales.
- Si se sospecha que se ha hecho daño en el cuello.
- Si no hemos visto cómo se ha caído.
- Si sabemos que es hemofílico o tienen problemas con la coagulación de la sangre.

Recursos

- Traumatismo craneoencefálico (SEUP): http://www.seup.org/pdf_public/hojas_padres/tce.pdf
- Traumatismo craneoencefálico (Familia y Salud): <http://www.familiaysalud.es/podemos-prevenir/prevencion-de-accidentes/lesiones-infantiles-que-hacer/traumatismo-craneoencefalico>
- ¿Qué nos debe preocupar de un niño que ha sufrido un traumatismo craneoencefálico (TCE)?: <http://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/nos-debe-preocupar-nino-sufrido-traumatismo-craneoencefalico-tce>
- Golpes en la cabeza, ¿qué nos debe preocupar?: <http://enfamilia.aeped.es/temas-salud/golpes-en-cabeza-que-nos-debe-preocupar>

Protocolo de actuación



En todo caso, aunque no haya ningún síntoma de alarma, todo traumatismo craneal importante debe ser valorado por un médico

2. ACCIDENTES

Cómo actuar ante una herida que sangra

¿Qué son las heridas?

Las heridas son lesiones que se producen en los tejidos blandos del cuerpo. Son más frecuentes en la piel y en las mucosas ya que son más accesibles desde el exterior.

Si se produce una pérdida de sangre a consecuencia de la herida hablamos de **hemorragia**. Esta es externa si la sangre es visible e interna si no lo es.

¿Qué hay que saber?

¿Por qué se producen?

Las heridas se producen a consecuencia de un golpe o un corte. Según la causa que las provoque, las heridas pueden clasificarse en:

- **Excoriación:** arañazo más o menos amplio.
- **Heridas contusas:** se rompe la piel por un golpe o traumatismo (caídas más fuertes, mordeduras).
- **Heridas incisas:** producidas por un objeto cortante.
- **Heridas muy pequeñas en superficie pero penetrantes:** por agujas, anzuelos...

¿Cuáles son los síntomas?

- Dolor.
- Pérdida de sensibilidad (a veces).
- Sangrado, que puede ser más o menos intenso.

Las heridas pueden sangrar de varias formas:

- **En sábana:** la piel sangra por toda la superficie de forma no intensa (por ejemplo, en las excoriaciones). Es la más común y la menos grave.
- **Sangrado venoso:** en la herida hay uno o varios puntos que sangran de forma insistente, pero sin presión.
- **Sangrado arterial:** en la herida hay algún punto que suelta chorritos rítmicos de sangre. Es **la más grave y se debe tratar rápidamente**.

¿Cuándo sospecharemos que la herida es importante?:

- Son muy grandes y/o muy profundas.
- Sangran mucho o a chorritos o borbotones.
- Son punzantes y no conocemos su profundidad.
- Las mordeduras (incluida la humana).
- Son más que un arañazo y afectan a cara, ojos, boca, nariz, manos, dedos, genitales.
- Tienen tierra, ropa o cuerpos extraños dentro que no podamos quitar.
- Se han producido en un entorno de mucha energía (caída de altura superior a 1,5 metros, explosiones, aplastamiento, pérdida de conciencia...).

¿Cómo actuar ante una herida?

- Lavado de las manos y usar guantes desechables, a poder ser sin látex.
- Limpiar la herida desde el centro hacia el exterior con una gasa estéril. Usar **agua y jabón** o suero fisiológico.
- Valorar si hay que poner un antiséptico, como por ejemplo clorhexidina. No se aconseja el uso de povidona yodada (Betadine), agua oxigenada, alcohol o derivados mercuriales (Mercromina).
- En el caso de que haya cuerpos extraños visibles se extraerán echando agua abundante. Si su extracción resulta dificultosa, no se debe manipular para sacarlos.
- Proteger la herida con un apósito, tirta o un vendaje. Evitar utilizar algodón ya que se pega a la herida.
- Si sigue sangrando, de forma poco importante, presionar la herida. Si la herida es en una extremidad, elevarla. Mantener la presión y la elevación durante unos diez minutos (es el tiempo en el que se produce la coagulación).

Si la herida es penetrante:

- Taparla con un apósito.
- Colocar al niño semisentado.
- Si la herida es en el abdomen, lo tumbaremos en el suelo con las piernas ligeramente flexionadas.
- **Si la herida ha sido producida por un objeto punzante, no lo sacaremos.**
- Es importante no dejar solo al niño.

Es importante lavarse las manos antes y después de curar una herida o mejor usar guantes desechables

¿Y si la herida es importante?

- Valorar el estado general del niño.
- Prevenir el *shock*: abrigar, sobre todo si sangra.
- Controlar la hemorragia presionando el punto de sangrado para evitar mayor pérdida de sangre.
- No extraer los cuerpos extraños, incluido el objeto causante (ya sea cuchillo, madera, esquirla metálica...) si están muy enclavados, por riesgo de que sangre más.
- No poner antisépticos ni pomadas.
- Cubrir la herida con un apósito estéril sin que haga presión salvo si hay mucho sangrado.
- Ir al hospital más cercano o llamar al 112.
- La mayoría de heridas importantes se tratan con suturas. Se trata de una forma de cerrar artificialmente la piel mientras esta se repara por sí sola. Es lo que se llama cicatrización.

Si hay amputación de un miembro:

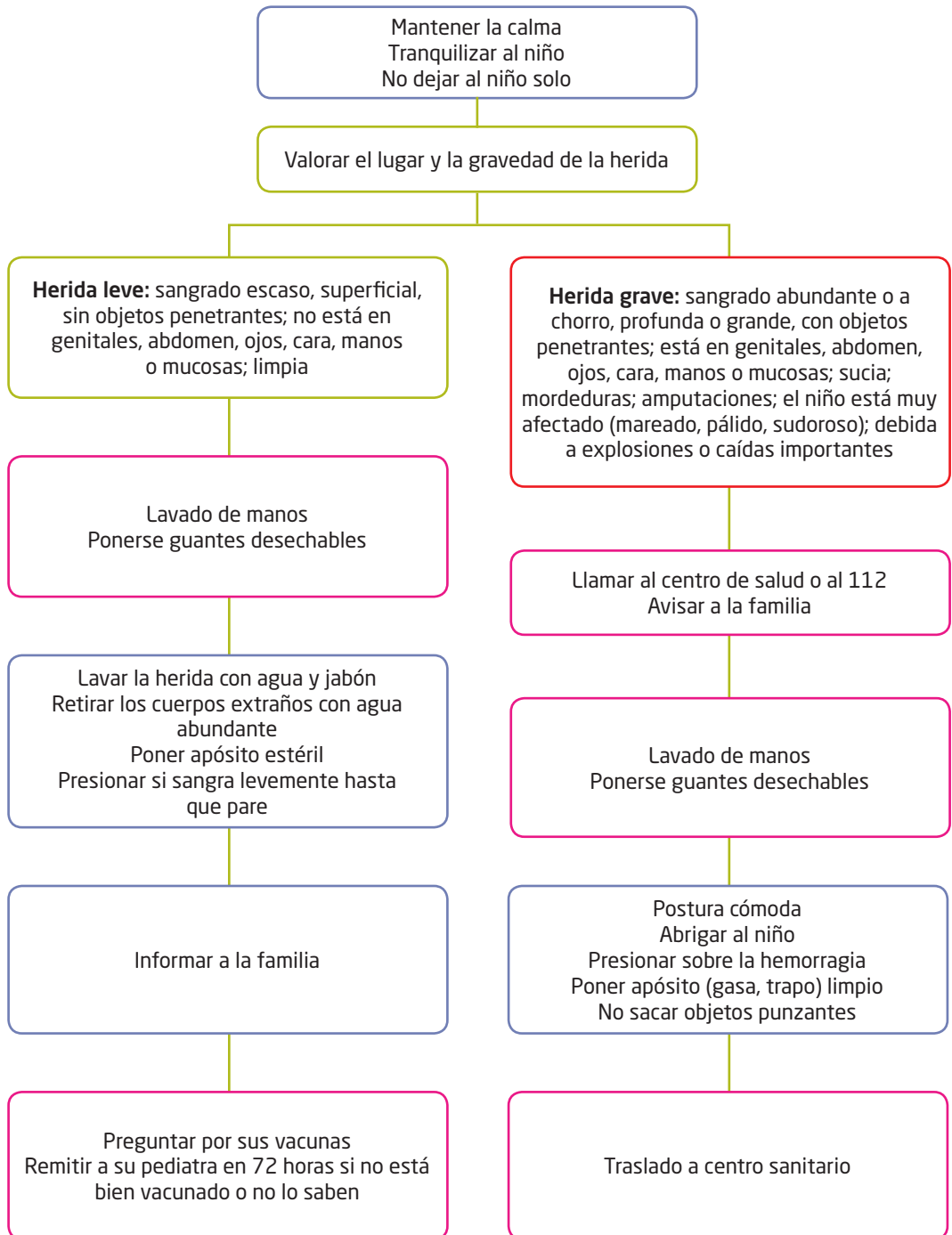
- Cubrir la zona amputada con una gasa estéril húmeda o con un trapo o paño húmedo pero bien limpio.
- El miembro amputado se envuelve en unas gasas estériles humedecidas con suero fisiológico o con agua y se pone en una bolsa de plástico.
- Se llena otra bolsa de plástico con cubitos de hielo y se pone la bolsa anterior que tiene el miembro amputado dentro.

Ante un niño con una herida hay que averiguar si está vacunado correctamente

Hay que preguntar a los padres si tiene puesta la vacuna del tétanos hace más de cinco años (si es una herida sucia) o más de diez años (si es limpia). Si llevan puestas las vacunas de su calendario vacunal correctamente, no suelen necesitar re-vacunación.

Si no está bien vacunado contra el tétanos, debe ir a su centro de salud para que le pongan gammaglobulina antitetánica (si la herida es sucia o se ha producido con un objeto sucio) y la vacuna antitetánica.

Protocolo de actuación ante una herida en el colegio



Recursos

- Cómo actuar frente a un accidente infantil: http://www.seup.org/pdf_public/hojas_padres/tce.pdf
- Heridas graves. Familia y Salud: <http://www.familiaysalud.es/podemos-prevenir/prevencion-de-accidentes/lesiones-infantiles-que-hacer/traumatismo-cra-neoencefalico>
- Heridas Leves. Familia y Salud: <http://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/nos-debe-preocupar-nino-sufrido-traumatismo-cra-neoencefalico-tce>
- Heridas: cómo curarlas: <http://enfamilia.aeped.es/temas-salud/golpes-en-cabeza-que-nos-debe-preocupar>

3. NIÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Asma por ejercicio

¿Qué hay que saber?

- El asma inducido por el ejercicio (AIE) es la obstrucción aguda y reversible de las vías aéreas que ocurre tras la realización de un esfuerzo físico.
- Hasta el 80% de los niños con asma pueden presentar síntomas durante el ejercicio.
- Muchos deportistas famosos son asmáticos.

¿Qué síntomas pueden producirse durante el asma inducida por el ejercicio?

- Tos.
- Dificultad para respirar.
- Respiración sibilante (se oyen pitos o silbidos al respirar).
- Opresión o dolor de pecho.
- Alargamiento del periodo de recuperación tras el ejercicio.

Los síntomas pueden aparecer durante o después del ejercicio, y pueden tardar varias horas en desaparecer.

Permitir que los niños queden exentos del ejercicio o lo interrumpan dependiendo de sus síntomas.

¿Por qué se producen síntomas de asma durante el ejercicio?

Durante el ejercicio entra aire a gran velocidad por la boca, impidiendo que se caliente y humedezca en las fosas nasales. Esto provoca que llegue aire frío, seco, contaminado y con alérgenos a los bronquios.

Los bronquios inflamados e hipersensibles de las personas asmáticas se contraen ante estos desencadenantes provocando obstrucción al paso del aire, dando lugar a síntomas asmáticos.

¿Qué situaciones aumentan el riesgo de presentar asma durante el ejercicio físico?

- La más importante es tener el **asma mal controlado**. Al tener los bronquios inflamados, estos se irritan y se cierran con facilidad ante diversos estímulos.
- Los niños que asocian **rinitis alérgica** realizan una respiración bucal que favorece la irritación bronquial.

¿Es aconsejable la actividad física en el paciente asmático?

- La práctica de ejercicio mejora la condición física y la tolerancia al ejercicio.
- Mejora la función pulmonar y fortalece los músculos respiratorios.
- Favorece además la socialización y la autoestima.

¿Si se tiene asma inducida por el ejercicio se puede hacer deporte?:

- Si se tiene el **asma mal controlada** (con presencia de síntomas y mala función respiratoria) es necesario **evitar temporalmente el ejercicio**. En estos casos hay que tomar un tratamiento preventivo para reducir la inflamación bronquial.
- Cuando se está libre de síntomas, el **asma está bien controlada**, y la realización de ejercicio físico no genera ni empeora los síntomas de la enfermedad, es **totalmente recomendable**.

¿Qué deportes pueden realizar las personas con asma?

- Se puede practicar todo tipo de deporte siempre que el asma este bien controlado.
- La aparición de los síntomas se relaciona con el tipo, intensidad y duración de los esfuerzos realizados.
- El ambiente donde se practique el ejercicio puede favorecer el AIE (aire frío y seco, aire contaminado, ambientes húmedos, altas concentraciones de polen, hongos o polvo en personas sensibilizadas a tales sustancias).
- Algunas actividades tienen más facilidad que otras para provocar los síntomas.

¿Qué tipos de deportes tienen mayor riesgo?

Cualquier actividad intermitente es menos productora del AIE que la continua. Una mayor intensidad en el ejercicio también produce mayor aparición de AIE.

Deportes que desencadenan mayor AIE	Deportes que desencadenan menor AIE
Carrera de medio fondo (800 y 1500)	Deportes de raqueta (tenis, etc.)
Carrera de fondo (maratones, etc.)	Deportes de lucha (boxeo, karate, etc.)
Ciclismo	Balónmano
Fútbol	Gimnasia
Baloncesto	Golf
Rugby	Carrera de velocidad
Hockey sobre hielo	Piragüismo
Esquí de fondo	Natación
Patínaje hielo	Béisbol
	Senderismo
	Waterpolo
	Tiro olímpico
	Tiro con arco
	Yoga

¿Qué pruebas se hacen para confirmar el diagnóstico?

El **test de esfuerzo** intenta reproducir de forma controlada la obstrucción de la vía aérea provocada por el ejercicio. Se objetiva mediante técnicas de función pulmonar, como es la **espirometría**.

¿Qué medidas preventivas existen para evitar o mitigar el asma inducido por el ejercicio?

- El asma inducido por el ejercicio **se puede prevenir** mediante medidas de higiene deportiva y con medicación para su control.
- Cumplir el plan de tratamiento prescrito por el pediatra o alergólogo.
- Evitar los factores de riesgo y desencadenantes.
- Elegir un ejercicio adecuado, ajustando su intensidad, y practicarlo en ambientes saludables.
- En ocasiones es necesario la utilización de medicación inhalada previa al ejercicio para evitar la aparición de la crisis.

Medidas higiénico-deportivas:

- Seleccionar el deporte que menos asma produzca (pero podría practicar cualquiera).
- Evitar ambientes fríos, secos y contaminados.
- Utilizar mascarillas, pañuelos o bufandas si es preciso.
- Evitar exposición a factores ambientales y desencadenantes.
- Realizar precalentamiento adecuado durante diez minutos. Ejercicios suaves, progresivos, no fatigantes y aeróbicos.
- Evitar cambios de ambiente entre reposo-deporte-reposo.
- Efectuar respiración nasal.
- Favorecer deportes donde se realicen pausas o sustituciones entre deportistas.
- Suspender el ejercicio ante síntomas incipientes de asma.
- Tras el ejercicio, realizar un enfriamiento gradual.
- **No** realizar deporte durante una crisis de asma.
- Si se presenta una crisis: intentar una relajación psicofísica y, si no se resuelve, administrar medicación de rescate.
- No realizar deporte en las tres horas siguientes a administrar inmunoterapia con vacuna.

Medicación para su control

- Para evitar la aparición de AIE se recomienda administrar una medicación que controle la inflamación bronquial y el broncoespasmo producido por el ejercicio.
- Entre cinco y diez minutos antes de iniciar la actividad física se administrará un broncodilatador de acción rápida (salbutamol o terbutalina). Alcanzan su máxima acción a los 15-60 minutos y finaliza a las 2-3 horas.
- Cuando se presentan episodios recurrentes de obstrucción con la práctica de deporte, se aconsejará acudir al médico para valorar iniciar o intensificar el tratamiento antiinflamatorio.

¿Qué se debe hacer ante una crisis de asma inducida por el ejercicio en el centro educativo?

- El alumno debe **parar** de realizar la actividad deportiva.
- Mantenerse en **reposo** (sentado).
- Permitir que respire bien (evitar aglomeraciones, liberar ropa).
- Si se tiene un **broncodilatador de acción rápida** (salbutamol, terbutalina) administrarle lo antes posible cuatro *puffs*.
- Mantener en observación diez minutos.

- Si no mejora, administrar otros 4 *puff*.
- Acudir al centro sanitario más próximo y/o llamar a Emergencias (112), si no mejora con el tratamiento o aparecen signos o síntomas de gravedad.
- Mantener al niño **siempre** vigilado-acompañado.
- **Avisar a los padres** o responsables del alumno lo antes posible.

En ocasiones el cese de la actividad hace remitir la crisis, sin necesidad de medicación y puede seguir haciendo el deporte (se llama "periodo refractario": una vez superada la crisis, el pulmón queda protegido unas 3-4 horas).

¿Qué deben conocer y hacer los profesores de Educación Física?

- Conocer la enfermedad asmática y su tratamiento.
- Disponer de la **ficha identificativa del alumnado** con asma con su plan de manejo individualizado.
- Realizar **medidas higiénico-deportivas** previas al ejercicio.
- Permitir y controlar que los niños que lo precisen usen **medicación de rescate** inhalada antes del ejercicio.
- Conocer cómo actuar ante una crisis de asma.
- Conocer que la **medicación utilizada** para el control del asma **no aumenta el rendimiento deportivo** en dosis y vías habituales. Se aconseja, si se participa en competiciones oficiales sometidas a control consultar la normativa, declarar su utilización y conseguir autorización.
- En **épocas de polinización** realizar deporte en el gimnasio (en días de mucho sol y viento).
- Ofrecer **actividades alternativas** en los casos en que sea necesario.

Recursos

Direcciones web útiles

- Asma y deporte: http://www.respirar.org/images/pdf/respirar/asma_deporte.pdf
- Colegios saludables: <http://www.respirar.org/portal-de-familias/colegios-saludables>
- Asma y actividad física: <http://www.fundrogertorne.org/salud-infancia-medio-ambiente/divulga/inspira-nuevo/2013/10/22/asma-y-actividad-fisica/>
- El asma en la infancia y la adolescencia: http://www.fbbva.es/TLFU/mult/ASMA_INTERACTIVO.pdf

- Guía Española del Asma (GEMA) para pacientes, padres y amigos: <http://www.gemasma.com/>
- El asma en la infancia: <http://www.neumoped.org/docs/GuiaDonostiaEsp.pdf>
- Aula del Asma Infantil de la Escuela de Pacientes: http://www.escueladepacientes.es/ui/aula.aspx?stk=Aulas/Asma_Infantil
- http://kidshealth.org/teen/en_espanol/enfermedades/exercise_asthma_esp.html
- Asma inducida por ejercicio: <http://alergiaweb.com/>
- Respirar. El portal sobre el asma en niños y adolescentes: <http://www.respirar.org>

Vídeos educativos recomendados

- ▶ *¿Qué sucede durante un ataque de asma?:* http://kidshealth.org/parent/videos/flare_up_vd_esp.html
- ▶ *Todo sobre el asma:* <http://www.asma.com/asma/asma.asp>
- ▶ *Manejo de inhaladores:* <https://www.youtube.com/watch?v=TFexVujejVk> (sin mascarilla ni cámara), <https://www.youtube.com/watch?v=NdFstn28hWM> (con cámara y sin mascarilla), <https://www.youtube.com/watch?v=b90DRLZUWuc> (con cámara y mascarilla) y <https://www.youtube.com/watch?v=GbXJnKSHHUO> (con cámara y sin mascarilla).

Cuentos sobre el asma

- *El mago del asma:* <http://alergiaweb.com/2012/05/30/el-mago-del-asma/>
- *Cecilia controla su asma:* http://www.youtube.com/watch?v=I4MHCKc_t2c

Bibliografía

- British Guideline on the Management of Asthma. En: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) [en línea]. Disponible en: http://sign.ac.uk/pdf/pat141_CHILDREN.pdf
- Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 2014). En: Gemasma [en línea]. Disponible en: www.gemasma.com
- López-Silvarrey Varela A (coord.). Estudio sobre el asma en los centros escolares españoles (EACEE) 2009-2010. A Coruña: Fundación María José Jove; 2011.
- Praena Crespo M, Fernández Truan JC, Aquino Llinares N, Murillo Fuentes A, Sánchez Sánchez A, Gálvez González J, *et al.* Situación de los conocimientos, las actitudes y la calidad de vida en asma de adolescentes y profesorado. Necesidad de educar en los centros de enseñanza. *An Pediatr (Barc)*. 2012;77:226-35.
- The Global Strategy for the Diagnosis and Management of Asthma in Children 5 Years and Younger, Global Initiative for Asthma (GINA) 2009. En: Ginasthma [en línea]. Disponible en: http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Under5_2009_CorxAug11.pdf

3. NIÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

El niño diabético en la escuela

¿Qué es la diabetes?

La **diabetes** en los niños se debe a la falta de producción de insulina por el páncreas. Esto provoca un ascenso del azúcar en la sangre (hiperglucemia). Necesitan insulina inyectada para compensar este déficit.

Sus síntomas son sed intensa, hambre continua, orina abundante y con frecuencia, cansancio, dolor abdominal o vómitos y adelgazamiento. A veces no tienen apetito

La diabetes no es contagiosa.

Los niños diabéticos pueden y deben participar en todas las actividades escolares igual que los demás, incluido el ejercicio físico.

La diabetes no tiene cura, pero bien controlada permite una buena calidad de vida.

La educación y la vigilancia de estos niños son básicas para conseguir un buen control.

A veces pueden requerir controles de glucemia durante el horario escolar.

Todo el personal docente debe saber que el niño es diabético y debe conocer qué hacer en caso de emergencia y dónde se encuentra la medicación del niño.

¿Qué hay que saber?

Sobre su alimentación:

- Su dieta debe ser equilibrada como, la de los demás niños. No necesitan dietas especiales.
- Deben comer 6-7 veces al día, en horarios regulares, incluyendo almuerzo y merienda.
- Si el niño refiere sensación de hambre hay que dejar que coma en ese momento.
- Conviene tener en la cafetería del colegio alimentos no azucarados (bocadillos, leche, yogures) y azucarados (zumos, azúcar) para una situación de emergencia.
- **Los alimentos aumentan la glucosa en sangre. En condiciones normales, no es aconsejable que el niño tome alimentos con "azúcares"** (azúcar, zumos de frutas...). Deben restringirse al caso de hipoglucemia.
- Debe respetarse el horario de las comidas, sobre todo en los más pequeños.
- Facilitar el menú semanal/mensual a la familia para hacer adaptaciones puntuales si son precisas.
- Recomendar que el monitor del comedor supervise su cumplimiento.

- A veces hay que dejar que tome algún alimento fuera de las comidas para evitar una hipoglucemia.
- **En celebraciones en clase:** tener previstos alimentos y “chuches” alternativas sin o con escaso contenido en azúcar (bebidas tipo *light*, etc.).
- **En excursiones fuera del centro:** informar con tiempo suficiente a la familia sobre el plan (rutas, horarios, comidas...) para adaptar la insulina y la comida a la actividad. El niño deberá llevar todo su material de tratamiento, incluyendo los “alimentos extra”.

Sobre el ejercicio físico:

- Deben hacer el mismo ejercicio que los demás compañeros.
- Conviene hacer control de glucemia antes y después del ejercicio.
- Si la glucemia está entre 100 y 200 mg/dl, puede hacer ejercicio normal.
- Si tiene glucemias de entre 70 y 100, para prevenir hipoglucemias pueden tomar un zumo o unas galletas, 30 minutos antes del ejercicio y/o repetirlo inmediatamente después.
- Si presentan síntomas de estar enfermos no hay que dejar que hagan ejercicio.
- Tampoco si **no** tienen un buen control de su diabetes (es decir, si tienen descompensaciones frecuentes) o si la glucemia está demasiado alta (más de 250 mg/dl) o si la tienen baja (menos de 70 mg/dl).
- El niño y el profesor deben tener siempre a mano azúcar o bebidas azucaradas para tomar en caso de necesidad.
- **Durante o después de un ejercicio extraordinario especialmente intenso:** es conveniente realizar otro control de glucemia en sangre; lo habitual es que después del ejercicio haya que disminuir la insulina y aumentar la ingesta de hidratos de carbono. Hay que avisar a los padres.

Sobre sus controles de glucemia:

- En ocasiones el niño necesitará realizar algún control en horario escolar y se debe permitir.
- El escolar ha de llevar siempre su medidor de glucosa en sangre (glucómetro).
- También se le debe dejar inyectarse insulina si así lo necesita.
- Normalmente los niños, si no son muy pequeños, ya saben hacerlo ellos mismos.
- Conviene tener un **lugar adecuado** (limpio, discreto, cómodo) para la realización de los autoanálisis (evitar los cuartos de baño, son poco higiénicos).
- Los padres deberán intercambiar información con frecuencia para conocer la situación del niño.
- Ambos, padres y profesores, deben preocuparse de que la medicación que esté en el colegio no esté caducada.

Sobre situaciones de emergencia:

Los niños diabéticos pueden tener dos tipos de problemas:

- **Hiperglucemias:** no suele ser una emergencia pero hay que informar a los padres. **Hay que administrar líquidos no azucarados.** Sí es urgente si presenta confusión o desorientación.
- **Hipoglucemias: sí es una emergencia.** Sus síntomas son:
 - Cambios de humor o de comportamiento.
 - Sudor frío o palidez.
 - Temblor o nerviosismo o irritabilidad.
 - Falta de concentración.
 - Hormigueo en boca o dedos.
 - Palpitaciones.
 - Sensación de hambre, mareo o náuseas.
 - Dolor de cabeza, confusión, acaloramiento, descoordinación.
 - Visión nublada.
 - Convulsión, coma.

Sobre el papel del profesor:

- El profesor puede colaborar al buen control del niño diabético.
- Debe permitirles sus controles, la administración de su medicación y beber o comer cuando lo necesiten. También acudir al baño si lo precisan.
- Los padres deben informarle de la enfermedad del niño y proporcionarle la medicación que precise en caso de emergencia. Deben decirle cómo utilizarla.
- Los niños no quieren ser diferentes de los demás. No es frecuente que finjan encontrarse mal para eludir la clase. Si sospecha esto, debe hablar con los padres, pero no negar el permiso para el control de glucemia o para ingerir agua o alimentos en ese momento.

Los profesores deben disponer de la información y el material necesario para una situación de emergencia. Deben solicitarlo a la familia o al centro de salud correspondiente.

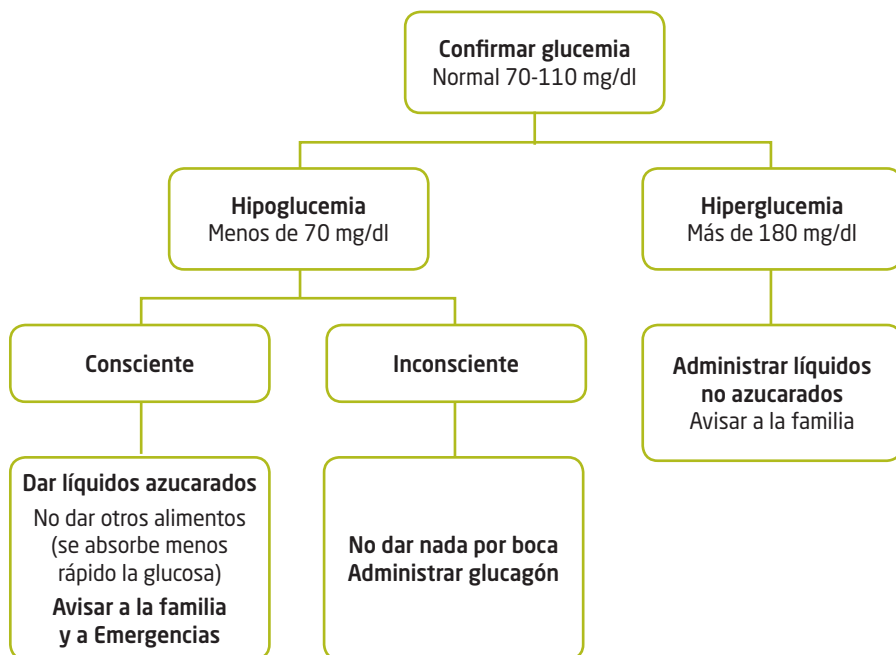
El glucagón (Glucagen Hypokit) se debe conservar en nevera entre 2 y 8 °C.

Aspectos legales:

- El docente no tiene obligación legal de hacerle las glucemias al niño o ponerle el glucagón.
- La prueba de glucemia es muy sencilla. **No** implica ningún riesgo y es aconsejable que el profesor sepa hacerla.
- Es bueno que el profesor le recuerde al niño que debe hacer sus controles y los supervise.
- El niño debe aprender a ser responsable del control de su enfermedad.
- El glucagón se inyecta con facilidad. **A pesar de no tener obligación legal, con la autorización de los padres, que debe eximir al profesor de cualquier responsabilidad legal, es recomendable inyectarlo. En todo caso se engloba dentro del deber global de socorro en caso de emergencia.**
- Su administración cuando es necesario va a evitar complicaciones graves por no ser atendido a tiempo.
- El traslado a un centro sanitario para inyectarlo supone una demora inaceptable.
- Si existe personal sanitario en el centro escolar (Enfermería) lo hará este, pero si no estuviera presente o no lo hubiera en el centro, el profesor del niño o cualquier otro profesional del centro voluntario deben estar autorizados y realizar la administración del glucagón.

¿Qué hacer en una situación de emergencia?

- No hay que dejarlos nunca solos.
- **Si se sospecha, hay que confirmar la glucemia** (a veces los niños no dicen que se encuentran mal o lo niegan).



Cuando la hipoglucemia se normalice hay que dar otro tipo de alimentos para que no se repita (siempre que esté consciente)



Vídeo informativo: ¿Qué hacer en caso de hipoglucemia?: <http://clubdediabeticos.com/aulavirtual/que-hacer-en-caso-de-hipoglicemia/>

Hipoglucemia

En un primer momento:

- Glucosa: dos pastillas de Glucosport
- Azúcar: dos terrones
- Zumo de frutas (100 cc)
- Refrescos o colas no *light* (100 cc)
- 1 vaso de leche descremada (200 cc)

Pasados 10-15 minutos:

- 20 gr de pan
- 3 galletas tipo "María"
- 1 vaso de leche entera
- 2 yogures naturales
- 1 pieza de fruta natural

¿Cómo se administra el glucagón?

Es una hormona que tiene el efecto contrario a la insulina y aumenta la glucemia.



Kit de emergencia de glucagón (Glucagen Hypokit 1 mg). Fuente: <http://www.mistrymedical.com/graphics/products/medium/zulho2.jpg>

Dentro del kit de glucagón hay una jeringuilla con líquido y un frasco de glucagón pulverizado. La inyección se prepara **inmediatamente antes** de usar, según las instrucciones. Hay que **introducir el agua de la jeringa en el vial con polvo**, agitar suavemente, extraer el contenido total del frasco e inyectar.

En niños pequeños (por debajo de 20 kg) se pone 0,5 ml (la mitad de la inyección). En niños más grandes y adultos se inyecta 1 ml (la inyección completa). No existe ningún riesgo de sobredosis.

Se inyecta en el glúteo, el muslo o el brazo (la aguja es más larga que las de insulina).

Coloque al niño de lado antes de inyectarle por si vomita. Cuando recupere la consciencia y pueda tragar, hay que darle comida, ya que el efecto del glucagón es muy rápido y se puede repetir otra hipoglucemia.

Lo puede hacer cualquier persona. Se suele inyectar subcutánea (debajo de la piel), pero puede hacerse por vía intramuscular (como las inyecciones habituales). No hay que tener miedo, pues se puede inyectar por cualquier vía sin ningún riesgo para el niño.

Se puede repetir si en diez minutos el niño no ha recuperado el conocimiento y no ha llegado el Servicio de Urgencias.

Importante:

- Si hay dudas sobre cómo está la glucemia, **siempre** es preferible actuar como si se tratase de una bajada.
- **En caso de duda, poner glucagón.** El glucagón es seguro, incluso si se administra de manera inadecuada.
- Si no es posible administrar el glucagón, se puede aplicar en la cara interna de la mejilla un alimento que se absorba fácilmente sin riesgo de atragantamiento: miel, leche condensada, Glucosport® en gel...

Si se trata de una hipoglucemia, el azúcar oral si está consciente o el glucagón si está inconsciente le harán mejorar rápidamente.

En caso de que sea una hiperglucemia, la administración de algo de azúcar no le hará sentirse peor.

Recursos

Direcciones web útiles

- Información para el usuario: GlucaGen Hypokit: http://www.novonordisk.es/content/dam/Spain/AFFILIATE/www-novonordisk-es/Home/Patients/Documents/GlucaGen_Hypokit.pdf y http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/p/59327/P_59327.pdf
- La diabetes en la escuela: <http://www.fundaciondiabetes.org/infantil/259/documentos-para-padres> y <http://www.fundaciondiabetes.org/infantil/260/preguntas-mas-frecuentes>
- El ABC de la diabetes: <http://www.fundaciondiabetes.org/general/material/39/abc-de-la-diabetes--el-nino-con-diabetes-la-familia-y-la-escuela>
- Asociación Americana de Diabetes: <http://www.diabetes.org/es/>
- Estudiabetes: <http://estudiabetes.org/>
- ¿Qué necesitan saber los profesores sobre diabetes?: <http://www.diabetes-cidi.org/es/diabetes-tipo-1/consejos/profesores-diabetes>
- El colegio. Creciendo con diabetes: <http://creciendocondiabetes.blogspot.com.es/p/los-profesores.html>

Vídeos educativos recomendados

- ▶ *Cómo administrar el glucagón:* <https://www.youtube.com/watch?v=Gb0EOHPqHmw>
- ▶ *¿Cómo se utiliza el glucagón?:* <https://www.youtube.com/watch?v=ZpmiNeZMldQ>



Documentos

Ficha del alumno

NOMBRE DEL ALUMNO DIABÉTICO:

CURSO:

PROFESOR O TUTOR:

NOMBRE DE LA MADRE:

• Teléfono de casa:

• Teléfono móvil:

• Teléfono del trabajo:

NOMBRE DEL PADRE:

• Teléfono de casa:

• Teléfono móvil:

• Teléfono del trabajo:

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

OTROS TELÉFONOS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (llamar sólo cuando no se pueda localizar a los padres):

TELÉFONO DE EMERGENCIAS O DEL CENTRO DE SALUD:

MEDICACIÓN Y CONSEJOS A UTILIZAR EN CASO DE EMERGENCIA:

• Cantidad y tipo de alimento cuando tenga hipoglucemia sin pérdida de conocimiento:

• Dosis de glucagón si tiene hipoglucemia y está inconsciente:

• Los alimentos suplementarios a tomar en caso de ejercicio físico extraordinario son:

• Las modificaciones en la dosis de insulina en caso de ejercicio físico extraordinario son:

FOTO
DEL ALUMNO

Documento informativo sobre actuación de emergencias

Información para el profesor::

1. ¿Qué HACER EN CASO DE HIPOGLUCEMIA?

- COMO RECONOCERLA: Los síntomas que mi hijo suele presentar son:
.....
- QUE DEBE HACER:
Le debe dar a tomar :
Si no mejora en 10 minutos repetir la misma ingesta
Una vez esté mejor debe comer:
Después de mejorar puede sentirse cansado o con dolor de cabeza y es normal.
- EN CASO DE QUE ESTÉ INCONSCIENTE:
 - NO DEBE TOMAR NADA POR BOCA HASTA RECUPERAR LA CONSCIENCIA.
 - Acostarlo de lado y no dejarlo solo.
 - INYECTAR GLUCAGÓN: DOSIS: AMPOLLA.
 - Se repetirá cada 10 minutos hasta que se recupere.
- EN LOS DOS CASOS:
 - Llamar a la familia al teléfono.....
 - Llamar a Emergencias al teléfono

2. ¿Qué HACER CUANDO TENGA CLASE DE DEPORTE?

- Hacer control de GLUCEMIA ANTES DEL EJERCICIO
- SEGÚN LA GLUCEMIA:
 - MENOR DE 75 MG/DL : no hacer deporte
 - MAYOR DE 250 MG/DL: no hacer deporte
 - ENTRE Y MG/DL :
 - DAR DE COMER ANTES DEL EJERCICIO:
 - LOS ALIMENTOS LOS LLEVA EN:
 - SI EL EJERCICIO DURA MAS DE UNA HORA:
 - Darle 15 gr de hidratos de carbono cada 30 minutos, por ejemplo:
 -
 - Hacer control GLUCEMIA AL ACABAR.....

FIRMADO:

Padre, madre o tutor Fecha: ____ / ____ / ____



Ficha y autorización para salidas y excursiones

NOMBRE DEL NIÑO:

CURSO:

FOTO
DEL ALUMNO

- El material para mi hijo está en
- DISPONE DE:
 - GLUCÓMETRO:
 - TIRAS REACTIVAS
 - PLUMAS DE INSULINA: Nombres.....
 - AGUJAS PARA PLUMA
 - ALIMENTOS AZUCARADOS
 - GLUCAGÓN KIT INYECTABLE
 - INFORME MÉDICO
 - Autorización administración medicación:

La persona responsable de sus controles y de su medicación durante el viaje será: (en caso de que el niño no sea aun capaz de hacerlo solo).

PAUTA DE INSULINA DURANTE LA ACTIVIDAD:

Tipo Insulina	Dosis desayuno	Dosis comida	Dosis Cena	Dosis antes de acostarse o las horas
Nombre:				
Nombre:				

Consejos:

- La insulina (nombre) se inyectará en (lugar y minutos antes o después de la ingesta.
- La insulina (nombre) se inyectará en (lugar y minutos antes o después de la ingesta.

FIRMADO:

Padre, madre o tutor Fecha: ____ / ____ / ____

Autorización de utilización de glucagón por el personal de la escuela o guardería

NOMBRE DEL NIÑO:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR:

AUTORIZACIÓN PARA EL PERSONAL ESCOLAR:

FOTO
DEL ALUMNO

Yo, (padre o tutor), con DNI autorizo al personal de la escuela(profesor o cuidador), a administrar en caso de emergencia una inyección de glucagón a mi hijo nombre del niño).

La técnica de administración y cuándo se le debe administrar, se les explicado previamente y se les ha facilitado por escrito un plan de actuación que deben seguir en caso de presentar una hipoglucemia menor de mg/dl. La dosis a administrar es de :..... de la ampolla.

En caso de estar ausente el responsable del aula o profesor de mi hijo, podrá administrar esta medicación otra persona de los profesionales del centro, debidamente entrenada, liberando de toda responsabilidad a la persona que le inyecte, en el caso muy improbable de que aparezca alguna complicación relacionada con la inyección.

Después de su administración deberá llamar al número (teléfono familiar) y al teléfono de emergencias nº:

Atentamente,

Firmado: (nombre del padre o tutor)

Firmado: (firma representante del centro educativo)

Fecha:

3. NIÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

El niño celíaco en el colegio

¿Qué hay que saber?

¿Qué es la enfermedad celíaca?

- Es una intolerancia permanente al gluten. Se mantendrá **toda la vida** del niño.
- Se presenta en personas genéticamente predispuestas.
- Hay una lesión en la mucosa del intestino delgado, provocando daño en las vellosidades intestinales, y como consecuencia se produce una inadecuada absorción de los nutrientes de los alimentos.

¿Cuáles son los síntomas más frecuentes?

- Diarrea crónica y vómitos
- Anemia por falta de hierro.
- Retraso del crecimiento.
- Pérdida del apetito y de peso.
- Distensión abdominal.
- Alteración del carácter.

¿Cómo se diagnostica?

- Diagnóstico de sospecha: análisis de sangre.
- Confirmación diagnóstica: biopsia intestinal.

El tratamiento es una dieta sin gluten durante toda la vida

¿Cómo hay que actuar?

El gluten es una proteína presente en el **trigo, cebada, centeno, espelta, Kamut, triticale y posiblemente en la avena**. El trigo se usa para hacer el pan, las galletas, las pastas alimenticias... Como ingrediente aparece en otros productos elaborados y envasados.

Hay que leer la etiqueta de los productos manufacturados

- **Hay que conocer los alimentos que contienen gluten:**
 - Pan, bollos, pasteles, tartas, galletas, bizcochos y productos de repostería, pasta alimenticia.
 - Productos manufacturados que en su composición aparezca alguna de las harinas citadas, en cualquiera de sus formas: almidones, féculas, sémolas, proteínas.
- **Hay que conocer los alimentos que pueden contener gluten:** embutidos, quesos fundidos, conservas de carne y de pescado en salsa, golosinas, sucedáneos de café y chocolate, frutos secos fritos o tostados con sal, helados, colorante alimentario.
- **Hay que conocer los alimentos que no contienen gluten:**
 - Leche.
 - Carnes, cecina, jamón serrano y cocido de calidad extra.
 - Pescados, mariscos.
 - Huevos.
 - Verduras, hortalizas y tubérculos, frutas, arroz, maíz, y tapioca (en grano).
 - Legumbres.
 - Azúcar y miel.
 - Aceites, mantequillas.
 - Café, refrescos, vinos y bebidas espumosas.
 - Frutos secos naturales.
 - Sal.
 - Vinagre de vino.
 - Especies en rama y grano.

Comprobar siempre y tener a mano la lista de alimentos aptos para celíacos vigente que elabora la asociación FACE anualmente.

Recursos

- Federación de Asociaciones de Celíacos de España (FACE): www.celiacos.org
- Asociación de Celíacos y Sensibles al Gluten de la Comunidad de Madrid: www.celiacosmadrid.org
- Associació Celíacs de Catalunya: www.celiacscatalunya.org
- Asociación Celíaca Aragonesa: www.celiacosaragon.org
- Asociación de Celíacos de Galicia: <http://www.celiacosgalicia.es/web/>
- Celiaquía: www.familiasalud.es/palabras-clave/celiaquia
- Por si alguna vez te dicen que tienes celiaquía: <http://www.famiped.es/de/node/523>
- Celiaquía: <http://www.famiped.es/volumen-6-no3-septiembre-2013/en-la-consulta/celiaquia>

3. NIÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Intolerancia a la lactosa y alergias alimentarias

¿Qué es intolerancia alimentaria?

La **intolerancia a un alimento** se caracteriza por la **incapacidad para digerirlo** y metabolizarlo.

¿Qué hay que saber sobre la intolerancia a alimentos?

- No existe riesgo de contagio.
- Los riesgos los tienen los enfermos.
- No interviene el mecanismo inmunológico.
- El componente extraño no llega al torrente sanguíneo ya que no ha podido ser absorbido.
- Las intolerancias más comunes son:
 - **A la lactosa.**
 - **Al gluten** (ver tema sobre enfermedad celíaca).

¿Qué es la intolerancia a la lactosa?

- La lactosa es un hidrato de carbono que se encuentra en la leche (azúcar de la leche).
- Para digerir la lactosa, el intestino delgado presenta en sus paredes una enzima, la **lactasa**.
- Las personas que no tienen este enzima son las que presentan intolerancia a la lactosa.

¿Qué hay que saber sobre la intolerancia a la lactosa?

La lactosa, al no ser absorbida, permanece en el intestino grueso, donde las bacterias del colon la fermentan y causan los gases típicos de la intolerancia.

La lactosa en el intestino grueso provoca la salida de agua al mismo y como consecuencia la aparición de la diarrea.

En esta intolerancia **puede haber distintos grados de afectación**. Hay muchas personas que pueden tolerar pequeñas cantidades de lactosa. No toleran leche pero sí yogures o quesos muy curados, que tienen menos cantidad de lactosa.

¿Qué síntomas causa la intolerancia a la lactosa?

Náuseas, retortijones, hinchazón del vientre, gases, diarrea de olor fétido.

Pasado un periodo de tiempo de entre 30 minutos y dos horas, después de comer o beber alimentos que no tengan lactosa, las molestias suelen aliviarse.

¿Cómo hay que actuar para evitar los síntomas?

- No dar alimentos que contengan lactosa.
- Prestar atención a las etiquetas.
- **Contienen lactosa:** leche, crema de leche, leche en polvo, evaporada o condensada, yogur, queso, helados, sorbetes, batidos, natillas, postres lácteos, chocolate con leche, alimentos fritos con mantequilla, bollería que contenga leche o derivados de la leche.
- **No contienen lactosa:**
 - Leche de soja, leche de arroz, leche de almendra en polvo o líquida.
 - Todas las carnes, vegetales y frutas naturales. También la pasta, el arroz, la cebada y las legumbres secas.
 - Golosinas duras, chicle, regaliz y otras golosinas que no contienen chocolate.
 - Bebidas gaseosas, café y té.

¿Qué es una alergia alimentaria?

La **alergia o hipersensibilidad alimentaria** es la reacción adversa que presenta un individuo tras la ingestión, contacto o inhalación de un alimento, con una **causa inmunológica comprobada**.

¿Qué hay que saber de la alergia alimentaria?

- **No es una enfermedad contagiosa.** El riesgo es para el que la padece.
- **Es una respuesta exagerada de nuestro sistema inmunológico** que se produce cuando nuestro cuerpo entra en contacto con un alimento.
- La reacción **no depende** de la cantidad de alimento. Una mínima cantidad de alimento puede producir una reacción muy grave, o mucha cantidad poca reacción.
- La reacción aparece **al poco tiempo del contacto**.
- Sucede cuando el sistema inmune no funciona bien y produce anticuerpos para “defenderse” y “acabar” con ese supuesto agresor.
- Se entiende por **alérgeno** aquella sustancia que puede provocar una reacción alérgica. El sistema inmunitario las reconoce como “extrañas” o “peligrosas”.



- Se suelen manifestar en los primeros años de vida. A estas edades son más frecuentes y muchas veces, con los años, algunas desaparecen.

¿Cómo hay que actuar para prevenir reacciones alérgicas a alimentos?

- Evitar el alimento, leer con atención las etiquetas.
- Los principales alimentos más frecuentemente involucrados en las reacciones alérgicas son:
 - Leche de vaca.
 - Huevo.
 - Pescado.
 - Marisco.
 - Leguminosas: lentejas, guisantes, soja, garbanzos, judías verdes, habas.
 - Cereales.
 - Frutas frescas (fresas, melocotón, albaricoques...).
 - Frutos secos.

Síntomas habituales:

- **Digestivos:** vómitos con o sin diarrea, dolor abdominal tipo cólico.
- **Cutáneos:** picor, dermatitis atópica, hinchazón de labios, boca, lengua, cara y/o garganta, urticaria, enrojecimiento de la piel o eczema.
- **Respiratorios:** moqueo o congestión nasal, estornudos, tos, asma o disnea (dificultad para respirar).
- **Anafilaxia:** reacción generalizada que afecta a todo el organismo y que requiere actuación inmediata. El choque anafiláctico supone gravedad extrema por el riesgo de parada cardiorrespiratoria. Afortunadamente es la forma más infrecuente (ver el tema "Qué es una anafilaxia y cómo actuar").

Recomendaciones en el caso de niños con alergia alimentaria

- Si existe la sospecha de que se pueda padecer alergia hacia algún alimento, se recomienda dejar de tomar ese alimento y acudir al médico para que haga las pruebas necesarias y realice el diagnóstico.
- Se sabe que tiene un componente hereditario. La lactancia materna y retrasar la introducción en la dieta de alimentos como huevos, pescado o frutos secos reduce el riesgo de sufrir estas alergias.

- Los padres deben informar siempre, y de la forma más detallada posible, en el colegio de las necesidades dietéticas de su hijo. A veces por miedo al posible rechazo que pueda sufrir el niño o incluso por desconocimiento, no lo hacen. Por este motivo, es recomendable que el propio educador pregunte expresamente acerca de este tema.
- El colegio tendrá que acordar con los padres ciertos aspectos importantes como dónde estará la medicación y cómo se debe actuar en caso de reacción (si se le debe dar algún medicamento y la administración o no de adrenalina, etc.) (ver el tema “Qué es una anafilaxia y cómo actuar”).
- Los niños con diagnóstico anterior de *shock* anafiláctico o reacción grave, deberían llevar un inyectable con **adrenalina** al centro, si así se lo ha prescrito su médico.
- Esta medicación estará siempre en el botiquín para que, si vuelve a producirse un nuevo *shock*, se pueda actuar rápidamente inyectándole la adrenalina por la gravedad que conlleva, y llevarlo acto seguido a urgencias. También se avisará a sus padres.
- Por otra parte, no solo el profesor sino todo el personal del centro debe estar informado de que hay un niño que padece este tipo de alergia e intentar que le conozcan por si deben socorrerle en un momento determinado.
- **Las situaciones de mayor riesgo** para los niños alérgicos a alimentos son: el comedor escolar, el desayuno, las excursiones, los campamentos, los cumpleaños, celebraciones, talleres de cocina, manualidades y actividades extraescolares.
- **Atención** a los alimentos a los que el niño puede acceder. Evitar que tome o toque cualquier cosa que no le esté permitida. No insistir al niño para que tome un alimento que rechaza aunque sepamos que puede tomarlo.
- **Cuidado** con los **intercambios** de comida, platos, vasos o cubiertos que puedan hacer los niños con sus compañeros. Evitar contaminar la comida del alérgico con otros alimentos.
- **Atención** a las prácticas de **manipulación y cocinado** de los alimentos en las cocinas de los colegios, campamentos, en casa, etc., pues se puede producir una contaminación, por ejemplo, solo con coger con el mismo tenedor un alimento no permitido y otro permitido.
- **Planificar todas estas situaciones** con anterioridad permitirá a los alérgicos, sin exponerles a ningún riesgo, a participar en las mismas actividades que sus compañeros.

Recursos

- *Guía informativa: alergia a alimentos y/o al látex en los centros educativos. Escolarización segura:* <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/detalle.action?cod=16159>
- Formación para al profesorado sobre enfermedades crónicas en escolares: <http://goo.gl/yqSY8Q>



3. NIÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Dietas especiales

Intolerancia a la lactosa

¿Qué es?

La lactosa es el principal azúcar de la leche. La intolerancia a la lactosa se produce cuando el cuerpo tiene un déficit de lactasa. Esta es una enzima que está en el intestino delgado. Se encarga de digerir la lactosa, dando lugar a azúcares más pequeños. Si no se digiere, la lactosa llega al intestino grueso, donde las bacterias la fermentan y se producen gases y ácidos. Todo ello puede dar lugar a retortijones, dolor abdominal, gases y diarrea.

La mayoría de los niños con intolerancia a lactosa toleran una dieta **baja** en lactosa (una dieta con pocos derivados de la leche). Otros niños son muy sensibles incluso a pequeñas cantidades de lactosa y solo toleran una dieta **sin** lactosa (no pueden tomar ningún derivado de la leche).

¿Qué alimentos contienen lactosa?

- La leche, tanto entera como desnatada.
- Los batidos, flanes, natillas y postres lácteos.
- Las salsas y platos que se hacen con leche, como croquetas, canelones, bechamel, helados, bollería, pasteles, chocolate...
- El yogur, el kéfir y el queso tienen poca lactosa debido a la fermentación. Algunos niños que no son muy sensibles a la lactosa pueden tolerarlos.

Se debe leer las etiquetas de productos envasados porque pueden contener lactosa o leche, como es el caso de las salchichas, los embutidos o algunos platos preparados. Puede venir escrito como leche en polvo, sólido de leche o suero de leche. También puede estar presente en ciertos medicamentos, sobre todo en comprimidos.

¿Qué se puede tomar para asegurar un aporte adecuado de calcio?

- Leche y otros productos sin lactosa.
- Otros alimentos ricos en calcio: verduras (brócoli, berza, espinacas, coliflor), frutos secos (almendras, pistachos, pipas de girasol), zumo de naranja fortificado, tofu, legumbres (judías, guisantes, garbanzos, soja), pescados y mariscos (salmón, langostinos, gambas, almejas, berberechos), sardinillas enlatadas.

Alergia e intolerancia a proteínas de leche de vaca

¿Qué es la alergia o intolerancia a proteínas de leche de vaca?

La alergia es una reacción de tipo inmunológico, mediada por anticuerpos frente a las proteínas de la leche. Si no está mediada por anticuerpos se habla de intolerancia a proteína de la leche.

Si la alergia es a alguna de las proteínas de la leche de vaca (caseína, α -lactoalbúmina, β -lactoglobulina), no se puede tomar leche ni derivados, pero sí carne de vacuno.

Otras proteínas (seroalbúmina, lactoferrina, diversas inmunoglobulinas) están en la leche y en la carne de vacuno. Si se tiene alergia a estas, no se puede tomar leche, derivados lácteos ni carne.

La leche de cabra, oveja o búfala (mozzarella) tiene proteínas parecidas a las de la leche de vaca y también se debe evitar.

¿Qué alimentos contienen leche de vaca?

Todos los productos lácteos. Muchos alimentos procesados también contienen leche o productos derivados de la leche. Es muy importante leer la lista de ingredientes en las etiquetas de los alimentos.

Ingredientes que contienen leche	Ingredientes que no contienen leche
Leche	Lactato de calcio
Productos sólidos de leche	Esteroil lactilato de calcio
Suero de leche agria	Esteroil lactilato de sodio
Crema	Mantequilla de coco
Mantequilla	Crema de tartar
Nata	Ácido láctico
Caseinato cálcico (H4511), sódico (H4512), potásico y magnésico	Oleoresinas
Lactoalbúmina	
Lactoglobulina	
Ghee	
Dulce de leche cuajada	
Cuajada o requesón	
Suero láctico	
Caseína	
Turrón	
Flan o natilla	

¿Qué alimentos no se pueden comer?

Leche y derivados:

- Leche de vaca natural o manufacturada, en polvo, descremada, condensada, evaporada, para lactancia...
- Productos lácteos: yogur, natillas, flan, queso, requesón, natillas de chocolate, *petit-suisse* o similares, arroz con leche, mantequilla, helados, cuajada, batidos...

- Productos con alguna cantidad de leche:
 - Galletas, magdalenas, pasteles, repostería, bollería...
 - Chocolates con leche, caramelos con leche.
 - Algunas margarinas, cremas de cacao.
 - Papillas de cereales o frutas lacteadas.
 - “Potitos” con leche.

Si se asocia alergia a la carne de vacuno:

- Carnes de vacuno: ternera, vaca, toro, buey, novillo.
- Caldos de carne y algunas sopas de sobre o enlatadas.
- Ciertas clases de jamón de York. Conservas de vaca o ternera.
- Ciertos embutidos: chorizo, salchichón, mortadela, salchichas frankfurt, sobrasada, longanizas...
- “Potitos” con carne de ternera o vaca.

En general, se deben evitar los alimentos en los que no se tenga la certeza de que no contienen los alimentos prohibidos.

¿Qué alimentos están permitidos?

Leches:

- De soja.
- De almendras.
- Productos sin leche de vaca.
- Galletas y magdalenas sin leche.
- Chocolate puro sin leche.
- Margarinas 100% vegetales.
- Horchata y polos de “hielo”.
- Papillas no lacteadas y “potitos” sin leche.

Productos sin carne de vacuno (para niños alérgicos a la carne de vacuno):

- Carne de avestruz, caballo, cerdo, conejo, pollo, cordero, caza...
- Jamón serrano o cocido.
- Embutidos (si hay certeza absoluta de que no contienen leche o carne de vaca).
- “Potitos” sin carne de vacuno.
- Sopas o cocidos caseros sin carne de vacuno.

Otros: pescado, fruta, verdura, huevos y en general todos aquellos alimentos que no contienen leche o carne de vacuno.

Enfermedad celíaca

¿Qué es la enfermedad celíaca?

Es una enfermedad producida por la intolerancia permanente al gluten. El gluten es una proteína presente en algunos cereales como trigo, cebada, centeno, avena, sémola, kamut y espelta.

Puede dar síntomas como: dolor abdominal, irritabilidad, diarrea, distensión abdominal, fallo de medro, anorexia, desnutrición, anemia, osteoporosis...

¿Cómo se trata?

El único tratamiento es seguir una dieta estricta sin gluten toda la vida. La ingesta de muy pequeñas cantidades de gluten puede producir lesión de las vellosidades intestinales, aunque no produzca síntomas.

¿Qué alimentos no se pueden comer?

Se eliminarán de la dieta todos los alimentos que contengan gluten: trigo, avena, cebada, centeno, espelta, triticale o sus derivados: almidón, harina, panes, pastas alimenticias...

¿Qué alimentos se pueden comer?

Los siguientes cereales no contienen gluten: arroz, maíz, soja, tapioca, frijoles, sorgo, quínoa, mijo, alforfón, ararais, amaranto y harina de nueces.

La dieta ha de basarse en **alimentos naturales** que no contienen gluten: leche y derivados, carnes, pescados y mariscos, huevos, frutas, verduras, hortalizas, legumbres, tubérculos, cereales permitidos, grasas comestibles y azúcar.

¿Y en el supermercado?

Consumir productos manufacturados tiene riesgos potenciales. **Hay que leer siempre la etiqueta del producto que se compra.** Se debe comprobar los ingredientes que figuran en la etiqueta.

Si entre los ingredientes aparece algún de los siguientes, se debe rechazar:

- Gluten.
- Cereales.
- Harina.

- Almidones modificados (E-1404, E-1410, E-1412, E-1413, E-1414, E-1420, E-1422, E-1440, E-1442, E-1450).
- Amiláceos.
- Fécula.
- Fibra.
- Espesantes.
- Sémola.
- Proteína.
- Proteína vegetal.
- Hidrolizado de proteína.
- Malta.
- Extracto de malta.
- Levadura.
- Extracto de levadura.
- Especias.
- Aromas.

En general, **evitar productos a granel, los elaborados artesanalmente y los que no estén etiquetados**, donde no se puede comprobar el listado de ingredientes.

Tener cuidado con las harinas sin gluten si no certifican que están libres de gluten. Se pueden contaminar si la molienda se ha hecho en molinos que también muelen otros cereales.

Es aconsejable comprar productos con **certificado de calidad de alimentos sin gluten**.

Cuestiones de interés:

Hay que tener especial precaución en bares o restaurantes (en las excursiones) y en los comedores escolares. Hay que consultar cómo se ha elaborado y los ingredientes de cada plato antes de consumirlos. Por ejemplo: una tortilla de patatas puede llevar levadura, las salsas pueden estar ligadas con harina, puede haber echado picatostes a un puré, pueden haber frito patatas en una freidora en que se fríen croquetas o empanadillas, al servir un plato de lentejas han quitado el embutido pero el gluten de ese embutido está en la salsa...

Alimentos	Permitidos	Dudosos	No permitidos
Cereales y tubérculos	Arroz, maíz, tapioca, soja, grano sarraceno, quínoa, mijo Pasta y panes de harinas sin gluten	Patatas fritas envasadas, palomitas coloreadas	Trigo, avena, cebada, centeno, triticale, kamut, espelta
Frutas	Todas las frutas y zumos naturales Fruta en almíbar	Fruta manipulada (confitada o glaseada) Frutos secos fritos y tostados con sal	Fruta seca enharinada (higos secos)
Verduras y legumbres	Todo tipo de verduras y legumbres frescas, secas o congeladas	Platos precocinados	Verduras empanadas con pan o harina de cereales no permitidos
Leche y quesos	Leche fresca, pasteurizada, ultrapasteurizada, evaporada, en polvo Leches infantiles Yogur natural, nata fresca, quesos frescos y curados, mantequilla	Cremas y pudines, yogures con fruta, quesos de untar y de sabores, leche condensada, bebidas a base de leche, helados, margarina	Platos preparados con queso, empanados con harinas no permitidas, yogur con cereales no permitidos
Carne, pescado, marisco, huevo	Todo tipo de carne, pescado, marisco, fresco, congelado, en conserva al natural, en aceite, en sal, ahumado... Todo tipo de huevos y derivados de huevo Jamón curado y cecina	Embutidos, patés Conservas de carne o pescado Platos preparados o precocinados Huevos pasteurizados o en polvo	Carne o pescado empanados con pan o harinas de cereales prohibidos
Grasas	Grasas animales: manteca de cerdo, mantequilla, tocino Aceite vegetal: oliva, semillas Aceite y manteca de coco		
Espicias y condimentos Levaduras	Espicias y hierbas aromáticas. Colorantes y aromas naturales, sin moler Sal y vinagre de vino Levadura de cerveza fresca y liofilizada Gasificantes: bicarbonato sódico, ácido tartárico	Salsas preparadas, pastillas para caldo, levadura química, mezclas de especias, colorante alimenticio	Bechamel de harinas no permitidas Levaduras de cereales no permitidos
Dulces	Miel, azúcar, chocolate, cacao puro en polvo Edulcorantes puros Acesulfamo-K, aspartamo, fructosa, sacarina	Confituras y mermeladas, chocolate a la taza y en crema, sucedáneo de chocolate, caramelos y gominolas, gelatinas, chicles	Chocolate con cereales no permitidos Bolos, pasteles, tartas, galletas, bizcochos y demás productos de pastelería
Bebidas	Todo tipo de zumos, refrescos, café, infusiones naturales Toda clase de vinos Destilados	Café soluble, sucedáneo de café, infusiones de bolsa Bebidas destiladas o fermentadas a partir de cereales: cerveza, agua de cebada, algunos licores...	Bebidas a base de avena, malta, cebada y centeno Bebidas destiladas o fermentadas a partir de estos cereales: cerveza, agua de cebada, algunos licores...



Recursos

- Intolerancia a la lactosa: <http://www.familiaysalud.es/recursos-para-padres/videos/con-mamitown/salud-infantil-aparato-digestivo/intolerancia-la-lactosa>
- Alergia e intolerancia a las proteínas de la leche de vaca: <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/aparato-digestivo/problemas-con-alimentos/alergia-e-intolerancia-las>
- Alergia a las proteínas de vacuno (y otras alergias alimentarias): <http://www.alergiainfantillafe.org/aavacuno.htm>
- ¿Qué es la enfermedad celíaca?: <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/aparato-digestivo/problemas-con-alimentos/que-es-la-enfermedad-celiaca>
- ¿Con qué herramientas de información cuenta el celíaco?: <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/aparato-digestivo/problemas-con-alimentos/con-que-herramientas-de>

4. CONSEJOS SOBRE HIGIENE Y PREVENCIÓN

¿Qué pasa con los piojos? ¿Cómo controlarlos?

¿Qué hay que saber?

- Es la enfermedad por parásito más frecuente en niños escolares de 3 a 12 años. Se llama **pediculosis de la cabeza**.
- La infestación se produce por el piojo de la cabeza. Son insectos muy pequeños que miden unos 2 mm de largo. Son **parásitos**, porque se nutren de la sangre del cuero cabelludo, exclusivamente de los humanos. No afectan a los animales.
- Es muy difícil verlos. Lo más frecuente es visualizar los huevos, llamados **liendres**, a un centímetro de la raíz del pelo. A diferencia de las dermatitis, en las que las escamas de piel se desprenden con facilidad, las liendres están pegadas al pelo y se extraen con cierta dificultad. Los piojos pueden poner ocho huevos al día.
- Se transmiten casi siempre por contacto directo, de cabeza a cabeza. En pocos casos por objetos personales que comparten los niños tales como peines, sombreros, lazos... **No saltan, ni vuelan**.
- Tienen preferencia por el entorno cálido que proporciona el pelo largo, sobre todo en la zona de la nuca y detrás de las orejas. Por eso son más frecuentes en niñas.
- En niños no es un problema de higiene. Sí en adultos. El niño no debe tener miedo o vergüenza por tener piojos.
- Las recurrencias son generalmente reinfestaciones comunitarias.

¿Cuáles son los síntomas?

En ocasiones no producen síntomas y se descubren al observar el pelo. Pero lo más frecuente es que produzcan picor debido a la irritación que provoca la saliva del piojo varios días después del contacto.

También puede ocasionar:

- Granitos por picadura en el cuero cabelludo
- Lesiones de rascado que pueden infectarse.
- Malestar e irritabilidad.

No son peligrosos, no transmiten enfermedades.

¿Cómo actuar?

Las **medidas generales** comprenden:

- Cortar el pelo o recogerlo en una coleta.
- Mantener la higiene corporal y del cuero cabelludo.
- Uñas limpias y cortas.
- Si aparecen heridas infectadas (rojas, dolorosas, supuran), puede aplicarse antibiótico tópico en niños que no sean alérgicos. Si el picor es intenso se puede dar un antihistamínico.
- Lavar con agua a 50° la ropa utilizada al inicio del tratamiento: sábanas, gorros y bufandas. Plancharlos con vapor. Aspirado de colchones, alfombras, almohadas.
- Sumergir los peines en agua a 60° durante diez minutos.
- Pueden meter estas prendas o utensilios en bolsas y cerrarlas herméticamente durante diez días. Eso también mata a los piojos y huevos.

En cuanto al **tratamiento**, disponemos de varios productos tópicos que han demostrado eficacia:

Permetrina

Primer escalón. Eficaz y seguro incluso en embarazadas y bebés de dos meses.

Ataca al piojo y las liendres. Puede ser tóxico si se utiliza en exceso. Se encuentra en formulación de loción o jabón.

Los elimina en un 95% con una única aplicación, aunque puede repetirse a los 7-10 días (para exterminar el piojo que haya podido salir de la liendre después del tratamiento).

- Crema al 1%: aplicar en seco y dejar actuar 6-8 horas.
- Champú 1,5%: aplicar en seco y dejar actuar diez minutos, aclarar. Evitar el contacto con la piel del cuerpo al aclarar, puede ser algo irritante.
- **No utilizar secador** para conservar la actividad residual y porque los productos pueden contener sustancias inflamables con el calor.

Malatión

- Segundo escalón. Contraindicado en embarazadas y menores de seis años.
- Ataca a los piojos y las liendres. Se presenta en loción al 0,5%.
- Dejar actuar 8-12 horas, lavar con champú y peinar con una lendrera. Repetir a los siete días.

Dimeticona

- Familia de las siliconas. Nula toxicidad ya que no se absorbe.
- Envuelven y asfixian al parásito, y tapan los poros de los huevos, impidiendo el intercambio de aire.
- Aplicar sobre pelo seco y aclarar tras diez horas. Repetir a los siete días.
- No se desarrollan resistencias. Los últimos estudios demuestran mayor efectividad que la permetrina.
- **No utilizaremos acondicionadores, ni vinagre** ya que pueden inactivar el producto.

La **retirada de las liendres** es imprescindible para asegurar la efectividad del tratamiento, ya que ninguno de los tratamientos mata los huevos al 100%. Las recaídas suelen ser consecuencia de no haber eliminado por completo las liendres.

Se puede hacer de forma manual o con una lendrera. Hay que peinar mechón a mechón, de abajo a arriba y de arriba abajo. Cuanto más juntas estén las púas, mejor.

¿Cómo prevenirlos?

Las **medidas para prevenir la transmisión** no son demasiado eficaces. Procuraremos que los niños no compartan peines, gorras, gomas del pelo u otras prendas.

En cuanto reconozcamos la situación, informaremos a los padres del niño para que inicien el tratamiento de forma temprana. De esta manera el niño no tendrá que faltar a la escuela y evitaremos problemas de exclusión o reinfección.

También es aconsejable examinar a los demás miembros de la familia y niños con contacto estrecho cada tres días y tratar si están afectados.

Insistir en la educación sanitaria grupal con campañas escolares informativas y recordar a los padres que revisen a sus hijos para poder instaurar el tratamiento de forma precoz.

Recursos

- Piojos de la cabeza: <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/la-piel/infecciones-de-la-piel/piojos-de-la-cabeza>
- Pediculidas: <http://www.familiaysalud.es/medicinas/farmacos/pediculidas-para-los-piojos>

4. CONSEJOS SOBRE HIGIENE Y PREVENCIÓN

Periodos de exclusión del colegio por procesos infecciosos y riesgo de contagio

¿Qué hay que saber?

Las infecciones forman parte del desarrollo normal del niño, permiten que se activen sus defensas y mejore a la larga su sistema inmunitario.

La mayoría de estos procesos son banales y producidos por virus. Suele tratarse de infecciones respiratorias (catarros, otitis, dolores de garganta y bronquitis) y/o diarreas.

Muchas veces es difícil controlar su contagio. Algunas de estas infecciones se transmiten días antes de dar los primeros síntomas, en el periodo de incubación. A esto añadimos la frecuencia con la que los niños interactúan entre ellos (comparten juguetes, balones, cuentos...) y presentan secreciones (mocos, saliva...).

Existen **cuatro formas de contagio** de las infecciones:

- Por **vía fecal-oral**: los microbios se eliminan por las heces y el contagio se produce al ingerirlos. Esto ocurre habitualmente en las infecciones que cursan con diarrea y en la hepatitis A.
- Por **vía respiratoria**: al toser, estornudar o hablar se expulsan al aire gérmenes que pueden ser inhalados por los demás. Ejemplos: infecciones respiratorias, varicela, sarampión, meningitis, tuberculosis...
- Por **contacto con la piel**: de persona a persona o a través de objetos que se comparten. Así ocurre con los piojos, la sarna o las infecciones de la piel.
- Por **contacto con líquidos orgánicos** (sangre, orina, saliva).

Los niños tienen **más riesgo de contagio** de cualquier proceso infeccioso cuanto menor sea su edad, por su inmadurez inmunológica y por sus "medidas higiénicas deficientes" (no se lavan las manos, no controlan la salivación, comparten juguetes u objetos sucios, no se cubren al toser).

Un buen **aprendizaje de estas medidas higiénicas** evita el contagio de muchas infecciones y no sería precisa la exclusión del centro escolar durante el proceso infeccioso leve.

¿Cómo evitar los contagios?

- Procurar que el número de niños esté adaptado a las dimensiones del aula.
- Mantener una buena higiene en las instalaciones (lavabos, zona de cocina...) y una adecuada ventilación.
- Lavar a menudo de los juguetes y objetos de uso común (paños de cocina, toallas, ropa de abrigo...).
- Promover el hábito de lavado de manos (con agua y jabón) en los educadores y en los niños. Especialmente antes y después de manipular alimentos y salir del servicio.
- Mentalizar a los padres para que no lleven sus hijos al colegio cuando padezcan infecciones que precisen periodos de aislamiento según el consejo de su pediatra.
- Verificar que tanto los niños como los cuidadores están correctamente vacunados. La vacunación es la mejor manera de prevenir algunas enfermedades contagiosas.
- Efectuar la limpieza de moco y saliva con papel desechable. Enseñar al niño a cubrirse la boca al toser.
- Comunicar a los padres cualquier brote infeccioso que ocurra en el colegio.
- Si un niño se pone enfermo estando allí, debería existir la posibilidad de aislarlo de los demás hasta que su familia lo recoja.

No hay un documento oficial que enumere las infecciones, virus o enfermedades por las que un niño no puede ir al colegio. Se deben seguir las recomendaciones de los pediatras.

Se recomienda que los niños no asistan al colegio cuando la enfermedad les impide seguir cómodamente las actividades del centro, cuando necesiten más atención de la que el personal del centro puede proporcionar y cuando el niño contribuye a la propagación de esa enfermedad, sobre todo en un entorno de riesgo (ver [Guía-ABE](#)).

El sentido común debe dictar cuando los padres no deben llevar a sus hijos a la escuela, no solo por el riesgo de contagio (hay enfermedades que no son contagiosas) sino también por el bienestar del niño.

Procesos infecciosos y periodos de exclusión del centro escolar

Proceso	Exclusión	Comentarios
Gastroenteritis (diarrea y/o vómitos)	Hasta 48 horas después de la última diarrea o vómito En casos especiales (como <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> o <i>E. coli</i>) se necesitará análisis de control de las heces.	Pueden ser producidas por virus, bacterias o protozoos (giardias)
Lombrices	No	Hay que tratar a toda la familia
Varicela	Hasta siete días después de iniciada la erupción o hasta que todas las lesiones estén en forma de costra	
Sarampión, rubeola y parotiditis	Hasta cinco días después del comienzo del exantema o de iniciada la inflamación de la parótida, en el caso de las paperas	Suelen ser enfermedades raras porque los niños se vacunan a los 12 meses y a los 3 años
Megaloeritema	No	Se llama "enfermedad de la bofetada" por el enrojecimiento de la cara. Cuando aparece el enrojecimiento, no suele ser contagiosa
Exantema súbito	No	La fiebre alta y el malestar general puede ser la causa de exclusión
Verrugas y <i>moluscum contagioso</i>	No	Evitar que compartan toallas u otros utensilios con otros niños
Impétigo	24 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico	Infección bacteriana de la piel, que origina una lesión costrosa amarillenta
Piojos	Hasta iniciar tratamiento	La presencia de liendres no es motivo de exclusión Son frecuentes las reinfecciones
Sarna	Hasta realizar el tratamiento	El picor y el rascado de las lesiones favorecen el contagio piel con piel
Micosis (tiñas)	No. Sí exclusión en piscinas	Se transmite de animales a personas, pero generalmente no entre personas
Catarros	No, si está sin fiebre y sin dificultad respiratoria	El niño no debe acudir si tiene fiebre, dolor de oído, dificultad respiratoria o malestar, que indican complicación o gravedad

Continúa

Proceso	Exclusión	Comentarios
Gripe	Hasta la recuperación. Cuando esté sin fiebre y mejore el estado general	Los niños con patología crónica deben recibir la vacuna anualmente
Amigdalitis estreptocócica (escarlatina)	Hasta 24 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico	Básicamente es una amigdalitis bacteriana a la que se suma erupción cutánea
Amigdalitis vírica	No	La mononucleosis infecciosa es una forma de amigdalitis vírica y no necesita exclusión
Estomatitis (aftas orales)	No, salvo que el niño se encuentre mal (no coma)	El síndrome mano-pie-boca es una estomatitis a la que se suman lesiones en manos y pies y no necesita exclusión
Conjuntivitis	Hasta 24 horas después de iniciado el tratamiento	Es frecuente que acompañen a los catarros
Tuberculosis	Hasta 2 semanas después de iniciado el tratamiento	No suele ser una infección habitual Requiere estudio de los contactos
Tosferina	Hasta 5 días después de iniciado el tratamiento	Poco frecuente porque los niños están vacunados
Hepatitis A	Hasta 7 días después de que el niño se pone amarillo	Vía de transmisión feco-oral
Hepatitis B y C	No	Evitar el contacto con sangre de persona infectada La vacuna de la hepatitis B está incluida en el calendario vacunal infantil
VIH (Sida)	No	No se contagia por dar la mano, abrazar, ni por la tos ni los estornudos
Meningitis o sepsis	Hasta la total recuperación del niño	Según el tipo de germen, las autoridades sanitarias darán las medidas oportunas para los contactos (profilaxis o diagnóstico precoz)

No son motivo de exclusión:

- Otitis media.
- Excreción asintomática de un patógeno intestinal. Oxiuriasis (lombrices).
- Conjuntivitis no purulenta.
- Erupciones sin fiebre.
- Infección por citomegalovirus.
- Estado de portador de hepatitis B.
- Infección por VIH. No es obligatorio notificar infección por VIH a la escuela (aunque es conveniente).
- Niños con enfermedad infecciosa respiratoria leve o de probable etiología vírica (salvo si cumplen algunos de los criterios de exclusión), pues su transmisión se inicia algunos días antes de los síntomas. La excepción sería el virus respiratorio sincitial (VRS).
- Verrugas vulgares.
- *Molluscum* contagioso.
- Síndrome boca-mano-pie.
- Tiña, si se localiza en zonas cubiertas.
- Catarro si el niño no tiene fiebre ni dificultad respiratoria.

Recursos

- *Infection control in schools*. Guía en inglés para el control de la infección en escuelas y otros lugares destinados al cuidado de los niños: http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1194947358374
- Infections: <http://kidshealth.org/parent/infections/>
- Seijas Martínez-Echevarría L. Causas infecciosas de exclusión escolar. Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 21/04/2008; consultado el 01/07/2015]. Disponible en http://www.guia-abe.es/files/pdf/causas_infecciosas_exclusion_escolar_v1_2008_anexo.pdf

4. CONSEJOS SOBRE HIGIENE Y PREVENCIÓN

La importancia de lavarse las manos

Basado en las recomendaciones Do bugs need drugs? A Community Program for wise use of antibiotics (<http://www.dobugsneeddrugs.org/guide/handwashing/>).



¿Qué hay que saber?

Lavarse las manos es una de las mejores formas de prevenir la propagación de infecciones y enfermedades. La mayoría de las infecciones comunes (80%) se pueden transmitir a través de las manos.

El lavado de manos es algo fácil de hacer. Se debe hacer en todos los lugares, desde la casa propia, el sitio de trabajo, hasta las guarderías infantiles y colegios, y los hospitales. Las manos limpias pueden evitar que los microbios pasen de una persona a otra y a toda la comunidad.

Cuando los niños ya son suficientemente grandes para ir solos al baño, también lo son para aprender a lavarse las manos. Los niños aprenden en gran parte por imitación, viendo a sus mayores cómo hacen las cosas.

Cuándo hay que lavarse las manos

- Antes de las comidas o de beber.
- Antes de alimentar a los niños, sea lactancia artificial o materna.
- Antes y después de preparar la comida, sobre todo cuando se manipulan alimentos crudos.
- Después de usar el baño o de ayudar a un niño a ir al baño.
- Antes y después de cambiar pañales.
- Después de sonarse la nariz, toser o estornudar sobre las manos.
- Antes y después de estar con una persona enferma.
- Antes y después de curar una herida.
- Después de jugar con juguetes o tocar objetos que se han compartido con otros niños.
- Después de tocar a una mascota o tener contacto con sus desperdicios.
- Después de jugar en el suelo, arena, césped u otras superficies que puedan estar sucias.
- Después de tocar basura.

Cómo se deben lavar las manos:

- Se debe usar agua y jabón. Si solo se utiliza agua no se eliminan los microbios.
- Después de mojar las manos se aplicará el jabón.
- Deben frotarse las manos durante al menos unos 20 segundos (se les puede decir a los niños que canten “cumpleaños feliz” para conseguirlo). No hay que olvidar frotar las uñas y las yemas de los dedos. Aquí están la mayor parte de las bacterias.
- Después se enjuagan las manos durante diez segundos con agua abundante y se secan con una toalla o papel desechable (es lo preferible en sitios públicos).

Ver [Anexo](#).

Qué debe hacer el colegio o centro docente

- Debe asegurarse de que hay jabón disponible en los aseos del centro tanto para los niños como para los profesores y otros trabajadores del centro docente.
- Deben disponer de lavamanos en los espacios que se dedican al cuidado o a trabajar con los niños o cerca de ellos.
- Usar jabón común. Funciona tan bien como el jabón antibacteriano. No es necesario usar este último, ya que puede producir resistencias bacterianas.
- Entre las normas de conducta del colegio debería incluirse la higiene de las manos de forma rutinaria.
- Los mayores (profesores, cocineros, cuidadores, enfermeros, celadores, etc.) deben enseñar con el ejemplo.
- La higiene en general y la de las manos en particular debe enseñarse a los alumnos en las aulas. Debe formar parte de su programa educativo.

Recursos

En estos enlaces hay [algunos vídeos](#) que explican la técnica correcta del lavado de manos, orientado a diferentes edades, que pueden servir para el aprendizaje de los niños en el aula:

- ▶ Lavado de manos para pequeños: <http://www.youtube.com/watch?v=5V5Kqf9OEVA>
- ▶ Lavado de manos para mayores: http://www.youtube.com/watch?v=d_jsbDI0118
- ▶ Lavarse correctamente las manos: <http://www.youtube.com/watch?v=00Zjmhbyoas>

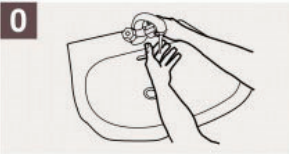
Anexo. Recomendaciones de la OMS sobre el lavado de manos

¿Cómo lavarse las manos?

¡LÁVESE LAS MANOS SI ESTÁN VISIBILMENTE SUCIAS!

DE LO CONTRARIO, USE UN PRODUCTO DESINFECTANTE DE LAS MANOS

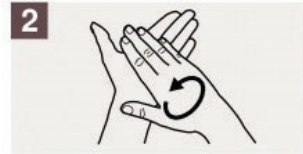
 Duración del lavado: entre 40 y 60 segundos



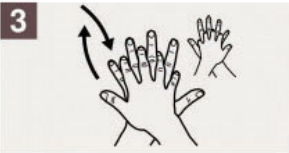
0 Moja las manos.



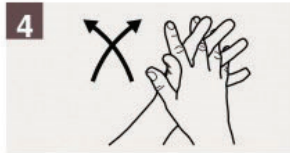
1 Aplique suficiente jabón para cubrir todas las superficies de las manos.



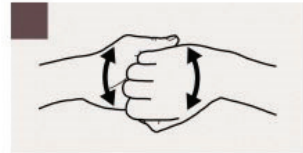
2 Frótese las palmas de las manos entre sí.



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.



4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos.



6 Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, fróteselo con un movimiento de rotación, y viceversa.



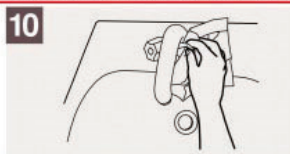
7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.



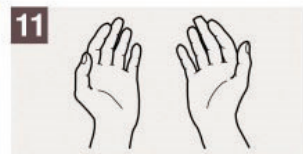
8 Enjuáguese las manos.



9 Séqueselas con una toalla de un solo uso.



10 Utilice la toalla para cerrar el grifo.



11 Sus manos son seguras.



Organización Mundial de la Salud

Seguridad del paciente
Alianza mundial en pro de
una atención de salud más
segura

SALVE VIDAS
Límpiese las manos

Todo tipo de precauciones posibles han sido tomadas por la Organización Mundial de la Salud para verificar la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado es distribuido sin ninguna responsabilidad ya sea literal o implícita. La responsabilidad por la interpretación y el uso de este material es del lector. En ningún caso, la Organización Mundial de la Salud es responsable por daños relacionados a su uso. La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra, en especial a los miembros del Programa de Control de Infecciones, por su activa participación en el desarrollo de este material.

Mayo 2009



AEPap

EDUCACIÓN PARA LA SALUD
MANEJO PRÁCTICO DE LOS PROBLEMAS PEDIÁTRICOS MÁS FRECUENTES EN LA ESCUELA Y GUARDERÍA.
CONSEJOS PARA PROFESORADO Y CUIDADORES ESCOLARES

5. OTROS CONSEJOS

¿Qué hacer ante sospecha de malos tratos?

Los niños pasan mucho tiempo en el colegio, y por ello, los profesores pueden detectar posibles situaciones de maltrato en los niños.

¿Qué es el maltrato?

La Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas, en su artículo 19, se refiere al maltrato infantil como: "Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que le tenga a su cargo".

El papel del profesorado es especialmente relevante en la prevención, identificación y notificación de las situaciones de desprotección infantil.

La proximidad cotidiana del docente a la realidad de los centros educativos, convierte al maestro en un profesional clave para el abordaje de las situaciones que afectan a la infancia en riesgo.

La escuela es un observatorio privilegiado para observar al niño y sus comportamientos.

La escuela debe velar en todo momento por los derechos del niño

¿Qué hay que saber?

Aunque diferenciamos varios tipos de maltrato, se suelen dar de forma solapada:

- **Maltrato físico:** acción no accidental de algún adulto que provoca daño físico o enfermedad en el niño, o que le coloca en grave riesgo de padecerlo.
- **Abandono físico:** situación en que las necesidades físicas básicas del menor, (alimentación, higiene, seguridad, atención médica, vestido, educación, vigilancia...) no son atendidas adecuadamente, temporal o permanentemente, por ningún adulto del grupo que convive con él.
- **Abuso sexual:** cualquier clase de placer sexual con un niño por parte de un adulto, desde una posición de poder o autoridad. Puede ser que exista un contacto físico (en forma de penetración o tocamientos) o puede utilizarse al niño como objeto de estimulación sexual.
- **Maltrato emocional:** conductas de los padres o cuidadores tales como insultos, rechazos, amenazas, humillaciones, desprecios, burlas, críticas, aislamiento, atemorización, etc., que causen o puedan causar deterioro en el desarrollo emocional, social o intelectual del niño.

- **Abandono emocional:** situación en la que el niño no recibe el afecto ni la estimulación, apoyo y protección necesarios en cada estadio de su evolución, lo que inhibe su desarrollo óptimo. Existe una falta de respuesta por parte de los padres o cuidadores a las expresiones emocionales del niño (llanto, sonrisa...) o a sus intentos de aproximación o interacción.
- **Maltrato institucional:** se entiende por malos tratos institucionales cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos, o bien derivada de la actuación individual del profesional, que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración, o que viole los derechos básicos del niño y/o la infancia.
- **Explotación laboral:** cualquier forma de utilización de niños para obtener beneficio, que implique explotación económica y el desempeño de cualquier actividad que dificulte su educación.
- **Maltrato entre iguales:** situaciones de agresión o maltrato entre hermanos, compañeros o amigos. Es el abuso en cualquiera de sus formas, o la intimidación reiterada por parte de uno o varios niños o adolescentes hacia otro que no tiene posibilidades de defenderse (*bullying*).

Maltrato	Activo (por acción)	Pasivo (por omisión)
Físico (visible)	Maltrato físico (violencia, golpes)	Abandono físico (negligencia, descuidos)
Emocional (invisible)	Abuso sexual Maltrato emocional	Abandono emocional

¿Cómo actuar?

Ante la sospecha de una situación de maltrato, la institución escolar debe dar una respuesta ordenada y contenedora, que atienda siempre al bienestar del niño.

Un profesor puede sospechar la existencia de maltrato por distintas circunstancias en los niños (**Anexo**):

- Por presentar comportamientos desajustados o cambios en su comportamiento (agresividad, inatención, pasividad, baja autoestima, conductas negativas, etc.).
- Por signos o lesiones físicas.
- Porque el alumno se lo cuenta directamente o se lo cuenta a otro niño.

Ante la sospecha de un maltrato, los posibles pasos a seguir serían:

1. Comunicarlo al tutor si lo ha detectado otro profesional del centro educativo.
2. Observar al alumno en diferentes espacios y momentos: recreo, clase, interacciones con otros niños y en los contactos con los miembros de su familia.
3. Obtener información a través de otros profesores o profesionales que conozcan al menor, a través de una entrevista a la familia y también con el niño.

4. No debemos tratar de probar que ha habido maltrato, ya que no es función del docente, solo recabar información.
5. Informar al equipo directivo del centro.
6. Acordar, si es posible, algunas actuaciones conjuntas que puedan llevar a mejorar la situación del alumno. En ocasiones, una orientación a la familia puede detener el problema.
7. Valorar solicitar ayuda a los Servicios de Apoyo Especializados (equipo de orientación educativa psicopedagógica o departamento de orientación), que pueden realizar una valoración más exhaustiva y nos ayudaran a marcar un plan de actuación conjunta con el tutor.
8. Si se cree conveniente intervenir en el ámbito familiar, se notificará a los Servicios Sociales.
9. Si la situación detectada se valora de alto riesgo para el menor, grave y urgente, se derivará inmediatamente a los Servicios Sanitarios (si se trata de un daño físico), Servicios Sociales o Comisión de Tutela o Policía.

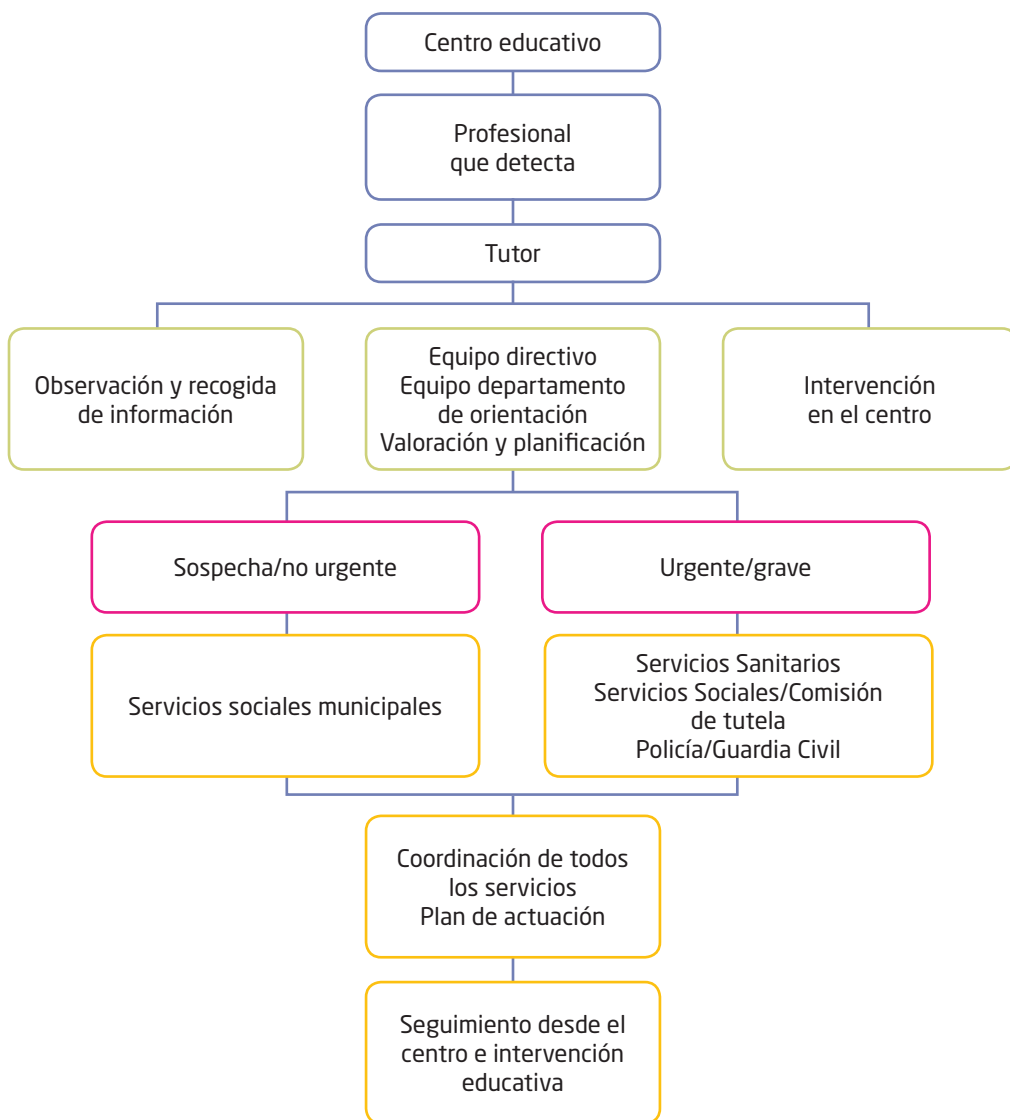
Notificación

- La notificación es una **obligación legal y profesional** y una condición necesaria para posibilitar la intervención en casos de maltrato infantil. Si desde el centro escolar se llega a la conclusión de que existen sospecha de posibles malos tratos a un menor, debe ponerlo en conocimiento del departamento de Protección a la Infancia de los Servicios Sociales Municipales.
- Es muy importante que la familia tenga conocimiento de que se va a dar información de la situación detectada para la búsqueda de ayudas necesarias para resolver la situación, y nunca con el objetivo de retirar la tutela del menor. Solo en situaciones de gravedad, donde el interés del menor nos aconseje no informar a la familia porque podría ser más perjudicial, debemos hacerlo sin esta información previa.

Nota informativa:

La mayor parte de los contenidos de este texto están extraídos de la guía del Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid, que nos parece sencilla, completa y básica para el tratamiento de este tema. En ella podéis encontrar además información legal, recursos educativos, información sobre instituciones relevantes y mucho más.

Esquema del proceso de detección y notificación



Fuente: Detección y prevención del maltrato infantil desde el centro educativo (guía para el profesorado). Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid. Obra Social Caja Madrid.

Cada comunidad autónoma dispone de su propio protocolo de detección y derivación con similares características. Este sirve sólo a modo de ejemplo general. Cada centro educativo debe seguir el de su ámbito geográfico y utilizar sus cuestionarios de detección y hojas de notificación específicas.

Recursos

Direcciones web útiles

- Por qué, cuándo y cómo intervenir desde la escuela ante el maltrato a la infancia y la adolescencia. UNICEF: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Guia_conceptual_MIO3_08.pdf

Bibliografía

- Puerta Climent ME, Colinas Fernández I, Díaz Aguado MJ, Martínez Arias R. Detección y prevención del maltrato infantil desde el centro educativo. Guía para el profesorado. Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid, Obra Social Caja Madrid. Disponible en: http://www.madrid.org/dat_norte/WEBDATMARCOS/supe/convivencia/materiales/guia_protocolo_maltrato.pdf

Anexo. Indicadores de riesgo que puede detectar el profesor en el aula

Indicadores físicos y emocionales

- Mal aspecto físico (pelo sucio, mal olor, ropa sucia...).
- Cansancio intenso (agotamiento, se duerme en clase).
- Ropa inadecuada (rota, sucia).
- Problemas de relación con sus compañeros (aislamiento, cambios bruscos de humor).
- Absentismo escolar (falta a clase o llega tarde).
- Lesiones físicas (golpes, quemaduras).
- No controla esfínteres en el colegio.
- Acude enfermo a la escuela.
- Quiere quedarse en el colegio al terminar la clase.
- Lloro sin causa justificada.
- Busca la protección del profesor.
- Rechaza personas adultas y/u otros compañeros.
- Conductas de robo.
- La familia no se relaciona con el centro.
- Parece ausente.
- Evita mirar a los ojos.
- Actitudes sexuales inadecuadas a su edad.
- Baja autoestima.

Indicadores académicos

- No hace los deberes.
- Se distrae en clase.
- Es desordenado.
- Es poco constante.
- Presenta los trabajos mal hechos o no los hace.
- Ha repetido algún curso.
- Necesita mucha motivación del profesor.

5. OTROS CONSEJOS

¿Cuáles son las dosis habituales de fármacos para la fiebre o el dolor?

Fármaco	Dosis	Dosis máxima	Intervalo	Observaciones
Paracetamol	10-15 mg/kg/ dosis	60 mg/kg/día	Cada 4-6-8 horas	Vía oral o rectal No hay límite de edad
Ibuprofeno	5-10 mg/kg/ dosis	30 mg/kg/día	Cada 6-8 horas	Vía oral Mayores de 6 meses o 7 kg
Metamizol	10-12 mg/kg/ dosis	60 mg/kg/día	Cada 6-8 horas	Vía oral o rectal No en menores de 4 meses No supositorios en menores de 1 año

¿Cómo se calcula la dosis?

- Paracetamol gotas 100 mg/ml. $\text{Peso} \times 0,15 = \text{ml por toma}$.
- Ibuprofeno jarabe 100 mg/5 ml. $\text{Peso} : 3 = \text{ml en cada toma}$.
- Ibuprofeno jarabe 200 mg/5 ml. $\text{Peso} : 6 = \text{ml en cada toma}$.
- Metamizol gotas 500 mg/ml: $0,5 \text{ gotas/kg/dosis}$.

Recursos

- Antitérmicos (para la fiebre): <http://www.familiaysalud.es/medicinas/farmacos/antitermicos-para-la-fiebre>
- Antitérmicos: <http://pediamecum.es/tag/antitermicos/>
- Analgésicos, antitérmicos, antiinflamatorios: <http://www.guiafarmapediatrica.es/vademecum/analgesicos-antitermicos-antiinflamatorios>

5. OTROS CONSEJOS

Normas del comedor escolar

La infancia es una etapa fundamental del desarrollo, en la que tiene mucha importancia la calidad de la alimentación que recibe el niño.

En el comedor se realiza la comida principal del día, que representa el 35% de las recomendaciones de energía diarias, y el aporte de un importante número de nutrientes.

Además, el momento del comedor proporciona un espacio muy adecuado para crear hábitos de higiene y salud, así como, para trabajar otros valores de socialización de los niños.

Por todo esto es necesario fijar unas actitudes y normas que faciliten la convivencia y contribuyan al óptimo desarrollo infantil.

Objetivos del comedor escolar

El **comedor escolar** es un **servicio educativo complementario** que, de acuerdo con el plan general del centro, sería recomendable que tuviera los siguientes **objetivos**:

Educación para la salud

- Involucrar a las familias para que colaboren con los responsables de comedor, para así aumentar los beneficios en la salud y educación nutricional del alumno.
- Coordinar a la familia y al centro educativo, para que ambos sigan los mismos patrones de conducta adquiridos en el comedor.
- Desarrollar y fomentar hábitos personales de higiene y buena alimentación.
- Poner en práctica normas higiénicas y sanitarias aprendidas en clase.
- Iniciarse en la ingesta de todo tipo de alimentos, probando gustos diversos.
- Aprender a mantener posturas correctas en la mesa.
- Desarrollar hábitos en el uso adecuado de los cubiertos y menaje.
- Adquirir y poner en práctica hábitos relacionados con las normas de educación básicas en la mesa.

Educación para la convivencia

- Estimular el compañerismo y las actitudes de respeto y tolerancia hacia todos los miembros de la comunidad escolar.
- Fomentar en los alumnos el espíritu de cooperación, implicándolos, según sus posibilidades, en tareas de servicio de comedor, como poner y retirar el servicio o ayudar a los más pequeños.



- Lograr un comportamiento adecuado en la mesa.
- Crear un ambiente sin mucho ruido, evitando gritos y dialogando de forma distendida.
- Enseñar a cuidar y respetar los locales, el mobiliario y los utensilios de uso comunitario.

Educación para el ocio

- Planificar actividades de ocio y tiempo libre que contribuyan al desarrollo armónico de la personalidad y al fomento de hábitos sociales y culturales.
- Fomentar hábitos y proporcionar estrategias para la utilización correcta del tiempo libre.

Pautas para elaboración de los menús del comedor escolar

Requisitos nutricionales

La comida del mediodía deberá aportar alrededor de un 35% de la energía total de las necesidades diarias.

Del menú, las proteínas representarán un 12-15% del contenido calórico, las grasas no más del 35%, y el resto provendrá de los hidratos de carbono.

Se debe limitar la ingesta de grasas saturadas, no debiendo aportar más del 10% de la energía total diaria, aportando los ácidos grasos trans el 1% de la ingesta total diaria.

El tamaño de la raciones se adecuará a la edad, sexo y actividad física del niño que las recibe.

Composición y variedad de los menús

La dieta ha de ser variada, tanto en los nutrientes, que se distribuirán de manera equilibrada, como en los procesos culinarios que se empleen. Deben incorporar elementos de todos los grupos alimentarios en proporciones adecuadas.

Para la elaboración de los menús se utilizarán aceites vegetales monoinsaturados (de oliva) o poliinsaturados (girasol, maíz, soja y cacahuete).

Todos los días los niños tienen que tener la posibilidad de consumir verduras y hortalizas, como base del primer plato o como guarnición del segundo.

Las legumbres se servirán una o dos veces por semana. El primer plato, dos o tres veces por semana pertenecerá al grupo de los cereales: arroz, pasta y patatas; preparados preferentemente con verduras.

El segundo plato alternará carne, pescado y huevos, con una guarnición de ensalada u hortalizas. Los pescados estarán presentes al menos una o dos veces por semana.

El postre será una pieza de fruta, no sustituible por zumo envasado. Como complemento, se podrá incluir un lácteo, preferiblemente, yogur natural.

La bebida de elección será el agua. La comida se acompañará de pan.

Ingestas recomendadas de energía y nutrientes						
Ingestas recomendadas	Niños y niñas		Niños		Niñas	
	4-5 años	6-9 años	10-12 años		10-12 años	
Energía (kcal)	1700	2000	2450	2750	2300	2500
Proteína (g)	30	36	43	54	41	45
Calcio (mg)	800	800	1000	1000	1000	1000
Hierro (mg)	9	9	12	15	18	18
Zinc (mg)	10	10	15	15	15	15
Magnesio (mg)	200	250	350	400	300	330
Fósforo (mg)	500	700	1200	1200	1200	1200
Tiamina (mg)	0,7	0,8	1	1,1	0,9	1
Riboflavina (mg)	1	1,2	1,5	1,7	1,4	1,5
Ácido fólico (µg)	200	200	300	400	300	400
Vitamina C (mg)	55	55	60	60	60	60
Vitamina A (µg)	300	400	1000	1000	800	800
Vitamina D (µg)	10	5	5	5	5	5
Vitamina E (µg)	7	8	10	11	10	11

Fuente: Programa Perseo, Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.



Composición y variedad de los menús en el comedor escolar (1 mes, 20 días lectivos)				
Grupo de alimentos y alimentos	Frecuencias	N.º de procesos culinarios distintos por grupo que se ofertan al mes	N.º de recetas diferentes por grupo que se ofertan al mes	N.º de alimentos distintos por grupo que se ofertan al mes
Fruta	4-5 ración/semana	-	-	4
Verduras y hortalizas	1 vez/día	3-4	No repetir en 2 semanas	4-5
Pan	1 ración/día	-	-	1-2
Patatas, pasta, arroz, legumbres, maíz, etc.	1 vez/día	3-4	No repetir en 2 semanas	6-8
Carnes y derivados	5-8 ración/mes	2-3	No repetir en 2 semanas	3-4
Pescado, moluscos y crustáceos	5-8 ración/mes	2-3	No repetir en 2 semanas	3-4
Huevos	4-7 ración/mes	2	No repetir en 2 semanas	-
Lácteos	Complemento	-	-	-
Agua	Diaria	-	-	-

Fuente: Programa Perseo, Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

Necesidades especiales

Cada vez es más frecuente la presencia en el comedor escolar de comensales con necesidades específicas en su dieta.

Los principales motivos por los cuales es necesario incorporar adaptaciones o modificaciones en los menús para algunos de los usuarios son las alergias alimentarias, la enfermedad celíaca, el sobrepeso y los motivos religiosos. Otros problemas de salud que también necesitan el apoyo de aportes dietéticos específicos son la obesidad, la diabetes y la hipercolesterolemia.

Es habitual la presencia de niños y niñas con problemas motores que requieren la modificación de texturas de las preparaciones y el apoyo mediante ayudas técnicas y supervisión personal.

La legislación vigente establece que se ofrecerán menús alternativos para aquellos comensales que, por prescripción médica, requieran un menú especial o tengan intolerancia a ciertos alimentos. En estos casos, los interesados han de presentar el correspondiente informe médico en el centro.

Origen étnico

En el diseño de los menús siempre se ha de tener en cuenta los gustos y costumbres de la población a la que van dirigidos, para que les sean apetecibles.

Además, se debe tener en cuenta el porcentaje de alumnos inmigrantes del colegio, que, en su mayoría se habrán adaptado a la comida española, pero cuya alimentación puede estar condicionada por sus creencias religiosas, que habrá que respetar.

Alergias e intolerancias alimentarias

El organismo presenta a veces reacciones a los alimentos, que pueden provocar desde una molestia mínima hasta, en ocasiones extremas, la muerte.

La **intolerancia** a un alimento se caracteriza por la incapacidad para digerirlo y metabolizarlo, sin que intervenga ningún mecanismo de defensa inmune.

La **alergia o hipersensibilidad** alimentaria es la reacción adversa que presenta un individuo tras la ingestión, contacto o inhalación de un alimento con una causa inmunológica comprobada.

Algunas personas con intolerancia son capaces de consumir pequeñas cantidades del alimento al que presentan dicha intolerancia (excepto en el caso del gluten), mientras que en la alergia hay que eliminar totalmente el componente.

Es necesaria la sensibilización y formación del personal responsable del servicio de cocina y comedor en los centros de enseñanza con relación a este tema, resaltando los riesgos que conlleva para la salud de los pequeños la vulneración de las recomendaciones dietéticas en escolares con alergias alimentarias específicas.

Medidas de prevención de alergias alimentarias en el comedor escolar

- Mantener informados a los padres del menú que va a consumir su hijo.
- Solicitar el certificado médico del niño para evitar confusiones.
- Leer siempre los ingredientes de los alimentos que se vayan a utilizar en la preparación del menú.
- Tener siempre la medicación oportuna en el centro, sobre todo para aquellas personas con alergias muy serias, cuya vida corre grave peligro si no se reacciona a tiempo.
- Ante la duda de la presencia de un alérgeno en el alimento, no dárselo al niño o niña.

En la preparación de los alimentos:

- Tener siempre en la cocina el listado de información de alérgenos.
- No utilizar guantes de látex.
- Cocinar primero la comida del alérgico para evitar contaminaciones. Tenerla aislada hasta servirla.
- Manejar utensilios exclusivos para el alérgico.
- Higienizar todas las superficies de trabajo para evitar contaminaciones.
- Procurar que la comida del alérgico sea lo más parecida posible a la de sus compañeros.
- Eliminar totalmente el alérgeno del menú.
- Cocinar siempre en aceite nuevo y cacerola limpia para evitar contaminaciones cruzadas.
- Se debe tener siempre en cuenta el listado de aditivos e ingredientes prohibidos para así poder comprobar correctamente las etiquetas.

Dieta astringente

En los comedores escolares se suele conocer como dieta blanda astringente, apropiada para minimizar la diarrea y los vómitos, y para facilitar la digestión.

Entre las recomendaciones de esta dieta se encuentran platos a la plancha o hervidos, con bajo contenido en grasas, no siendo recomendable el uso de legumbres, leche, carnes, verduras y frutas, excepto las indicadas, como por ejemplo:

- Patata cocida y zanahoria.
- Sopa y caldo de arroz y cebolla.
- Caldo de zanahoria muy cocida.
- Pollo cocido.
- Jamón y pavo cocido.
- Pescado cocido con un poco de limón.
- Pescado hervido y sazonado.
- Tortilla francesa de un huevo.
- Huevo pasado por agua.
- Yogur o yogur líquido.
- Fruta (a ser posible cocida o en compota).
- Plátano muy maduro.
- Manzana al horno sin piel.
- Manzana rallada sin piel.
- Membrillo.

- Zumo de limón diluido en agua.
- Infusiones.
- Pan tostado.
- Galleta tostada.

Técnicas culinarias

En los escolares, la correcta presentación, confección de las recetas de los platos y una técnica adecuada pueden ayudar de forma muy importante a estimular el gusto y el deseo de tomar alimentos fundamentales para una dieta equilibrada, como son verduras, legumbres y hortalizas.

Se emplearán preferentemente técnicas culinarias que requieran pocas grasas en su preparación.

Los alimentos que se ofertan en restauración colectiva siempre requieren un tratamiento culinario específico y cuidadoso para mantener, por un lado, unas óptimas cualidades higiénico-sanitarias para su consumo y, por otro, cuidar las cualidades organolépticas, sabor y textura. Esto es especialmente importante cuando las raciones requieren un tiempo de espera y deben conservarse en mesas calientes para mantener la temperatura adecuada.

Técnicas, presentación y recetas

- En las verduras cocidas es fundamental asegurar un punto correcto de textura. Si están excesivamente blandas modificará su gusto natural y también causará la pérdida de los nutrientes propios que, a medida que avanza la cocción, van desapareciendo del producto.
- Las verduras, normalmente, presentan un sabor delicado y poco atractivo al gusto de los niños. Si se aderezan estas con aceite de oliva y un punto justo de sal, mejora su calidad gustativa.
- La combinación de verduras con otros elementos realza su sabor, modifica su aspecto y las hacen más atractivas para el comensal. Para conseguir esto se pueden utilizar después de la cocción técnicas como el salteado o el rehogado, que se complementan con aceite de oliva, los sofritos o, por ejemplo, jamón serrano.
- La técnica de cocinar las verduras a la plancha aporta un sabor agradable a las verduras y resulta una forma muy saludable de comerlas. Como adquieren un atractivo aspecto dorado, estimulan al niño a degustarlas.
- Es importante jugar con la originalidad en la elaboración y presentación de distintas recetas con verduras y hortalizas, para así estimular a los niños a su consumo. Se les pueden ofrecer ensaladas variadas o recetas de pasta como lasaña o canelones, donde no se percibe la verdura como plato principal.

- La mayor utilización de verduras en las guarniciones, en detrimento de otras más comunes, como las patatas fritas u otras frituras, es la mejor manera de equilibrar la dieta.
- Los purés, las cremas o las menestras de distintos tipos de verduras también resultan muy agradables de comer, si están elaborados de forma correcta.
- Se recomienda no llenar el plato hasta arriba, sin rebosar.
- Para poder manejarla mejor, recordar que no es bueno cortar la pasta larga y que a los niños les gusta más la pasta de colores.
- El pescado les suele resultar poco atractivo, por lo que las salsas y guarniciones que lo acompañen deberían ser muy apetitosas.

El entorno físico del comedor escolar

El comedor escolar debería estar integrado en el proyecto educativo del centro y proporcionar una oportunidad para que los niños desarrollen los conocimientos adquiridos en el aula. A la vez que puedan experimentar y compartir con sus compañeros la degustación de alimentos y formas culinarias que no prueban habitualmente en sus casas.

Llevar a la práctica estos aspectos requiere que los escolares dispongan de un espacio físico agradable en el que disfrutar del momento de la comida en un ambiente relajado y con tiempo suficiente para su consumo. Se logrará así que el momento de la comida sea un espacio grato de convivencia.

Esto se puede lograr mediante:

- **Iluminación:** preferiblemente luz natural, o por lo menos, la máxima de la que se pueda disponer. Si no es posible, la suficiente luz artificial que permita una fácil visión de los alimentos.
- **Ventilación:** que asegure la suficiente renovación del aire para el volumen de personas que utilicen ese espacio de comedor.
- **Control de ruido:** medidas de insonorización que contribuyan a disminuir el nivel de ruido y favorezcan la conversación en un tono sosegado.
- **Temperatura:** evitar tanto el exceso de calor como el de frío.
- **Olores:** cuidar de minimizar los olores fuertes a comidas preparadas o a productos de combustión o limpieza.
- Se recomienda que los niños sepan lo que van a comer mediante la **exposición del menú diario**.
- **Mensajes educativos:** tanto de hábitos nutricionales como de higiene y conducta correctas a la hora de comer. Esto se puede lograr con una decoración sencilla pero alegre y agradable, con carteles y dibujos que incorporen mensajes relacionados con la alimentación saludable o prácticas higiénicas relacionadas con la ingesta. También pueden resultar útiles fotografías atractivas de alimentos.

- El **mobiliario** del comedor debe ser adecuado al tamaño de los usuarios. Normalmente participan niños y niñas desde enseñanza infantil hasta enseñanza secundaria obligatoria o incluso bachillerato. Un rango tan amplio de edades implica la necesidad de organizar el servicio en diferentes turnos e incluso espacios diferenciados acondicionados a las particularidades de los comensales en cada caso. Las sillas serán del tamaño correspondiente a las mesas en las que se ubican. Se adjudicarán a los comensales puestos en el mobiliario que mejor se adapte a su tamaño.
- Vasos, vajilla, bandejas y cubiertos se renovarán periódicamente asegurando el buen estado de todos los **utensilios**. Para los comensales más pequeños, puede ser de interés emplear vasos de material resistente y diseño que asegure su estabilidad.
- En los casos en los que participen del servicio de comedor alumnos con necesidades especiales por dificultades motoras puede ser oportuno disponer de **ayudas técnicas** como elementos específicos de la vajilla y cubiertos que faciliten su autonomía.

Intervención educativa: normas de convivencia del comedor

Con carácter general, las actividades del comedor escolar se regirán por el reglamento interno del proyecto educativo de centro.

Son normas específicas del comedor, en consonancia con sus objetivos en cada centro:

Alimentación

- No se debería dar varias opciones de menú, para evitar caprichos. La excepción a esto son los niños con dietas especiales.
- Cada niño tiene su momento madurativo. Durante la comida se debe observar el ritmo de cada comensal, para que siga un ritmo adecuado, ni lento ni rápido.
- Los niños deberán tener cuidado al comer, evitando que los alimentos caigan fuera del plato, y recogidos si esto sucede.
- Si se manchan, deberán cambiarse cuando termine de comer. Así mismo, deberán lavarse cuando se levante de la mesa, si se ensucian las manos.
- Evitar dar al comensal la comida en la boca. Se le podrá ayudar si la ingestión del alimento entraña dificultad.
- No se debe triturar el alimento para ahorrarles dificultades, sino estimular la masticación, aunque haya que ayudarles partiéndolo en trozos pequeños.
- No deben coger los alimentos con los dedos.
- La técnica en el uso de los instrumentos de manipulación de los alimentos y la corrección en la mesa mejora progresivamente desde las primeras etapas de infantil. Se suele consolidar en la adolescencia.
- Deben beber de forma correcta, sin hacer grandes ruidos, y la cantidad suficiente que no les quite el apetito para comer lo que tienen en el plato.

Higiene

- Es importante hacer comprender al escolar la necesidad de cuidar el cuerpo para garantizar la salud.
- Ha de acostumbrarse mediante acciones repetitivas y constantes a tener cuidado y estima de su cuerpo.
- Procurar que no se lleve a la boca lo que ha estado en el suelo.
- Establecer rutinas de conductas encadenadas como: antes de sentarse en la mesa ir al aseo, lavarse las manos; comer; después lavarse los dientes y de nuevo lavar las manos.
- Los niños deben ir al servicio antes de entrar en el comedor para evitar que se levanten durante la comida.
- Hay que recordar al niño que de casa debe llegar con el pelo, los dientes y los oídos limpios, y con las uñas cortadas.

Conductas

El escolar debe ser capaz de:

- Lavarse las manos antes y después de comer.
- Entrar y salir ordenadamente. Ocupar el sitio que le corresponde.
- Mantener la postura correcta, sin apoyar los codos en la mesa
- Colaborar poniendo y quitando la mesa. Repartir agua a sus compañeros.
- Pedir por favor.
- Usar cuchara, tenedor y cuchillo correctamente.
- Beber y comer pausadamente, con la boca cerrada.
- Usar servilleta, limpiarse la boca antes de beber.
- Comer de todo. Acabando lo que le ponen en el plato sin protestar.
- No tirar comida fuera del plato.
- Levantarse cuando corresponde.
- Saber comer pan, partiendo un trozo pequeño cada vez, no mordiéndolo la pieza entera.
- Utilizar un tono adecuado de voz.
- Respetar a sus compañeros.
- Comprender los mensajes del cuidador.
- Interesarse por saber lo que come.

Recursos

- Guía de comedores escolares. Programa Perseo: http://www.perseo.aesan.msssi.gob.es/docs/docs/guias/GUIA_COMEDORES_ESCOLARES.pdf
- Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición: <http://aesan.msssi.gob.es/>
- Fundación Española de la Nutrición: <http://www.fen.org.es>
- Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética: <http://www.fesnad.org>
- Centros docentes de Madrid: <http://goo.gl/KVKAK1>
- Sociedad Española de Nutrición: <http://www.sennutricion.org/>
- Federación Española de Asociaciones dedicadas a la Restauración Social: <http://www.feadrs.com>
- La guía de la oferta económicamente más ventajosa en la restauración colectiva: <http://www.contract-catering-guide.org/es/index.html>
- FoodServiceEurope: <http://www.ferco-catering.org/>
- Comedores saludables: <http://www.comedoressaludables.org>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: <http://www.msc.es/>
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte: <http://www.mepsyd.es>

GUÍA PARA GUARDERÍAS

1. SITUACIONES DE URGENCIA

Cómo actuar cuando un bebé tiene diarrea

¿Qué es la diarrea?

Se trata de heces más blandas y frecuentes de lo normal. La gravedad de la diarrea puede variar. Depende de la causa, la intensidad y duración, otros síntomas asociados y la edad del paciente.

¿Por qué se produce?

- **Causas infecciosas:** virus (rotavirus), bacterias (*Salmonella*), parásitos (giardia)... Generalmente también se acompaña de vómitos, fiebre y dolor abdominal. El mecanismo de transmisión es fecal-oral o por contaminación de agua o alimentos. Es importante mantener una adecuada higiene en los baños, utensilios de cocina y alimentos. **Lavarse las manos** es la forma más efectiva de prevenir infecciones contagiosas diarreicas.
- **Causas no infecciosas:** Ingesta de leche hiperconcentrada, antibióticos, alergias o intolerancias (alergia a proteínas de leche de vaca), causa obstructiva (invaginación intestinal), malabsorción (fibrosis quística, inmunodeficiencias...)

¿Cómo prevenirla?

La gastroenteritis puede transmitirse de persona a persona. Lo más habitual es por contacto con las heces o los pañales de un niño.

Habrá que extremar las medidas de higiene habituales, sobre todo el **lavado de manos**, tanto del niño como de la persona que lo cuide. Será especialmente escrupuloso después de cambiar el pañal, asear al niño o tras usar el retrete. Y, por supuesto, antes de comer o preparar comidas.

En las farmacias existe una vacuna oral (por boca) contra uno de los virus que con mayor frecuencia causan gastroenteritis: el rotavirus. No está incluida en el calendario de vacunaciones habitual y solo está admitida su administración en niños muy pequeños.

¿Qué se debe hacer?

Hay que evitar la deshidratación:

Cada vez que el niño defeca pierde líquido, que hay que reponer utilizando las **soluciones de rehidratación oral** de venta en farmacias.



No se deben usar medicamentos sin prescripción médica



Plan de comidas

No es necesario ningún tiempo de ayuno. Desde el principio se le puede ofrecer comida, sin forzarle. Los niños con gastroenteritis suelen tener poco apetito.

Los biberones hay que prepararlos con el número de cacitos habitual. No es necesario diluirlos más.

La dieta astringente no es imprescindible. Es suficiente una alimentación suave. Los alimentos que se suelen tolerar mejor son: cereales (arroz, trigo), patata, pan, carne magra, pescado, yogur o fruta. Evitar comidas flatulentas, con mucha grasa o azúcar.

¿Puede asistir a la guardería un niño con diarrea infecciosa?

Puesto que la mayor parte de los casos en nuestro país son leves, no se debe limitar la actividad del niño. Es mejor que, si el estado general no es bueno, vomita, tiene fiebre, dolor abdominal o heces muy frecuentes, no vaya al colegio hasta que se encuentre mejor.

En las guarderías es habitual recomendar que el niño vuelva al centro cuando no se le escapan las deposiciones. Si usa pañal, podría volver si las heces pueden quedar contenidas en él.

Si las heces tienen sangre o moco es mejor esperar a que sean normales

¿Cuándo se debe consultar al pediatra?

- Si el niño está adormilado, no tolera sólidos ni líquidos y vomita aunque no tome nada.
- Si las deposiciones son muy líquidas, abundantes y frecuentes, de forma que el niño no es capaz de beber al mismo ritmo que pierde.
- Diarrea con sangre.
- Dolor abdominal severo.
- Signos o síntomas de deshidratación: boca seca, ausencia de lágrimas, fontanela hundida o disminución de la cantidad de orina.

En estos casos avisar rápido e informar a los familiares y aconsejarles que acudan a la consulta de su pediatra

Recursos

- Gastroenteritis: <http://www.familiasalud.es/sintomas-y-enfermedades/aparato-digestivo/sintomas-digestivos/gastroenteritis>
- Deshidratación: <http://www.familiasalud.es/sintomas-y-enfermedades/aparato-digestivo/sintomas-digestivos/deshidratacion>
- Gastroenteritis aguda: http://www.seup.org/pdf_public/hojas_padres/gastroenteritis.pdf
- Diarrea: <http://enfamilia.aeped.es/indice/diarrea>

1. SITUACIONES DE URGENCIA

Cómo actuar cuando un bebé vomita

¿Qué son los vómitos?

Hay que distinguir entre:

- **Vómito:** expulsión forzada de contenido gástrico con contracción brusca de la musculatura abdominal.
- **Regurgitación:** expulsión del alimento antes de que llegue al estómago de forma no brusca.



¿Qué hay que saber?

Son un síntoma frecuente en el lactante. Los vómitos se deben a diferentes causas.

Causas

Infecciones

- Los vómitos pueden ocurrir en cualquier tipo de infección (**gastroenteritis, infección urinaria, meningitis, sepsis, catarros**).
- Suelen tener fiebre y muchas veces pierden el apetito y rechazan la alimentación.

Reflujo gastroesofágico

- El esfínter del esófago no cierra bien después de la toma, por falta de madurez.
- Con los cambios posturales (tumbados) y el aumento de presión sobre el estómago (esfuerzo para defecar, llanto) los alimentos refluyen hacia arriba y vuelven a la boca.
- Se producen después de comer y entre las tomas, en pequeñas cantidades y sin esfuerzo
- Suele mejorar cuando el bebé crece.
- No se suele alterar la curva de peso.

Alergia o intolerancia a proteínas de leche de vaca

- No les sienta bien la leche de vaca.
- Pueden tener llanto, estar irritables, vomitar, tener diarreas a veces con sangre y salirles erupciones en la piel.
- Muchas veces no quieren tomar la leche.

Obstrucción del aparato digestivo

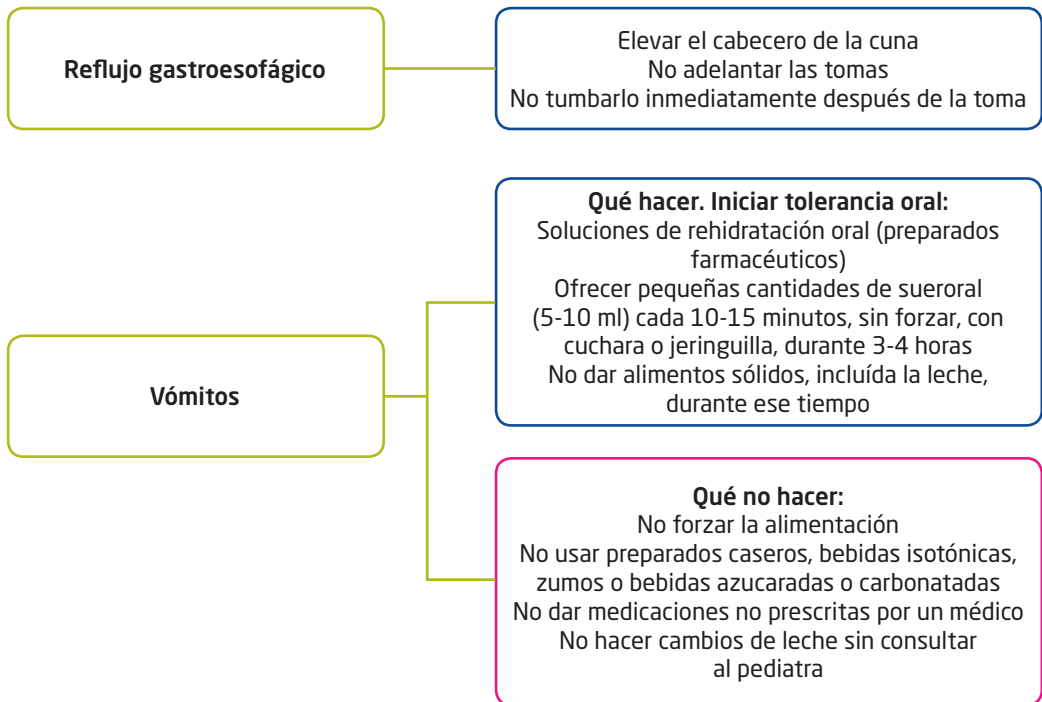
El tratamiento es en hospital:

- **Estenosis hipertrófica de píloro:**
 - Edad: entre 15 días y 4 meses.
 - Engrosamiento progresivo del esfínter inferior del estómago (píloro).
 - Los vómitos son bruscos, a chorro y entre media y una hora después de comer.
- **Invaginación intestinal:**
 - Edad: entre cinco y diez meses.
 - Tienen vómitos, llanto intenso intermitente que no cede y empeora progresivamente.
 - Heces con sangre.

Otras causas

Intoxicaciones, enfermedades neurológicas y congénitas, errores en la preparación alimentos, indigestión...

¿Cómo actuar si un bebé vomita?



¿Cómo se puede prevenir?

Cuando se trata de infecciones intestinales es fundamental la **higiene: lavados de manos frecuentes** del niño y de los cuidadores para prevenir el contagio.

Para prevenir las recaídas de los vómitos, no se debe forzar la alimentación ni introducir los alimentos sólidos antes de hacer el suficiente reposo digestivo (3-4 horas). Se incluye la leche como alimento a demorar.

Los bebés con gastroenteritis no deben acudir a la guardería hasta la mejoría de las deposiciones y de la fiebre.

¿Cuándo se debe avisar a los padres de forma urgente?

- Si a pesar de probar una tolerancia oral adecuada siguen los vómitos.
- Si tiene menos de tres meses y ha vomitado más de dos tomas.
- Si hay vómitos con sangre o con bilis.
- Dolor abdominal severo.
- Vómitos repetitivos.
- Somnolencia o irritabilidad severa.
- Signos o síntomas de deshidratación: boca seca, ausencia de lágrimas, fontanela hundida o disminución de la cantidad de orina.
- El niño no puede tomar suficientes líquidos.

Recursos

- El lactante que vomita: <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/aparato-digestivo/sintomas-digestivos/el-lactante-que-vomita>
- Vómitos. SEUP: http://www.seup.org/pdf_public/hojas_padres/vomitos.pdf
- Vómitos. En Familia: <http://enfamilia.aeped.es/temas-salud/vomitos>.

1. SITUACIONES DE URGENCIA

Cómo actuar si un bebé tiene fiebre

¿Qué hay que saber?

- La temperatura normal del cuerpo varía de unas personas a otras.
- Varía también a lo largo del día. Suele ser más alta al final de la tarde.
- Generalmente se considera que un niño **tiene fiebre con una temperatura axilar mayor de 37,5 °C o rectal de 38 °C.**

¿Por qué se produce la fiebre?

- La fiebre no es una enfermedad.
- Es una reacción del cuerpo provocada casi siempre por una infección por virus, y menos veces por bacterias.
- Es un medio de luchar contra la infección y activar las defensas del organismo.
- Ni el grado de la fiebre ni la respuesta al antitérmico nos orientan sobre la gravedad de la infección ni si está causada por virus o bacterias.

¿Y la fiebre tras las vacunas?

Está desaconsejado el uso de paracetamol e ibuprofeno tras la vacunación para prevenir las reacciones febriles o las reacciones en la zona de inyección.

¿Cómo saber si tiene fiebre?

- Sensación de temperatura elevada al tacto.
- Otros signos: enrojecimiento de las mejillas, brillo en los ojos. Inactividad inusual, sensación de frío y escalofríos, taquicardia, aumento de frecuencia respiratoria, exagerado descenso de los testículos dentro del escroto en los varones.

Siempre hay que comprobarlo con un termómetro (axilar o rectal).

¿Hay que tratar la fiebre?

No es necesario tratar la fiebre, sino el malestar que pueda producir. Es decir, tratar al niño y no al termómetro. Si tiene buen aspecto, juega y no parece afectado, serán innecesarios los medicamentos analgésicos-antitérmicos aunque tenga fiebre, ya que tratándola no le curamos de nada.

¿Cómo se trata?

Si el niño está molesto, para aliviarle puede:

- Quitarle ropa para que el cuerpo pierda el calor que sobra. No dude en dejarlo solo con una camiseta, pero que no esté incómodo.
- Bañarle con agua templada, pero no fría. Lo ideal es que el niño permanezca tranquilo unos minutos “a remojo”. Como es normal, vigilado por una persona mayor. No debe usar las compresas con alcohol.
- Si la fiebre es alta o el niño está incómodo, puede darle algún medicamento para bajarla (antitérmicos). Los más empleados son el paracetamol y el ibuprofeno. Si el niño es pequeño, usar en gotas o jarabe. Seguir las dosis y las normas que se aconsejan en el folleto del producto. Atienda más al peso que a la edad.
- Los medicamentos antitérmicos solo bajan la temperatura corporal cuando esta se encuentra elevada. Como promedio la disminuyen alrededor de un grado, al cabo de una hora de su administración.
- No es conveniente usar rutinariamente dos antitérmicos a la vez o de forma alternativa. Si el niño está contento, juega y no se encuentra mal, no hará falta dar antitérmicos aunque tenga fiebre. Tratando la fiebre no le curamos nada. Solo intentamos que se encuentre menos molesto.
- No hace falta despertar al niño si está dormido para administrarle un antitérmico.
- Actualmente, se desaconseja el uso de ácido acetilsalicílico (Aspirina®) para el tratamiento de la fiebre en niños y adolescentes.
- Ofrecerle líquidos con frecuencia para recuperar las pérdidas por el exceso de temperatura y prevenir así la deshidratación.
- Los antibióticos no son útiles para tratar la fiebre ni las infecciones por virus que, por otra parte, son la causa más frecuente de fiebre en los niños.

¿Por qué ya no se usa la aspirina?

Actualmente se desaconseja el uso de ácido acetilsalicílico (Aspirina®) para el tratamiento de la fiebre o dolor en niños y adolescentes. Está contraindicado en España por debajo de los 16 años, por su asociación con una rara pero grave complicación, especialmente durante la varicela y la gripe, llamada **síndrome de Reye**.

¿Cuándo se debe consultar al pediatra?

Teniendo de antemano muy en cuenta que estas recomendaciones son una generalización y por lo tanto no pueden sustituir a la **valoración individual** de cada caso, le aconsejamos que los padres consulten a su pediatra si:

- La fiebre dura más de 48-72 horas.
- Si tiene de tres a seis meses y su temperatura supera los 39 °C, o si tiene 40 °C con cualquier edad.
- El niño está muy irritable o adormilado.
- El niño tiene mal aspecto general o dificultad para respirar.
- Si le aparece una erupción en la piel.
- Si el niño tiene menos de tres meses de edad, en cualquier caso, deber ser valorado por un profesional sanitario.

En definitiva, respecto al momento más adecuado para consultar sobre la fiebre de un hijo al pediatra, en la mayor parte de los casos el mejor consejero será el propio sentido común.

Casi siempre, además de la fiebre, el niño tiene otros síntomas que pueden ayudar a saber la causa de la misma, como estornudos, tos, dolor de garganta o de oídos, diarrea o sarpullido.

¿La fiebre de los bebés se deberá a que les ha salido un diente?

Aunque la erupción de un nuevo diente pueda ser la causa de algunas molestias e incluso de una elevación leve de la temperatura corporal, no se debería atribuir la fiebre de un niño a la dentición.

Fiebre y convulsiones febriles

Algunos niños predispuestos pueden tener convulsiones por fiebre (el 4%). Tratar la fiebre no previene estas convulsiones. Nunca se debería dar medicamentos para tratar la fiebre con este fin.

Cuidado con los antitérmicos

Para que el riesgo de toxicidad por antitérmicos sea menor:

- No tratar fiebres leves (menos de 38 °C).
- No pasar la dosis máxima recomendada.
- El ibuprofeno no se debe dar a niños menores de seis meses.
- Cuidado en niños enfermos con ayuno y vómitos (paracetamol) y deshidratación (ibuprofeno).
- No usar de forma prolongada o repetida si son síntomas leves.
- No usar a la vez más de un fármaco para tratar el mismo síntoma.
- Es preferible no alternar antitérmicos.



Las dosis de antitérmicos

Ibuprofeno

- Administrar 20-30 mg/kg/día; 5-10 mg/kg cada 6-8 horas.
- La dosis total al día no debe superar 30 mg/kg/día.
- **No emplear en menores de seis meses.**

Cálculo de dosis:

- Ibuprofeno 100 mg/5 ml. Peso: 3 = ml en cada toma.
- Ibuprofeno 200 mg/5 ml. Peso: 6 = ml en cada toma.

Paracetamol

- 10-15 mg/kg/dosis cada 6-8 horas. Se puede dar cada 4 horas si es preciso
- La dosis total al día no debe superar los 60 mg/kg/día.

Cálculo de dosis: paracetamol Gotas 100 mg/ml. $\text{Peso} \times 0,15 = \text{ml por toma}$.

Metamizol

- 10-12 mg/kg cada 6-8 horas (1 gota = 25 mg).
- **No administrar a menores de cuatro meses o 5 kg de peso.**

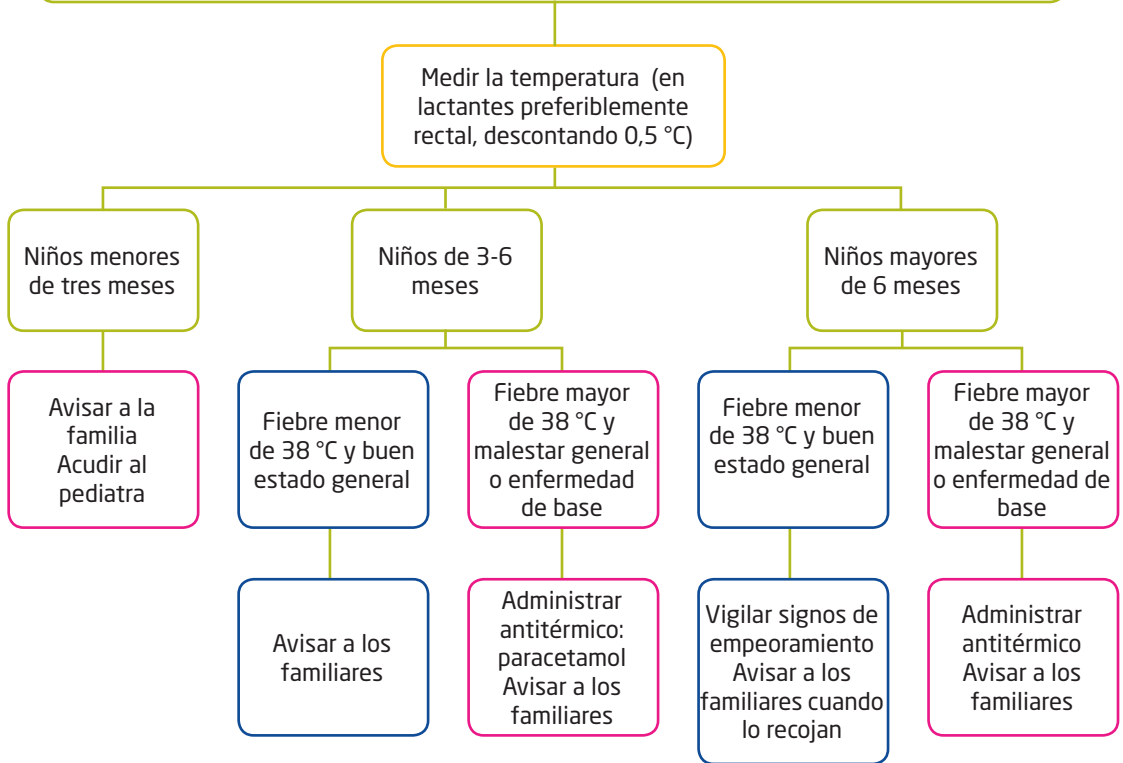
Cálculo de dosis: metalgial gotas 500 mg/ml. 1 gota por cada 2 kg = dosis por toma.

Recursos

- Antitérmicos: <http://pediamecum.es/tag/antitermicos/>
- Fiebre: [http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/infecciones/ fiebre/ fiebre](http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/infecciones/fiebre/fiebre)
- Decálogo de la fiebre: https://www.aepap.org/sites/default/files/decalogo_fiebre.pdf
- Antitérmicos (para la fiebre): <http://www.familiaysalud.es/medicinas/farmacos/antitermicos-para-la-fiebre>

Modo de actuación si el bebé tiene fiebre

Cuando percibamos sensación de temperatura elevada al tacto u otros signos: enrojecimiento de las mejillas, irritabilidad, brillo en los ojos. Inactividad inusual, sensación de frío y escalofríos, taquicardia, aumento de frecuencia respiratoria, exagerado descenso de los testículos dentro del escroto en los varones



1. SITUACIONES DE URGENCIA

Fatiga en el lactante y el niño pequeño

La **fatiga o esfuerzo al respirar** es un síntoma frecuente que puede aparecer en una amplia gama de problemas de salud y enfermedades.

¿Qué puede provocar fatiga?

Las causas más frecuentes son las **respiratorias**. La mayoría afecta a la **vía respiratoria superior** (nariz, boca y garganta); las **infecciones víricas** son la causa más frecuente. Pueden ser originadas por un gran número de virus diferentes que **se transmiten** rápidamente de persona a persona a través del aire, del contacto directo y tocando superficies contaminadas que puedan tener gérmenes.

Son comunes en los menores de cinco años. La mayoría de los niños desarrolla de tres a ocho resfriados o problemas respiratorios cada año.

Este número puede ser mayor en niños que acuden a guarderías o son expuestos al humo de tabaco u otros irritantes.

Los síntomas que producen son:

- Congestión nasal.
- Estornudos.
- Dolor de garganta.
- Tos seca mediana o moderada.
- Fiebre no elevada (generalmente menor de 38°) durante uno o dos días.
- Pérdida de apetito.

En algunas ocasiones la inflamación de la vía aérea desciende hasta la laringe y tráquea (**laringitis, crup**) provocando:

- Tos ronca o afónica, “tos de perro”.
- Respiración ruidosa.
- Afonía.

La afectación del **sistema respiratorio inferior** incluye los tubos bronquiales y los pulmones. En los menores de 5 años, los síntomas de una infección respiratoria baja son generalmente más severos que aquellos que afectan la parte alta.

Entre las enfermedades que afectan al sistema respiratorio inferior se encuentran:

Bronquiolitis

- La bronquiolitis es causada por una infección vírica que afecta los bronquiolos.
- La causa más frecuente es el virus sincitial respiratorio (VSR).
- Afecta sobre todo a los menores de dos años durante los meses de frío.
- El contagio se produce a través de la mucosidad o la saliva de una persona infectada.
- Se propaga fácilmente en el seno de la familia, en las guarderías y en las salas de los hospitales o centros sanitarios.

Signos y síntomas

Los primeros síntomas suelen ser iguales a los de un resfriado común. Estos síntomas duran uno o dos días, y son seguidos de una inflamación de los bronquiolos que producen moco, dificultando el paso de aire a los pulmones. Esto agrava la tos y se produce dificultad al respirar.

En algunos casos, se desarrollan **dificultades respiratorias severas**:

- Respiración rápida y poco profunda.
- Retracción o hundimiento de los músculos del cuello y pecho al respirar (tiraje).
- Ruidos en el pecho (como "pitos" o "silbidos").
- Ensanchamiento de las fosas nasales (aleteo nasal).
- Irritabilidad.
- Dificultad para respirar y signos de fatiga o letargo.

Es importante que padres y cuidadores sepan reconocer los signos y síntomas de dificultad respiratoria para adelantar la cita con su pediatra o acudir a un centro sanitario

¿Qué niños tienen más riesgo de una afección grave?

- Niños prematuros.
- Menores de tres meses.
- Afectos de una enfermedad pulmonar, cardíaca o neuromuscular crónica previa.
- Sistema inmunológico debilitado por enfermedades o medicamentos.
- Niños expuestos al humo del tabaco.

¿Cómo se trata la bronquiolitis?

- La mayoría de los casos de bronquiolitis son leves y no requieren tratamiento específico.
- Los antibióticos no son útiles, porque esta es causada por una infección viral y los antibióticos solo son efectivos en las infecciones bacterianas.



- En algunos casos, se administran medicamentos para ayudar a abrir las vías respiratorias del niño.
- Los bebés que tienen problemas para respirar, están deshidratados o parecen fatigados siempre deben ser evaluados por un médico requiriendo en algún caso hospitalización.

Neumonía

- La neumonía es una infección bacteriana del pulmón.
- Produce afectación del estado general, fiebre, tos, dificultad respiratoria.
- Se trata con antibióticos.
- El niño debe permanecer en su domicilio hasta su recuperación. En algunos casos requiere ingreso hospitalario.

Alergias

Alergias respiratorias. Asma

Los niños con alergias tienen las vías respiratorias sensibles y que se irritan con facilidad cuando están expuestos a ciertos desencadenantes –como virus, alérgenos, humo del tabaco, irritantes químicos, frío o contaminación ambiental- las vías respiratorias se inflaman produciendo exceso de moco y contracción de los músculos del aparato respiratorio dando lugar a obstrucción del paso del aire a través de los bronquios. Los síntomas que producen son:

- Estornudos.
- Ojos llorosos o con picazón.
- Tos, especialmente por la noche.
- Dificultad respiratoria.
- Sibilancias (sonido como pitidos en el pecho).
- Falta de aire al hacer ejercicio o jugar.

Alergias a los alimentos

A los niños con alergia alimentaria, el contacto con ese alimento puede causarles una variedad de signos y síntomas, que pueden afectar a varios órganos del cuerpo:

- Piel: enrojecimiento, ronchas, irritación o eccema.
- Tracto gastrointestinal: náuseas, vómitos, diarrea.
- Tracto respiratorio: estornudos, rinitis, problemas para respirar (asma).

Algunas alergias –incluidas las picaduras de insecto, látex, medicinas y alimentos- pueden causar una reacción con riesgo vital llamada **anafilaxia**, que puede provocar la muerte en cuestión de minutos si no es tratada a tiempo. En estos casos se administrará adrenalina autoinyectable, para casos de emergencia.

Otras causas que pueden causar fatiga

Inhalación de un cuerpo extraño

- Los cuerpos extraños, como juguetes y alimentos, pueden ser inhalados accidentalmente a cualquier edad, pero esto ocurre con más frecuencia entre los dos y los cuatro años.
- Consulte rápidamente a su médico si sospecha la inhalación de un cuerpo extraño.

Enfermedades cardiacas

- Pueden provocar fatiga o dificultad respiratoria.
- Niños con cardiopatías siempre deben ser evaluados por un pediatra.

¿Qué se debe hacer si un bebé tiene síntomas respiratorios en la guardería?

Si solo tiene síntomas de vías respiratorias altas con buen estado general sin dificultad respiratoria ni problemas en la alimentación:

- Postura semiincorporada, elevando un poco la cabecera de la cuna.
- Ofrecerle agua en pequeñas cantidades.
- Verificar que el bebé se alimenta correctamente.
- Las tomas/comidas deben ser más pequeñas y más frecuentes.
- Realizarle lavados nasales con suero fisiológico y aspiración de secreciones, sobre todo antes de alimentarlo y de dormir.
- Vigilar la respiración del bebé, su temperatura y la aparición de vómitos y diarrea.

Informe a los padres del estado de salud del niño



Consulte con el médico inmediatamente o acuda al Servicio de Emergencias si:

- Tiene un resfriado que empeora repentinamente.
- Presenta dificultad respiratoria.
- Presenta un color azulado en la piel, las uñas o los labios.
- Comienza a respirar muy rápido.
- Experimenta aleteo nasal o retracciones de los músculos del cuello y pecho al respirar.
- Se encuentra cada vez más cansado.
- Presenta dificultades con la alimentación.
- Presenta vómitos constantes, fiebre elevada.

Aviso a los padres

¿Qué hacer en la guardería para prevenir la transmisión enfermedades respiratorias?

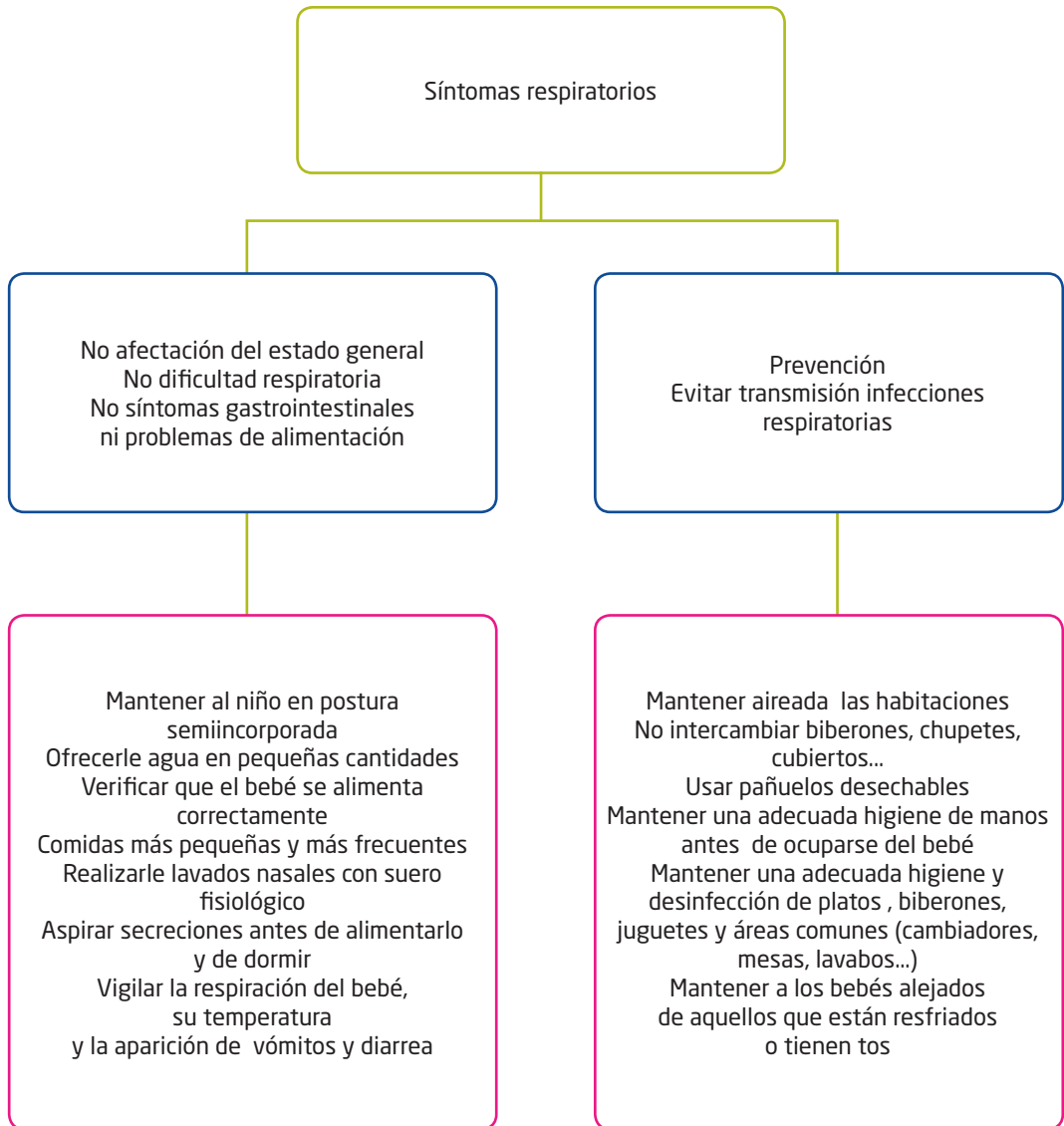
Los gérmenes pueden diseminarse en pequeñas gotas de fluido de la nariz y la boca de una persona infectada. Estas pueden ser trasladadas por el aire cuando la persona estornuda, tose o se ríe, y también pueden quedar sobre los objetos que la persona ha tocado, como pañuelos usados o juguetes.

- Mantener aireadas las habitaciones.
- No intercambiar biberones, chupetes, cubiertos...
- Usar pañuelos desechables.
- Mantener una adecuada higiene de manos antes de ocuparse del bebé.
- Mantener una adecuada higiene y desinfección de platos, biberones y de las áreas comunes (cambiadores, mesas, lavabos...).
- Lavar o retirar los juguetes contaminados de niños con síntomas respiratorios.
- Mantener a los bebés alejados de aquellos que están resfriados o tienen tos.
- Si algún cuidador tiene una rinitis viral, es aconsejable llevar una mascarilla.
- No darle besos al bebé si se tiene rinofaringitis o bronquitis.
- No fumar en las instalaciones de la guardería.

Recursos

- Llega la bronquiolitis, ¿qué debemos saber?: <http://www.familiaysalud.es/sin-tomas-y-enfermedades/sistema-respiratorio/bronquios-y-pulmones/llega-la-bronquiolitis-que-debemos>

Síntomas respiratorios en niños menores de dos años. Pauta de actuación en la guardería



Señales de alerta de dificultad respiratoria

Señales de alerta:

Presenta dificultad al respirar: respiración rápida, "silbidos" en el pecho, hunde el cuello y el tórax con cada respiración ("retracciones"), mueve mucho el abdomen, ensancha las fosas nasales (aleteo nasal), deja de respirar durante unos segundos

Frecuencia cardiaca acelerada

Dificultad para tomar alimentos

Vomitos y rechazo de ingesta de líquidos

Apenas moja los pañales

Está somnoliento y quejumbroso

Presenta palidez, con labios y puntas de los dedos de color azulado

Riesgo de deshidratación

Solicitar ayuda inmediata
Llamar al Servicio de Emergencias o
llevar al niño al centro de salud

Llamar a los padres

1. SITUACIONES DE URGENCIA

RCP básica. Cómo aprender

¿Qué es la reanimación cardiopulmonar (RCP)?

La RCP básica es el conjunto de maniobras que deben hacerse cuando se ha identificado que una persona está en situación de parada cardiorrespiratoria. Consiste en sustituir las funciones circulatoria y respiratoria cuando no se dispone de material específico para ello y mientras se espera la llegada de personal sanitario que lleve a cabo un tratamiento más cualificado.

Parada cardiorrespiratoria

¿Qué es?

Es el cese brusco, inesperado y potencialmente reversible de la respiración y la circulación espontánea. En el caso de los niños no suele ocurrir de forma brusca. Casi siempre se para primero la respiración y después el corazón.

¿Cuáles son los signos de una parada cardiorrespiratoria?

Regla ABC: alerta y vía aérea/buena ventilación/circulación

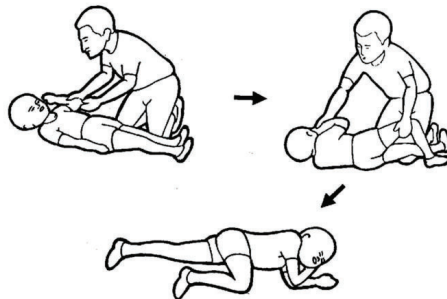
- **Inconsciencia:** no responde a estímulos ni verbales ni dolorosos.
- **Ausencia de respiración:** para saber si la víctima respira acercaremos la cara a su nariz, observando los movimientos del tórax y escuchando los ruidos respiratorios. Si hay dificultad para escucharlos actuaremos como si no respirara.
- **Ausencia de circulación:** palparemos los pulsos, el latido cardiaco y el pulso carotideo en el cuello.

¿Cómo actuaremos ante una parada cardiorrespiratoria?

1. En primer lugar debemos comprobar que la víctima no responde. Para ello le hablaremos en voz alta, le pellizcaremos.
2. Avisar a alguna otra persona del centro y a la vez avisar al Servicio de Emergencias.
3. Si el niño no responde pero respira lo colocaremos en la posición lateral de seguridad.

Posición lateral de seguridad:

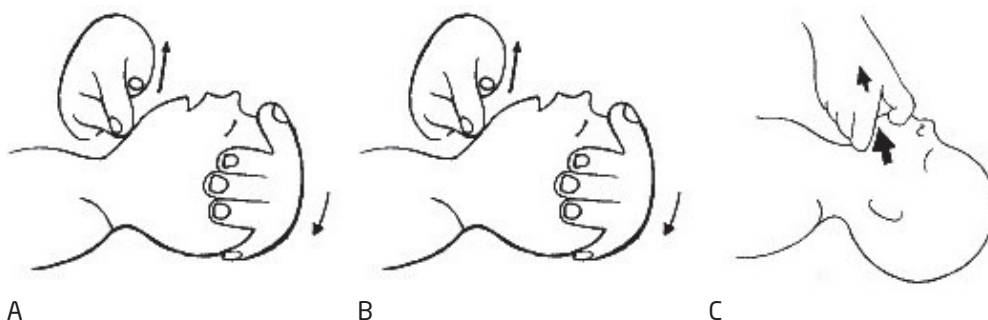
- Colocar a la víctima boca arriba y totalmente estirada.
- Situarse a su derecha.
- Estirarle el brazo derecho.
- Flexionarle el brazo izquierdo sobre su cuerpo.
- Flexionarle la pierna izquierda.
- Girar el cuerpo haciéndolo rodar hacia su derecha hasta que quede de lado.
- Colocarle la mano izquierda debajo de la mejilla derecha.
- La cabeza debe estar girada hacia un lado para evitar atragantamientos.
- La persona que socorre ha de estar a la derecha y estirar a la víctima hacia ella.
- La postura ha de ser estable. Debe permitir que la respiración sea correcta y que de forma periódica pueda comprobarse la respiración.



4. Continuar pidiendo ayuda si no ha acudido nadie.
5. Reevaluar la situación; comprobar que respira normalmente.
6. Si el niño no responde y no respira, aplicar la **reanimación cardiopulmonar** hasta que lleguen los servicios sanitarios de urgencia:

A. Abrirle la vía aérea:

- Colocar la víctima boca arriba y totalmente estirada.
- Abrirle la vía aérea mediante la **maniobra frente-mentón**: con una mano se le levanta el mentón y se empuja la frente ligeramente hacia atrás (**no se hará esta maniobra si sospechamos una lesión craneal o de la columna vertebral**). En bebés menores de un año, la extensión del cuello debe ser más ligera.



Apertura de la vía aérea. A) Lactante, B) niño, C) sospecha de trauma cervical.

Fuente: An Esp Pediatr. 1999;51:409-16.

B. Comprobar la respiración:

- Durante un máximo de **10 segundos** observaremos los movimientos del tórax y del abdomen.



Comprobación de la respiración. Fuente: An Esp Pediatr. 1999;51:409-16.

C. Si no respira, hacer la respiración artificial:

- **Boca-nariz** (en niños menores de un año)
- **Boca-boca** (en mayores de un año). Para hacer la respiración boca-boca se pinza la nariz con los dedos índice y pulgar.
- Hacer **cinco insuflaciones** comprobando que el tórax se eleva.



D. Si el niño no presenta signos vitales (respiración ni **pulso**), hacer **masaje cardiaco**:

- Colocar a la víctima en una superficie dura.
- Hacer 30 compresiones torácicas: se trata de hacer compresiones con el talón de la mano o con las dos manos sobre el tercio inferior del esternón con una fuerza que deprima aproximadamente un tercio de la profundidad del tórax y con una frecuencia de 100 por minuto.
- Hacer dos insuflaciones de aire.

7. Continuar las maniobras de compresión y ventilación boca-boca en una **relación 30/2** hasta que la víctima recupere la respiración y/o los signos vitales o hasta que lleguen los servicios de urgencia.
8. En caso de que la víctima recupere la función respiratoria y los signos vitales, continuar insuflando aire entre 12 y 20 insuflaciones por minuto.
9. Avisar a la familia.

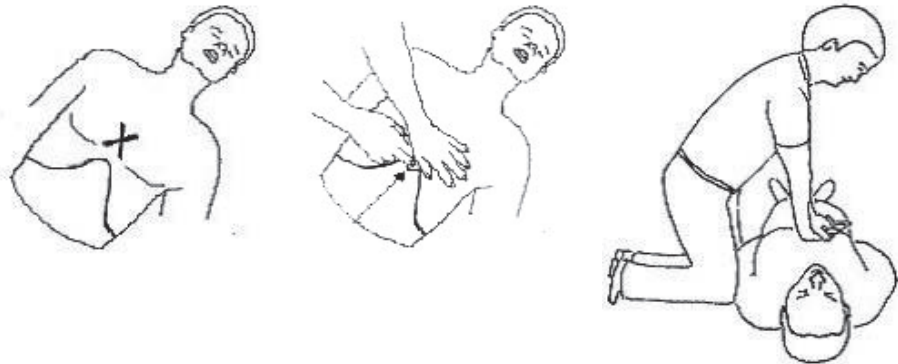
¿Cómo hacer las compresiones torácicas según la edad?

En lactantes y niños pequeños pueden hacerse con dos dedos y en niños más mayores con el talón posterior de la mano, siempre en ángulo recto sobre el tórax.



Zona donde hacer compresiones y posición correcta

Comprima el tórax aproximadamente $1/3$ de su diámetro anteroposterior y en el tercio inferior del esternón.



Imágenes extraídas de:

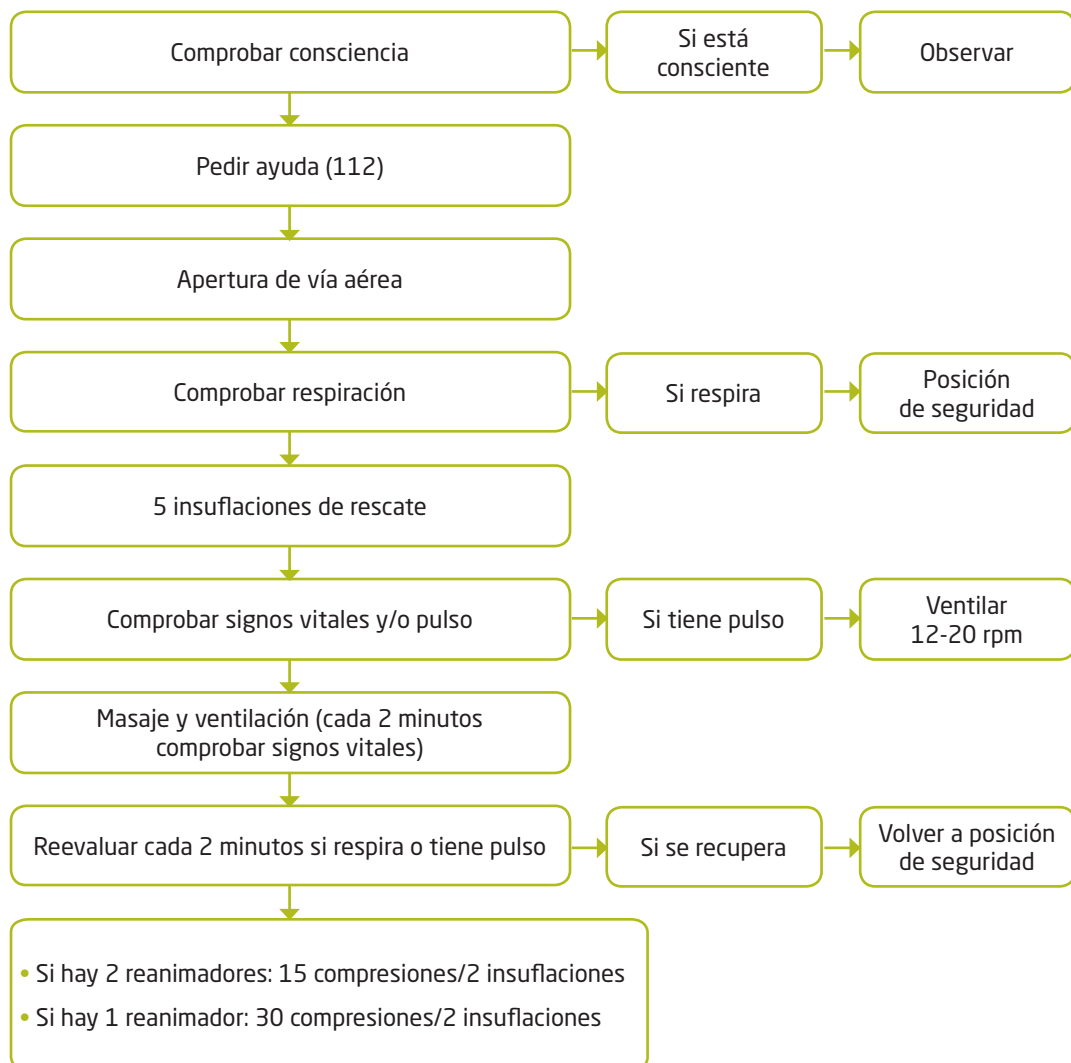
Reanimación cardiopulmonar básica. Guía de atención a emergencias sanitarias en los centros educativos. En: Infomed [en línea]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/4rcp.pdf>

Calvo Macías C, Martínez IM, Núñez AR, Cid J LH. Reanimación cardiopulmonar básica en Pediatría. An Pediatr (Barc). 2006;65(3):241-51.

Regla de los primeros auxilios:

Haz solo lo que estés preparado o preparada para hacer y si no estás seguro o segura, NO LO HAGAS.

Algoritmo de actuación en una parada cardiorrespiratoria



Recursos

- Simulador de RCP básica Salva una vida : <http://www.madridsalud.es/salvau-vida.htm>
- Vídeo y canción que han desarrollado en el Área Sanitaria Norte de Córdoba para enseñar a los alumnos de los institutos a hacer RCP: <http://www.youtube.com/watch?v=XY7Xn4ihyVo>
- Vídeos demostrativos de la técnica de las maniobras de reanimación básica en las distintas edades:
 - Para los lactantes: <http://www.youtube.com/watch?v=vr6egCwNONA>
 - Para niños mayores: <http://www.youtube.com/watch?v=XopewSZdwu8&feature=relmfu>

Bibliografía

- Parada cardiorrespiratoria. En: Asociación española de pediatría de Atención Primaria [en línea]. Disponible en: <http://www.familiaysalud.es/podemos-prevenir/prevencion-de-accidentes/lesiones-infantiles-que-hacer/parada-cardiorrespiratoria>
- Protocolo de primeros auxilios y otros problemas de salud en los centros educativos. En: Gobierno de las Islas Baleares [en línea]. Disponible en: http://die.caib.es/normativa/pdf/2011/2011_Protocol_de_PrimerosAuxilis_ialtres_problemas_salut.pdf
- Resumen de los principales cambios de las Guías para la Resucitación. Guías 2010 para la resucitación del European Resuscitation Council (ERC). En: Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar [en línea]. Disponible en: <http://www.cercp.org/guias-y-documentos>

1. SITUACIONES DE URGENCIA

Cómo actuar ante un atragantamiento

¿Qué es?

Se habla de atragantamiento cuando un cuerpo extraño (comida, objeto pequeño, globo...) se introduce en la vía respiratoria, la obstruye y no deja que el aire entre y salga de los pulmones con normalidad.

- La edad en la que más ocurre es entre uno y dos años. Pero puede ocurrir a cualquier edad.
- La causa más común son los alimentos, sobre todo los frutos secos. No obstante, cualquier objeto pequeño puede causar un atragantamiento.
- Cuando un cuerpo extraño entra en la vía respiratoria el organismo reacciona tosiendo. Casi siempre se consigue la expulsión inmediata sin que sean necesarios cuidados posteriores.
- Si no se consigue la expulsión y la obstrucción de la vía respiratoria es completa o casi completa hay riesgo de muerte por asfixia. Por ello, ante un atragantamiento hay que actuar siempre con rapidez.

¿Qué síntomas tiene?

Suele tratarse de un niño que está comiendo frutos secos, caramelos o chicles, está jugando con objetos pequeños o inflando un globo. Bruscamente comienza con sensación de ahogo, se lleva la mano al cuello, tose con fuerza y no puede hablar.

En los casos más graves, se ponen morados y llegan a perder el conocimiento.

¿Cómo actuar?

En primer lugar, es importante mantener la calma para actuar adecuadamente.

Si el niño está tosiendo, se le deja en posición incorporada y se le anima a que siga tosiendo. No se debe intentar extraer el cuerpo extraño de la boca a ciegas, ya que se puede empujar hacia dentro. Tampoco hay que darle golpes en la espalda ni moverlo ya que el cuerpo extraño se puede enclavar en una zona de más riesgo.

Se debe vigilar al niño hasta que se resuelva el atragantamiento, sin dejarlo solo en ningún momento.

Si el niño está consciente pero la tos es débil e inefectiva, no puede hablar, no respira bien o se pone morado, se debe pedir ayuda rápidamente y se inician de inmediato las **maniobras de desobstrucción**:

- Examinar la boca. Si el **cuerpo extraño es visible**, extraerlo teniéndolo visible para no empujarlo hacia atrás. Se introduce el dedo por el lado de la boca y se usa a modo de "gancho" para extraer el objeto.
- Si no se ve el cuerpo extraño o no se puede extraer:



Pasar el dedo por la boca del niño o lactante para retirar los restos.

Fuente: <http://reanimacion-cardiopulmonar.blogspot.com.es/>

- En **menores de un año**, se sujeta al niño por la mandíbula y se coloca boca abajo con la cabeza más baja que el cuerpo y apoyado sobre el muslo del reanimador. Se dan cinco golpes secos con el talón de la mano entre las escápulas del niño. Si no ha expulsado nada, se sujeta la cabeza del niño, se le coloca boca arriba y se le hacen cinco compresiones torácicas con los dedos índice y medio en el centro del pecho, justo por debajo de la línea que une los pezones.



Niño menor de un año. Cinco golpes en la espalda y, si no respira, cinco compresiones torácicas.

Fuente: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría.

- En **mayores de un año**, con el niño de pie y algo ligeramente inclinado hacia delante se dan cinco golpes entre las escápulas. Si no lo expulsa, hay que situarse detrás del niño y sujetarlo pasando los brazos por debajo de las axilas. Se coloca la mano derecha en forma de puño con el pulgar flexionado hacia dentro, apoyándolo en la boca del estómago. Ayudándose de la mano izquierda se hacen cinco compresiones abdominales (**maniobra de Heimlich**), con un movimiento de presión fuerte y brusco dirigido hacia atrás y arriba.



Niño mayor de un año: cinco compresiones abdominales. Maniobra de Heimlich.

Fuente: Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

Después de cada ciclo (examinar la boca, cinco golpes en espalda y cinco compresiones torácicas o abdominales) se reevalúa al niño, sin tardar más de 5-10 segundos. Si sigue consciente y con tos inefectiva, se repite de nuevo este ciclo hasta que expulse el cuerpo extraño, respire mejor o pierda la conciencia.

Si el niño está inconsciente o pierde la conciencia durante las maniobras de desobstrucción, se actuará como en una parada cardiorrespiratoria.

- Hay que **pedir ayuda** rápidamente al entorno, sin abandonar al niño.
- Colocar al niño sobre una **superficie dura**. Comprobar si hay un **objeto visible** en la boca. Si es accesible, **extraerlo**.
- **Abrir la vía aérea** sujetando con una mano la frente y tirando el mentón ligeramente hacia arriba. Comprobar si respira.
- **Si respira, colocar al niño de costado**, vigilando que no deje de respirar.
- **Si no respira**: cerrar la nariz con dos dedos de la mano que se ha puesto en la frente, hacer **cinco insuflaciones** de aire dentro de su boca (si el niño es pequeño, abarcar con la boca del reanimador la nariz y boca del niño a la vez), comprobando si se mueve el tórax.
 - **Si el tórax no se mueve**: se empieza con **maniobras de resucitación**, dando 30 compresiones torácicas en el centro del tórax, justo por debajo de la línea que une los pezones, alternando con dos respiraciones boca a boca.
 - **Si el tórax se mueve**: se comprueba si hay pulso y, si no hay, continuar con masaje cardíaco y respiraciones.
- **Al minuto se llama al 112**.
- Cada dos minutos se comprueba si hay respiración y si está el objeto visible en la boca.

¿Cuándo hay que llamar a Emergencias?

- No se pasa el atragantamiento. El niño no deja de toser o dar arcadas.
- La dificultad respiratoria no mejora.
- La tos es débil o inefectiva.
- El niño se pone morado.
- El niño ha perdido el conocimiento.

Recursos

Direcciones web útiles

- Aspiración de un cuerpo extraño: <http://www.familiaysalud.es/podemos-prevenir/prevencion-de-accidentes/lesiones-infantiles-que-hacer/aspiracion-de-un-cuerpo>
- Asfixia por aspiración: http://kidshealth.org/parent/en_espanol/seguridad/choking_esp.html
- ▶ Atragantamiento: <http://enfamilia.aeped.es/prevencion/atragantamiento#video-player>

Documentos

- De la Torre Espí, M. Cómo actuar frente a un accidente infantil. Disponible en: http://www.seup.org/pdf_public/hojas_padres/prevencion.pdf
- ▶ Cómo salvar a un niño en caso de atragantamiento: http://www.youtube.com/watch?v=co_9rTsvErg
- ▶ Primeros auxilios en el atragantamiento infantil: <http://www.youtube.com/watch?v=SrSuzb9uOZY>

1. SITUACIONES DE URGENCIA

Qué es una anafilaxia y cómo actuar

¿Qué es la anafilaxia?

Es una reacción alérgica brusca y generalizada que afecta a dos o más zonas del cuerpo y se inicia rápido (5-10 minutos) después del contacto con lo que la desencadena. Puede llegar a ser muy grave y entonces se llama *shock* anafiláctico. Pueden afectarse múltiples zonas del cuerpo (bronquios, piel, laringe, nariz, ojos, aparato digestivo o cardiocirculatorio).

¿Qué hay que saber?

¿Qué síntomas produce?

Puede producir cualquiera de los siguientes síntomas:

- **Asma:** "pitos", dificultad respiratoria, opresión en el pecho, tos irritativa.
- **Espasmo de laringe:** estridor, tos perruna, afonía, dificultad para tragar o respirar.
- **Rinoconjuntivitis:** goteo nasal, estornudos, picor, obstrucción nasal, lagrimeo, ojos rojos o hinchados.
- **Urticaria:** habones o ronchas en la piel, picor intenso, inflamación en labios, ojos o cualquier zona del cuerpo (**el picor y enrojecimiento de palmas y plantas es signo de reacción grave**).
- **Síntomas digestivos:** vómitos, dolor abdominal, diarrea.
- **Shock:** hipotensión, mareo, visión borrosa, náuseas, sensación de muerte inminente, convulsiones o pérdida de conciencia.

No siempre son reacciones graves. Pero en caso de gravedad se puede producir la muerte por *shock* o por asma muy severo.

Los síntomas aparecen pronto, antes de una hora, la mayoría en minutos. A veces puede tener una recaída al cabo de 4-12 horas de haberse recuperado, y puede ser tan grave como la primera.

Recuerden los síntomas:

- Asma.
- Rinitis.
- Conjuntivitis.
- Urticaria.
- Edema de glotis.
- Dolor abdominal y/o vómitos.
- *Shock* anafiláctico.

¿Por qué se puede producir?

Por cualquier cosa. Los más frecuentes en niños son los alimentos (sobre todo leche de vaca, huevo, frutos secos, pescados y mariscos). En segundo lugar los medicamentos (antibióticos, anestésicos generales, vacunas) y picaduras de abeja o avispa.

Un caso especial es la **anafilaxia a alimentos desencadenada por ejercicio**. Cuando coincide que el niño toma el alimento y luego hace ejercicio aparece la reacción, mientras que si van por separado el alimento y el ejercicio tolera bien ambos.

¿Cómo prevenir estas reacciones en la guardería?

- Se debe conocer qué niños son alérgicos y a qué se debe la alergia de cada uno de ellos. Se debe saber dónde se encuentra la sustancia responsable y cómo evitarla.
- Deben conocer los síntomas que pueden tener, y saber cómo y cuándo usar la medicación.
- Se recomienda que el niño lleve una pulsera o medalla que informe de su problema.
- Recordar que las reacciones por alimentos ocurren no solo al comerlos sino también cuando se tocan estos o los cubiertos, platos, cazuelas, sartenes, etc., donde han estado. A veces incluso con el olor o vapor es suficiente. Se debe evitar la "contaminación" de otros alimentos en su preparación.
- Lavado frecuente de manos entre la preparación de alimentos distintos. Se servirán primero los platos del niño alérgico.
- Hay que evitar el contacto del niño con sus alérgenos (alimentos, látex, plantas...) en cualquier zona de la guardería (patio, aulas, comedor, etc.) y también en actividades extraescolares.
- Evitar intercambio de alimentos entre los niños.
- En el caso de asma, tener cuidado con el asma de esfuerzo durante el ejercicio.
- Conocer los listados sobre los materiales escolares que contienen alérgenos validados por sociedades científicas especializadas.

Alergia a látex. Peligro con:

- Globos.
- Material de psicomotricidad.
- Tiza.
- Plastilina.
- Pintura.
- Chupetes.
- Adhesivos.
- Guantes de látex.
- Cremas (pegamento, celo...).
- Jabones.
- Tijeras.
- Gomas de borrar, de pelo, elásticas.
- Balones.
- Colchonetas elásticas.

¿Cómo actuar si ocurre una reacción en la guardería?

Se debe tratar, **en los casos leves**, el síntoma que presenta el niño:

- Asma: broncodilatadores inhalados (Ventolin o similar pautado por su pediatra).
- Urticaria, picor o hinchazón: antihistamínicos (como por ejemplo Atarax).
- Rinoconjuntivitis: antihistamínicos.
- Síntomas abdominales: soluciones de rehidratación.

Se debe vigilar si empeora. Si lo hace o desde el principio el niño está **muy afectado** hay que administrar **adrenalina intramuscular** (ver Anexo 1). Se puede repetir las veces que hagan falta hasta que el niño esté bien. Sus efectos son pasajeros, por lo que el niño puede volver a recaer. Por ello hay que llamar rápidamente al Servicio de Urgencias de su comunidad.

Se puede también inyectar corticoides (Urbason, Actocortina) para evitar recaídas en las primeras horas, pero no sustituyen a la adrenalina.

No dejar nunca solo al niño.

Actuación ante la anafilaxia

Reconocer síntomas de gravedad: rápida progresión de los síntomas, dificultad respiratoria, color azulado de los labios, "pitos" o sibilancias, edema laríngeo (afonía, salivación o babeo, estridor) vómitos persistentes, mareo, síncope, confusión, somnolencia, coma

Valorar:

- A. Permeabilidad vía aérea
- B. Respiración, consciencia
- C. Estado cardiocirculatorio

Solicitar ayuda a **Emergencias (112)**

Eliminar exposición al alérgeno (medicamento, alimentos, aguijón/picaduras)
Posición acostado boca arriba con los pies en alto o de lado si está inconsciente. No dejar solo al niño
No retrasar la medicación de urgencia mientras llega asistencia médica
Si no hay ayuda especializada cercana, debe trasladarse al centro sanitario más cercano sin tardar
Si el alérgeno ha sido inyectado en un brazo (inyección, picadura de abeja...), puede realizarse un torniquete. Debe aflojarse cada 5 minutos

Otros medicamentos:

Salbutamol inhalado si broncoespasmo via inhalada (4 inhalaciones cada 10 minutos)
Dexclorfeniramina (Polaramine®) si síntomas cutáneos 5-10 mg/8 h, o **Hidroxicina (Atarax®)** 2 mg/kg/día repartido cada 6-8 horas (las dosis de la ficha del alumno)
Corticoides IV: hidrocortisona 250 mg/6 h o metilprednisolona 1-2 mg/kg intravenosa

Adrenalina intramuscular (autoinyectable)
Jext® de 150 mcg y 300 mcg
Altellus® de 0,15 mg y 0,30 mg
0,15 mg en 10 a 25 kg
0,3 mg en mayores de 25 kg
Administración: cara anterolateral del muslo

Si no hay mejoría en 5-15 minutos: repetir dosis de adrenalina intramuscular

Avisar a familiares

En caso de **parada cardiorrespiratoria** iniciar **maniobras reanimación cardiopulmonar**
Ver tema correspondiente

¿Qué papel tiene el personal de la guardería?

- Disponer de una ficha por cada alumno alérgico con todos aquellos datos de interés sobre los alérgenos que le dan problemas y sobre la medicación a administrar en caso de urgencia.
- Obtener una copia del informe del especialista médico sobre la enfermedad del niño, la forma de prevenir y tratar sus síntomas si hay una reacción grave.
- Mantener contacto estrecho con los padres del niño para compartir información sobre cualquier incidencia.
- Asegurarse de disponer de medicación no caducada para caso de urgencia en el botiquín escolar. Debe ser fácilmente accesible por el personal y estar en lugar seguro. Cuando el niño sea lo suficientemente mayor y responsable, debe llevarla encima.
- Solicitar a los padres la medicación necesaria que el niño pueda necesitar.
- Realizar actividades en el aula con el fin de conseguir la colaboración y solidaridad de los otros compañeros (informarles de que es la anafilaxia, no intercambiar alimentos...). Algunas páginas web con recursos e información sobre alergia para niños son <http://www.alergiainfantillafe.org/index.asp> (dirigido básicamente a adultos, pero con recetas y algún juego para niños) y <http://www.aaaai.org/spanish-materials.aspx> (cuentos, sopas de letras, dibujos para colorear).
- Es buena idea tener un recipiente con el nombre y foto del niño, con las instrucciones de actuación y uno, o mejor dos, dispositivos de adrenalina autoinyectable.
- Asegurarse de que en cualquier actividad fuera de la guardería se lleva la medicación necesaria.
- Asegurarse de que al niño de riesgo lo conozca todo el personal de la guardería, incluido el temporal. Todo el personal del centro debe estar involucrado (profesores, monitores, cocineros, enfermería...).
- Debe haber varias personas que sepan cómo actuar ante una reacción.
- Solicitar y obtener la formación específica de estas personas por personal sanitario adecuado.
- Conocer dónde llamar para solicitar atención médica urgente y para avisar a los padres o tutores.
- Administrar la medicación de urgencia, siguiendo las instrucciones escritas, en los casos en los que no pueden permitirse retrasos.
- Tener en cuenta que en ocasiones las faltas a clase pueden deberse a sus problemas de salud. Facilitarles las tareas escolares en su domicilio.
- Intentar que el niño alérgico pueda realizar las mismas actividades que los demás.
- Vigilar que no haya intercambios de comida en las horas del patio o actividades fuera del aula.

El personal de la guardería debe tener inmunidad frente a acusaciones judiciales por las consecuencias de administrar la medicación de urgencia o rescate.

¡Administrar la medicación puede salvar una vida!

Recursos

Bibliografía

- Anafilaxia. En: Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica [en línea]. Disponible en: <http://www.seicap.es/anafilaxia.asp>
- Guía informativa: alergia a alimentos y/o al látex en los centros educativos. Escolarización segura. En: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte [en línea]. Disponible en: <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/detalle.action?cod=16159>
- La atención al niño alérgico en la escuela: Grupo de Trabajo EAACI/GAZLEN sobre el niño alérgico en la escuela. En: Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica [en línea]. Disponible en: http://www.seicap.es/documentos/archivos/47Z_allergymurarioschooltraduccion.pdf

Documentos

- Hojas de recomendaciones: normas de evitación de alérgenos, dietas para alergias alimentarias, instrucciones para administración de medicamentos, plan de actuación en anafilaxia. Disponibles en: <http://www.seicap.es/ver-informe.asp?sec=45&msg=1121&s1=>
- Normas de uso de adrenalina. Disponibles en: http://www.seicap.es/documentos/archivos/wseicapadrenalina_sep2012.pdf, http://www.meda.es/descargas/diptico_pacientes_altellus.pdf
- Protocolos de actuación en reacciones graves y autorización paterna: plan de actuación y protocolo de actuación ante una reacción alérgica en la escuela. Disponibles en: http://www.seicap.es/documentos/archivos/F1B_wseicapplanafilaxiadic2012.pdf, http://www.seicap.es/documentos/archivos/Z3F_protocoloaepnaaseaicseicapdos.pdf
- ▶ Vídeos explicativos sobre reacciones alérgicas: http://www3.gobiernodecanarias.org/medusa/mediateca/publicaciones/?attachment_id=31

Ficha de alumno alérgico

NOMBRE Y APELLIDOS:

AULA:

PROFESOR RESPONSABLE:

TELÉFONOS DE CONTACTO:

MADRE:

TELÉFONO CASA:

TELÉFONO MÓVIL:

TELÉFONO TRABAJO:

PADRE:

TELÉFONO CASA:

TELÉFONO MÓVIL:

TELÉFONO TRABAJO:

ALERGIAS QUE PADECE: (adjuntar informe médico especialista)

.....
.....
.....

RECOMENDACIONES PARA EVITAR REACCIONES (medicamentos, alimentos o materiales que debe evitar):

.....
.....
.....
.....
.....

LISTADO DE MATERIALES O ALIMENTOS ALTERNATIVOS:

.....
.....

ADJUNTAR PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIÓN DE EMERGENCIA Y AUTORIZACIÓN FIRMADA POR LOS FAMILIARES.

FOTO
DEL ALUMNO



Protocolo de Actuación ante una reacción alérgica grave en la escuela (SEICAP, AEP Y SECAIP)



www.aepnaa.org



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA REACCIÓN ALÉRGICA EN LA ESCUELA






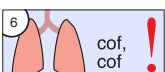
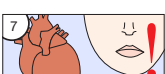
Alumno:	Padre/Representante:
Peso : Edad:	Teléfono(s) de aviso:
Tutor(a) / Profesor(a):	Lugar de la medicación:
Curso:	



Alérgico/a a:

Asmático No Sí ! Riesgo mayor para reacciones graves.

PASO 1: EVALUAR Y TRATAR (1)

1		Picazón en boca, leve sarpullido alrededor de la boca o labios, boca hinchada	ADMINISTRAR A rellenar Alergólogo/Pediatra
2		Urticaria, ronchas, sarpullido, picor o hinchazón de extremidades u otra zona del cuerpo	
3		Naúseas, dolores abdominales, diarreas, vómitos.	
4		Picor de ojos, ojos rojos, lagrimeo, picor nasal, estornudos de repetición, moqueo abundante	
5		Garganta cerrada, ronquera, tos repetitiva, lengua/párpados/labios/orejas hinchados	ADRENALINA AUTOINYECTABLE 0,15/0,30
6		Respiración entrecortada, tos repetitiva, tos seca, agotamiento, labios o piel azulada.	ADRENALINA AUTOINYECTABLE 0,15/0,30
7		Pulso débil, presión arterial baja, desvanecimiento, palidez, labios o piel azulada	ADRENALINA AUTOINYECTABLE 0,15/0,30

- 1) Ante reacciones rápidamente progresivas, aunque los síntomas presentes no sean graves (los recogidos en las viñetas 1 a 4) se recomienda administrar adrenalina (ADRENALINA AUTOINYECTABLE 0,15/0,30) precozmente para evitar la progresión a una reacción grave (síntomas recogidos en las viñetas 5, 6 y 7).
- 2) En niños con síntomas recogidos en la viñeta 7 (afectación cardiovascular) es conveniente mantenerlos tumbados boca arriba y con los pies en alto.
- 3) Después de administrar la medicación SIEMPRE se debe llevar al niño a una instalación médica

PASO 2: AVISAR

LLAMADA DE EMERGENCIA

1. NO DEJAR NUNCA AL NIÑO SOLO
2. Llame a urgencias (Telf.: _____) y comunique que es una reacción alérgica.
3. Aun cuando el padre/representante legal no pueda ser contactado, no dude en medicar y llevar al niño a una instalación médica. 1/2



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA REACCIÓN ALÉRGICA EN LA ESCUELA

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE ALÉRGICOS A ALIMENTOS Y LÁTEX
www.aepnaa.org

AUTORIZACIÓN

El Dr. _____
colegiado nº _____ por el Colegio de Médicos de _____ como
alergólogo/pediatra he revisado el protocolo y prescrito la medicación específica de actuación.

Fecha y firma

Yo, _____
como padre/madre/tutor legal, autorizo la administración de los medicamentos que constan en esta ficha a
mi hijo/a _____
el seguimiento de este protocolo.

Fecha y firma

"De conformidad con el artículo 195 del código Penal, se establece como delito el incumplimiento de la obligación de todas las personas de socorrer a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiese hacerlo sin riesgo propio ni de terceros. Igualmente, el artículo 20 del Código Penal indica que están exentos de responsabilidad criminal los que obren en cumplimiento de un deber.

Debiendo indicarse que no existirá responsabilidad de cualquier género si en el uso del deber de socorrer, se produce alguna aplicación incorrecta del medicamento de rescate (adrenalina intramuscular) con el fin de salvar la vida del alérgico."

2/2

Disponible en: <http://www.aepnaa.org/publicaciones/ver-protocolo-de-actuacion-ante-una-reaccion-alergica-en-la-escuela-6>



AEPAP

EDUCACIÓN PARA LA SALUD
MANEJO PRÁCTICO DE LOS PROBLEMAS PEDIÁTRICOS MÁS FRECUENTES EN LA ESCUELA Y GUARDERÍA.
CONSEJOS PARA PROFESORADO Y CUIDADORES ESCOLARES

Normas utilización de la adrenalina (SEICAP)

www.seicap.es



Uso de adrenalina autoinyectable Altellus® o Jext®

- 1- Agarrar la adrenalina como un puñal, con la mano dominante.
- 2 - Quitar la tapa de la parte posterior más ancha (color azul en Altellus nuevo; gris en Altellus antiguo; amarilla en Jext)
- 3- Apoyar la parte estrecha (color negro en Altellus antiguo y en Jext; naranja en Altellus nuevo) en el muslo, donde tenga más masa muscular (incluso a través de la ropa)
- 4- Hacer presión hacia abajo hasta oír un ruido (clic)
(También se puede clavar como si fuera un puñal)
- 5- Mantener unos 10 segundos, retirar y dar masaje en la zona durante 10 segundos

Altellus nuevo



Altellus antiguo



Jext



Puede ver los videos de demostración en:

Altellus : <http://www.youtube.com/watch?v=iRuA9xeFdRg&feature=related>

Altellus nuevo: http://www.meda.es/index.php?fk_value=167

Jext: <http://www.jext.co.uk/jext-video-demonstrations.aspx>

Disponible en: http://www.seicap.es/documentos/archivos/wseicapadrenalina_sep2012.pdf

Anexo 1. Medicamentos disponibles

La dosis la deben indicar los documentos de los padres

Adrenalina intramuscular autoinyectable:

- Jext® de 150 mcg y 300 mcg.
- Altellus® de 0,15 mg y 0,30 mg.

Antihistamínicos:

- Atarax jarabe 10 mg/5 ml.
- Atarax comprimidos 25 mg.
- Polaramine jarabe 2 mg/5 ml.
- Polaramine comprimidos 2 mg.

Corticoides:

- Urbason intramuscular (metilprednisolona): 8, 20 y 40 mg.
- Actocortina intramuscular (hidrocortisona): 100 mg.

Broncodilatadores:

- Salbutamol inhalador (varias marcas).
- Terbasmin inhalador o Turbuhaler (terbutalina).

1. SITUACIONES DE URGENCIA

Cómo actuar ante un espasmo del sollozo

¿Qué es un espasmo del sollozo?

Son episodios desencadenados por un enfado, una regañina, un susto o una emoción importante, en los que el niño deja de respirar bruscamente, **se priva**.

Ocurren en un 5% de los niños sanos. Suelen ocurrir **entre los seis meses y los cinco años** de edad, existiendo un pico de mayor frecuencia alrededor de los dos años de vida. En un 35% de casos los padres presentaron en su infancia el mismo cuadro.

¿Cómo se producen?

Tras una caída, un golpe, una reprimenda, una rabieta, el niño llora o intenta llorar. Después inicia una espiración forzada que se sigue de una pausa de apnea (deja de respirar); de forma rápida empieza a ponerse morado (cianosis). En ocasiones puede sufrir unas sacudidas, como convulsiones. Finalmente el niño rompe a llorar o en algunos casos puede perder la consciencia de forma muy breve.

Este es el **espasmo del sollozo cianótico**.

Existe otro tipo de espasmo, que se da con menor frecuencia, el **espasmo del sollozo pálido**. Estos suelen ocurrir tras un episodio doloroso o un susto o sobresalto. En este caso el niño pierde rápidamente la consciencia, está pálido e hipotónico ("blando").

¿Qué podemos hacer?

En primer lugar y en la medida de lo posible, **mantener la calma**.

Los espasmos del sollozo se resuelven en pocos segundos sin ninguna repercusión para el niño.

Es importante no zarandear ni gritar ni golpear al niño para intentar que el espasmo ceda. Lo único que podemos conseguir es hacerle daño. Tampoco es necesario realizar maniobras de reanimación.

Por lo aparatoso del cuadro, es muy difícil estarse quieto, pero es importante saber que va a resolverse solo.

¿Cuándo nos preocuparemos?

- Si el espasmo ocurre en niños menores de seis meses.
- Si tarda en recuperarse más de cinco minutos.
- Si tras el episodio no está completamente normal.
- Si el espasmo no ha sido causado por una rabieta, golpe, sobresalto etc.

¿Qué consecuencias tienen?

Ninguna. Estamos ante un cuadro benigno que no causa daños ni a corto ni a largo plazo. Los niños que sufren espasmos del sollozo no tienen mayor riesgo de desarrollar epilepsia.

¿Cómo se previenen?

No se pueden prevenir.

Tienen un origen involuntario, aunque puede ocurrir que el niño aprenda a utilizarlos si así obtiene recompensas. Hay que sospecharlo si los episodios son muy frecuentes.

Dado que algunos espasmos tienen como causa una reprimenda, hay padres que intentan evitarlos no regañando a sus hijos. Es importante, a pesar de lo angustioso del cuadro, continuar corrigiendo su comportamiento y no ceder ante las rabietas.

Recursos

- ▶ *Breath holding spells*. Vídeo que muestra un niño que sufre un espasmo del sollozo y la actuación de su cuidadora: <http://youtu.be/15RX2azZwX8>
- Mi hijo se encana, doctor (espasmos del sollozo): <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/cerebro-y-sistema-nervioso/sintomas-neurologicos/mi-hijo-se-encana-doctor>
- Espasmos del sollozo: http://www.seup.org/pdf_public/hojas_padres/espasmos.pdf

1. SITUACIONES DE URGENCIA

Cómo actuar ante un dolor abdominal

¿Qué es el dolor abdominal?

Es un malestar, molestia o dolor en la zona comprendida entre las últimas costillas y el pubis.

Es muy frecuente y suele estar relacionado con muchos procesos casi siempre benignos (estreñimiento, gases, gastroenteritis...).

Algunas enfermedades no localizadas en el abdomen también pueden provocar dolor abdominal (anginas, catarro de vías altas, neumonía, otitis...)

Hay que guiarse por lo que el niño cuenta (cuando sabe hacerlo), por sus quejas y por otros síntomas (vómitos, diarrea, fiebre). A veces la única manifestación es el llanto.

¿Qué hay que saber?

Ante un niño con dolor abdominal, son importantes los siguientes datos:

- Edad.
- Tiempo de evolución: unas horas, unos días o unas semanas.
- Temperatura: normal, con fiebre elevada o con febrícula.
- Vómitos: presencia o ausencia, duración, contenido.
- Deposiciones: duras como bolitas, blandas o líquidas.
- Estado general (si está contento, algo decaído o postrado).
- Golpes o caídas recientes sobre el abdomen.
- Características del dolor: intensidad (cada vez le duele más); si es constante o intermitente.

¿Cómo actuar?

- Intente valorar la intensidad del dolor. Observe si juega, si el dolor desaparece al dormir, le despierta cuando está dormido o le obliga a estar quieto.
- Tenga en cuenta cuándo ha defecado la última vez y cómo eran las deposiciones.
- En principio mantenga una dieta normal, sin forzarle a comer.
- Observe si se asocian otros síntomas: vómitos, fiebre, alteración del color de la orina o de las heces.
- Buscar un lugar adecuado y colocarle en una postura más cómoda.
- Se le puede aliviar con masajes o paños calientes.
- No se deben dar medicamentos antiespasmódicos o analgésicos.

¿Qué hallazgos nos pueden indicar que el dolor abdominal es importante y hay que avisar a los padres?

- Si tiene aspecto de estar enfermo: está pálido, se mueve poco, el llanto es débil o se queja. Puede estar frío o sudoroso.
- Ha sufrido un golpe fuerte sobre el abdomen.
- Se acompaña de vómitos repetidos.
- Se acompaña de somnolencia o irritabilidad severas.
- Llanto intenso no consolable.
- Hay sangre en las heces (este dato tiene menos valor cuando el niño tiene diarrea).

Son signos de invaginación intestinal: episodios de dolor abdominal (o llanto intenso) acompañados de sudoración o palidez, con intervalos de tranquilidad o adormecimiento de 15 o 20 minutos. Pueden aparecer vómitos y heces gelatinosas sangui-nolentas.

Recursos

- Hernández Encinas MA. Dolor abdominal en la infancia, información para padres. En: Familia y Salud [en línea] [consultado el 07/07/2015]. Disponible en: <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/aparato-digestivo/sintomas-digestivos/dolor-abdominal-en-la-infancia>

1. SITUACIONES DE URGENCIA

Cómo actuar cuando un niño convulsiona

¿Qué es una crisis convulsiva?

Es una contracción involuntaria y patológica de los músculos, manifestada por movimientos irregulares localizados en un grupo muscular, en varios o bien en todo el cuerpo. Suelen iniciarse de forma súbita y duran poco tiempo.

¿Qué hay que saber?

¿Por qué se produce?

Las convulsiones pueden ocurrir por múltiples causas. Hay crisis provocadas por: fiebre alta (suelen darse en niños pequeños), bajada de glucosa en diabéticos, meningitis, golpes fuertes en la cabeza, drogas, intoxicaciones, epilepsias, etc.

¿Qué síntomas produce?

- Movimientos involuntarios y rigidez corporal, que a veces van precedidos de cambios de humor, dolor de cabeza, irritabilidad y mirada fija.
- Desvanecimiento súbito, sin causa aparente.
- Pérdida de control de esfínteres.
- Salivación excesiva.
- Sudoración, náuseas, palidez.
- Fiebre (en el caso de convulsiones febriles).
- Los músculos se quedan flácidos o rígidos.
- Pérdida de consciencia.
- Pérdida de memoria transitoria.

¿Cómo actuar ante una crisis convulsiva?

Durante la crisis:

- Tumbarse a la víctima (si es posible ponerlo de lado).
- Evitar que pueda hacerse daño.
- Crear un ambiente tranquilo.
- Comprobar que el niño puede respirar bien, sin atragantarse. No es necesario introducir ningún objeto en la boca que le pueda hacer daño. **¡No se tragan la lengua!**
- Aflojarle la ropa.

- Si lleva algún objeto en el cuello que pueda comprimirle, quitárselo.
- En caso de que tenga fiebre, intentar bajarla quitándole la ropa.
- **Si dura más de 10 minutos o es la primera vez que ocurre, es conveniente llamar al teléfono de emergencias 112 y buscar ayuda médica.**
- Si no es la primera vez que le ocurre y su pediatra se lo ha aconsejado, administrarle medicación. Los niños que tienen convulsiones pueden tener prescrito diazepam por vía rectal o midazolam por vía oral.
- Esperar que acabe la crisis. Debemos **mirar cuanto tiempo dura la convulsión** (con un reloj).
- Es importante no dejar al niño solo.

Una vez pasada la crisis:

- Valorar el estado de consciencia de la víctima.
- Colocarla en posición lateral de seguridad (**ver Anexo 1**).
- Asegurarle la vía aérea y tranquilizarla.
- Avisar a la familia si tiene antecedentes.
- Avisar al 112 si no tiene antecedentes

Una sola crisis no es epilepsia. En la epilepsia las convulsiones se dan más de una vez y se deben a una afección del cerebro.

Información para la guardería

- En el caso de niños con crisis convulsivas conocidas, la guardería debe disponer de una ficha con información sobre la patología que padece el alumno. Esta ficha es confidencial.
- El equipo directivo de la guardería es el responsable de la ficha. El tutor debe tener una copia de esta (Anexo 2).
- Se debe solicitar a la familia un informe con las pautas a seguir y el tratamiento a utilizar en cada caso.
- Si el alumno presenta síntomas de una enfermedad, el personal que trabaja en el centro tiene el deber de socorrerlo (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal).

Recursos

- Sobre convulsión febril: <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/cerebro-y-sistema-nervioso/sintomas-neurologicos/convulsion-febril>
- Sobre la actuación en un ataque epiléptico: <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/cerebro-y-sistema-nervioso/sintomas-neurologicos/convulsion-febril>

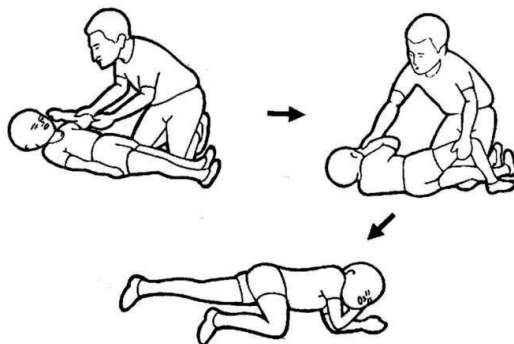
- Sobre epilepsia en general: <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/cerebro-y-sistema-nervioso/sintomas-neurologicos/conoce-la-epilepsia> y <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/cerebro-y-sistema-nervioso/sintomas-neurologicos/dudas-frecuentes-de-los>
- Fundación para la epilepsia: <http://www.epilepsyfoundation.org/resources/upload/efa345sp.pdf>. Esta página, traducida al español de www.epilepsyfoundation.org, contiene múltiples enlaces y materiales de ayuda para los padres, cuidadores y niños con epilepsia. Hay que destacar: preguntas frecuentes y sus respuestas y materiales educativos (varios libros sobre temas diversos: *La epilepsia y los niños*, *Los ataques y la seguridad*, *La epilepsia en los niños: el papel del maestro*, *Primeros auxilios en crisis epilépticas*, etc.).

Más información:

- Primeros auxilios básicos para la asistencia a las urgencias más frecuentes del gobierno de Canarias: http://www.gobiernodecanarias.org/educacion/5/DGOIE/PublicaCE/docsup/Principales_auxilios_basicos.pdf
- ▶ Posición lateral de seguridad. Vídeo educativo del Gobierno de Canarias: <https://www.youtube.com/watch?v=xpoPin4bS7U>

Anexo 1. Posición lateral de seguridad

1. Colocar a la víctima boca arriba y totalmente estirada.
2. Situarse a su derecha.
3. Estirarle el brazo derecho.
4. Flexionar el brazo izquierdo sobre su cuerpo.
5. Flexionar la pierna izquierda.
6. Girar el cuerpo haciéndolo rodar hacia su derecha hasta que quede de lado.
7. Colocarle la mano izquierda debajo de la mejilla derecha.
8. La cabeza debe estar girada hacia un lado para evitar atragantamientos.
9. La persona que socorre ha de estar a la derecha y estirar a la víctima hacia ella.
10. La postura ha de ser estable. Debe permitir que la respiración sea correcta y que de forma periódica pueda comprobarse la respiración.



Fuente: Doyma.es.

Anexo 2. Ficha del alumno

NOMBRE DEL ALUMNO:

FOTO
DEL ALUMNO

CURSO:

PROFESOR O TUTOR:

NOMBRE DE LA MADRE:

- Teléfono de casa:
- Teléfono móvil:
- Teléfono del trabajo:

NOMBRE DEL PADRE:

- Teléfono de casa:
- Teléfono móvil:
- Teléfono del trabajo:

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

OTROS TELÉFONOS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (llamar solo cuando no se pueda localizar a los padres)

TELÉFONO DE EMERGENCIAS O DEL CENTRO DE SALUD

MEDICACIÓN Y CONSEJOS A UTILIZAR EN CASO DE EMERGENCIA

- Dosis de si tiene CONVULSIÓN por VÍA :

.....

.....

.....



Anexo 3. Autorización para la administración de medicación durante la crisis

NOMBRE DEL NIÑO:



FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR:

Yo, (padre o tutor), con DNI autorizo al personal de la guardería (profesor o cuidador), a administrar en caso de emergencia una CÁNULA RECTAL DE ESTESOLID DE MG, a mi hijo (nombre del niño).

La técnica de administración y cuándo se le debe administrar se les ha explicado previamente y se les ha facilitado por escrito un plan de actuación que deben seguir en caso de presentar una CONVULSIÓN. La dosis a administrar es de: de la CÁNULA.

En caso de estar ausente el responsable del aula o profesor de mi hijo, podrá administrar esta medicación otra persona de los profesionales del centro, debidamente informada, liberando de toda responsabilidad a la persona que la administre, en el caso muy improbable de que aparezca alguna complicación relacionada con la administración.

Después de su administración deberá llamar al número (teléfono familiar) y al teléfono de emergencias n.º

Atentamente,

Firmado: (nombre del padre o tutor)

Firmado: (firma del representante del centro educativo)

Fecha:

2. ACCIDENTES

Cómo actuar ante una sospecha de fractura o lesión importante después de una caída

¿Qué es?

La **fractura** es la rotura de un hueso. Son muy frecuentes en la niñez y las caídas suelen ser la causa más frecuente.

El **esguince** ocurre cuando los ligamentos se han estirado demasiado o están parcialmente desgarrados. Los ligamentos son las conexiones que mantienen los huesos juntos.

¿Qué hay que saber?

Debe **sospechar que el niño ha sufrido una fractura** si ha sentido o escuchado el ruido de un hueso como si se quebrara. También si tiene dificultades al mover la parte donde se ha golpeado o bien la mueve de forma poco natural o le duele mucho al tocarse. En los niños muy pequeños a veces es difícil sospechar una fractura porque no saben describir lo que sienten.

Debe **sospechar un esguince** si ha visto una torcedura y el niño refiere dolor o aparece hinchazón sobre el área lesionada.

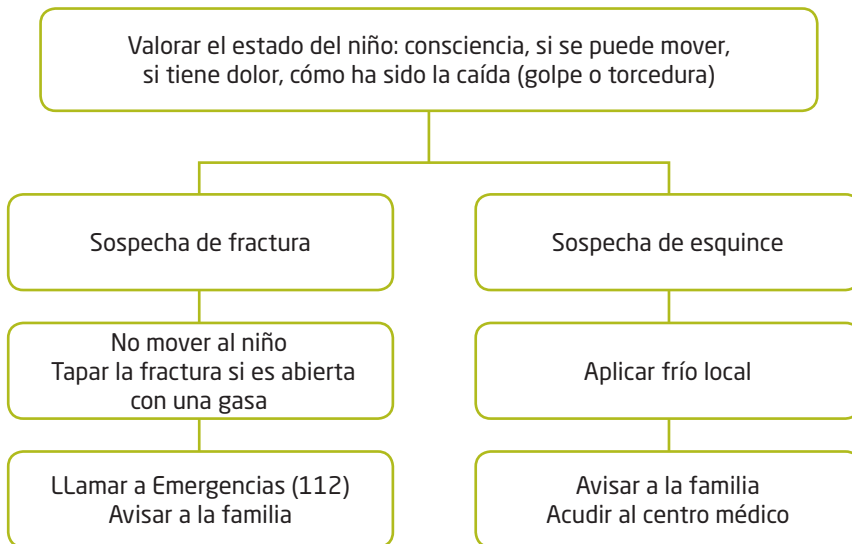
¿Cómo actuar?

- La ruptura de un hueso requiere cuidado médico de emergencia.
- Si se sospecha la fractura de un hueso y la herida está localizada en la espalda o en el cuello no se debe mover el cuerpo del niño salvo que corra peligro.
- Se debe solicitar ayuda médica por teléfono.
- Si el niño tiene una herida por donde puede verse el hueso sobresalir y existe sangrado se debe aplicar presión con una compresa de gasa. No intente empujar hacia adentro la parte del hueso que puede estar visible. Si no sangra, coloque una bolsa de hielo cubierta con una gasa sobre el área lesionada.
- Mantenga al niño tumbado hasta que llegue la ayuda médica.
- Si se sospecha un esguince debe aplicar una bolsa de hielo cubierta con una gasa sobre el área lesionada. No aplique calor porque incrementa el dolor y la hinchazón
- Después avise a la familia para que el niño reciba una evaluación médica.

Pilares del tratamiento inicial de un esguince



Protocolo de actuación ante una caída con fractura o esguince



Recursos

- Fracturas, esguinces y torceduras: http://kidshealth.org/PageManager.jsp?dn=hsjdbcn&lic=194&cat_id=20255&article_set=47411&ps=104
- Niños y huesos rotos: <http://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/injuries-emergencies/Paginas/Children-And-Broken-Bones.aspx>
- Sobre el esguince de tobillo: <http://www.familiaysalud.es/enfermedades/aparato-locomotor/extremidades/esguince-de-tobillo>

2. ACCIDENTES

Cómo actuar ante una herida que sangra

¿Qué son las heridas?

Las heridas son lesiones que se producen en los tejidos blandos del cuerpo. Son más frecuentes en la piel y en las mucosas ya que son más accesibles desde el exterior.

Si se produce una pérdida de sangre a consecuencia de la herida hablamos de **hemorragia**. Esta es externa si la sangre es visible e interna si no lo es.

¿Qué hay que saber?

¿Por qué se producen?

Las heridas se producen a consecuencia de un golpe o un corte. Según la causa que las provoque, las heridas pueden clasificarse en:

- **Excoriación:** arañazo más o menos amplio.
- **Heridas contusas:** se rompe la piel por un golpe o traumatismo (caídas más fuertes, mordeduras).
- **Heridas incisas:** producidas por un objeto cortante.
- **Heridas muy pequeñas en superficie pero penetrantes:** por agujas, anzuelos...

¿Cuáles son los síntomas?

- Dolor.
- Pérdida de sensibilidad (a veces).
- Sangrado, que puede ser más o menos intenso.

Las heridas pueden sangrar de varias formas:

- **En sábana:** la piel sangra por toda la superficie de forma no intensa (por ejemplo, en las excoriaciones). Es la más común y la menos grave.
- **Sangrado venoso:** en la herida hay uno o varios puntos que sangran de forma insistente, pero sin presión.
- **Sangrado arterial:** en la herida hay algún punto que suelta chorritos rítmicos de sangre. Es **la más grave y se debe tratar rápidamente**.

¿Cuándo sospecharemos que la herida es importante?:

- Son muy grandes y/o muy profundas.
- Sangran mucho o a chorritos o borbotones.
- Son punzantes y no conocemos su profundidad.
- Las mordeduras (incluida la humana).
- Son más que un arañazo y afectan a cara, ojos, boca, nariz, manos, dedos, genitales.
- Tienen tierra, ropa o cuerpos extraños dentro que no podamos quitar.
- Se han producido en un entorno de mucha energía (caída de altura superior a 1,5 metros, explosiones, aplastamiento, pérdida de conciencia...).

¿Cómo actuar ante una herida?

- Lavado de las manos y usar guantes desechables, a ser posible de látex.
- Limpiar la herida desde el centro hacia el exterior con una gasa estéril. Usar **agua y jabón** o suero fisiológico.
- Valorar si hay que poner un antiséptico, como por ejemplo clorhexidina. No se aconseja el uso de povidona yodada (Betadine), agua oxigenada, alcohol o derivados mercuriales (Mercromina).
- En el caso de que haya cuerpos extraños visibles se extraerán echando agua abundante. Si su extracción resulta dificultosa, no se debe manipular para sacarlos.
- Proteger la herida con un apósito, tirta o un vendaje. Evitar utilizar algodón ya que se pega a la herida.
- Si sigue sangrando, de forma poco importante, presionar la herida. Si la herida es en una extremidad, elevarla. Mantener la presión y la elevación durante unos diez minutos (es el tiempo en el que se produce la coagulación).

Si la herida es penetrante:

- Taparla con un apósito.
- Colocar al niño semisentado.
- Si la herida es en el abdomen, lo tumbaremos en el suelo con las piernas ligeramente flexionadas.
- **Si la herida ha sido producida por un objeto punzante, no lo sacaremos.**
- Es importante no dejar solo al niño.

Es importante lavarse las manos antes y después de curar una herida o mejor usar guantes desechables

¿Y si la herida es importante?

- Valorar el estado general del niño.
- Prevenir el *shock*: abrigar, sobre todo si sangra.
- Controlar la hemorragia presionando el punto de sangrado para evitar mayor pérdida de sangre.
- No extraer los cuerpos extraños, incluido el objeto causante (ya sea cuchillo, madera, esquirla metálica...) si están muy enclavados, por riesgo de que sangre más.
- No poner antisépticos ni pomadas.
- Cubrir la herida con un apósito estéril sin que haga presión salvo si hay mucho sangrado.
- Ir al hospital más cercano o llamar al 112.
- La mayoría de heridas importantes se tratan con suturas. Se trata de una forma de cerrar artificialmente la piel mientras esta se repara por sí sola. Es lo que se llama cicatrización.

Si hay amputación de un miembro:

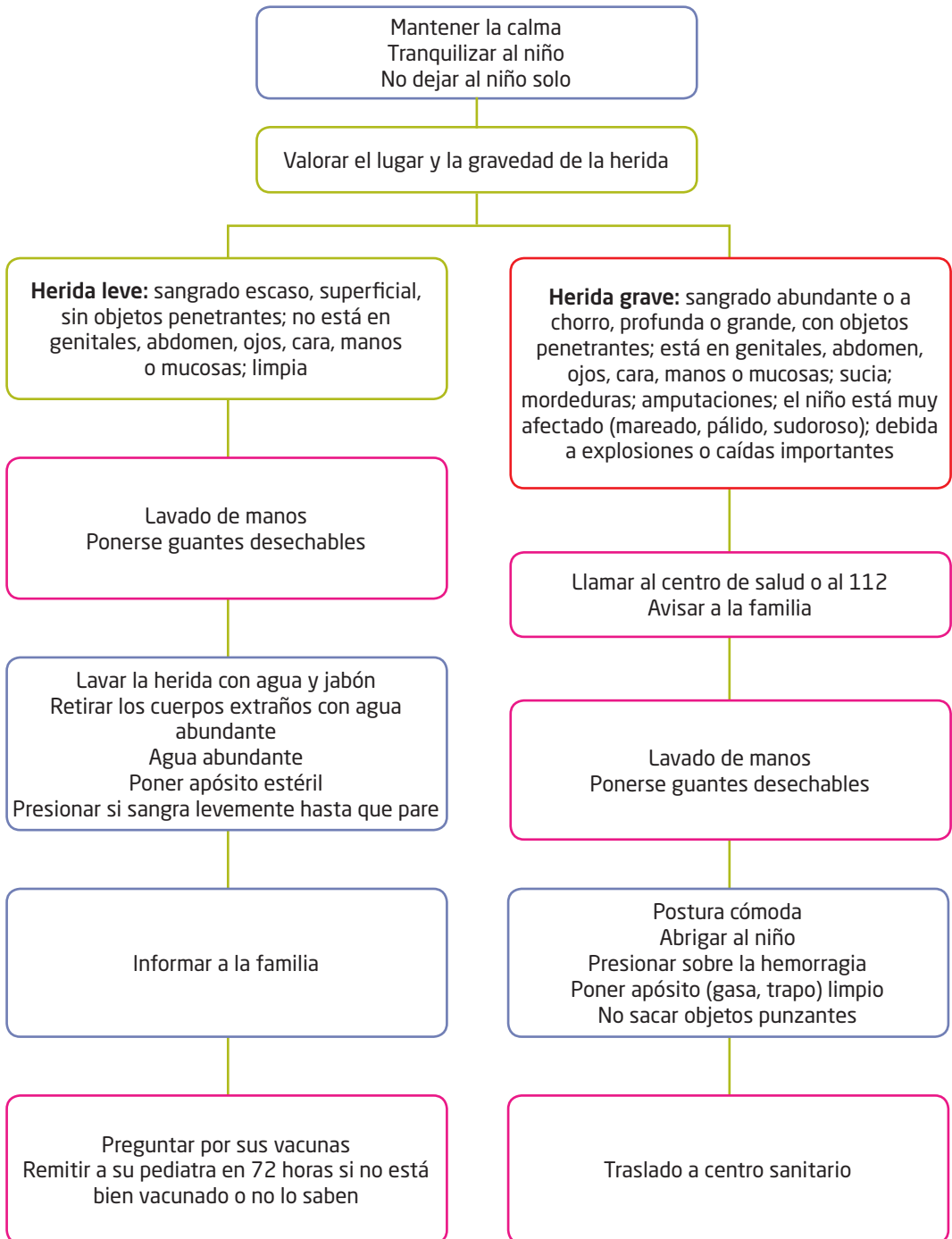
- Cubrir la zona amputada con una gasa estéril húmeda o con un trapo o paño húmedo pero bien limpio.
- El miembro amputado se envuelve en unas gasas estériles humedecidas con suero fisiológico o con agua y se pone en una bolsa de plástico.
- Se llena otra bolsa de plástico con cubitos de hielo y se pone la bolsa anterior que tiene el miembro amputado dentro.

Ante un niño con una herida hay que averiguar si está vacunado correctamente

Hay que preguntar a los padres si tiene puesta la vacuna del tétanos hace más de cinco años (si es una herida sucia) o más de diez años (si es limpia). Si llevan puestas las vacunas de su calendario vacunal correctamente, no suelen necesitar re-vacunación.

Si no está bien vacunado contra el tétanos, debe ir a su centro de salud para que le pongan gammaglobulina antitetánica (si la herida es sucia o se ha producido con un objeto sucio) y la vacuna antitetánica.

Protocolo de actuación ante una herida en el colegio



Recursos

- Cómo actuar frente a un accidente infantil: http://seup.org/pdf_public/hojas_padres/prevencion.pdf
- Heridas graves. Familia y Salud: <http://www.familiaysalud.es/podemos-prevenir/prevencion-de-accidentes/lesiones-infantiles-que-hacer/heridas-importantes-que>
- Heridas Leves. Familia y Salud: <http://www.familiaysalud.es/podemos-prevenir/prevencion-de-accidentes/lesiones-infantiles-que-hacer/heridas-leves-como-las>
- Heridas: cómo curarlas: <http://enfamilia.aeped.es/temas-salud/heridas>

2. ACCIDENTES

Qué hacer ante un traumatismo craneal

¿Qué es?

Ocurre cuando el niño se da un golpe fuerte en la cabeza. Los golpes en la cabeza son un accidente muy frecuente en la infancia.

¿Qué hay que saber?

- Los golpes muy pequeños no suelen producir ningún problema. La mayoría de los golpes en la cabeza son leves y no producen daños. A veces se producen pequeñas lesiones en la superficie de la cabeza: heridas, chichones o dolor en la zona del golpe.
- Lo peligroso de los golpes está en que se produzca una lesión en el cerebro.
- En la mayoría de los casos el niño solo tendrá dolor y no precisará que lo revise un médico de forma inmediata. Es normal que el niño esté asustado.
- Hay que tener más precaución en los lactantes pequeños.

¿Cómo actuar?

- La observación del niño de manera continua es fundamental.
- Debe avisar a los padres de que ha ocurrido el accidente y la forma en que ha tenido lugar.
- Si tiene un chichón puede poner hielo o un bote de refresco frío, envuelto en un paño, para disminuir la hinchazón.
- Además de avisar a los padres debe contactar con el Servicio de Urgencias ante cualquier síntoma de alarma.
- Si se sospechan lesiones importantes no debe mover al niño, especialmente su cuello.

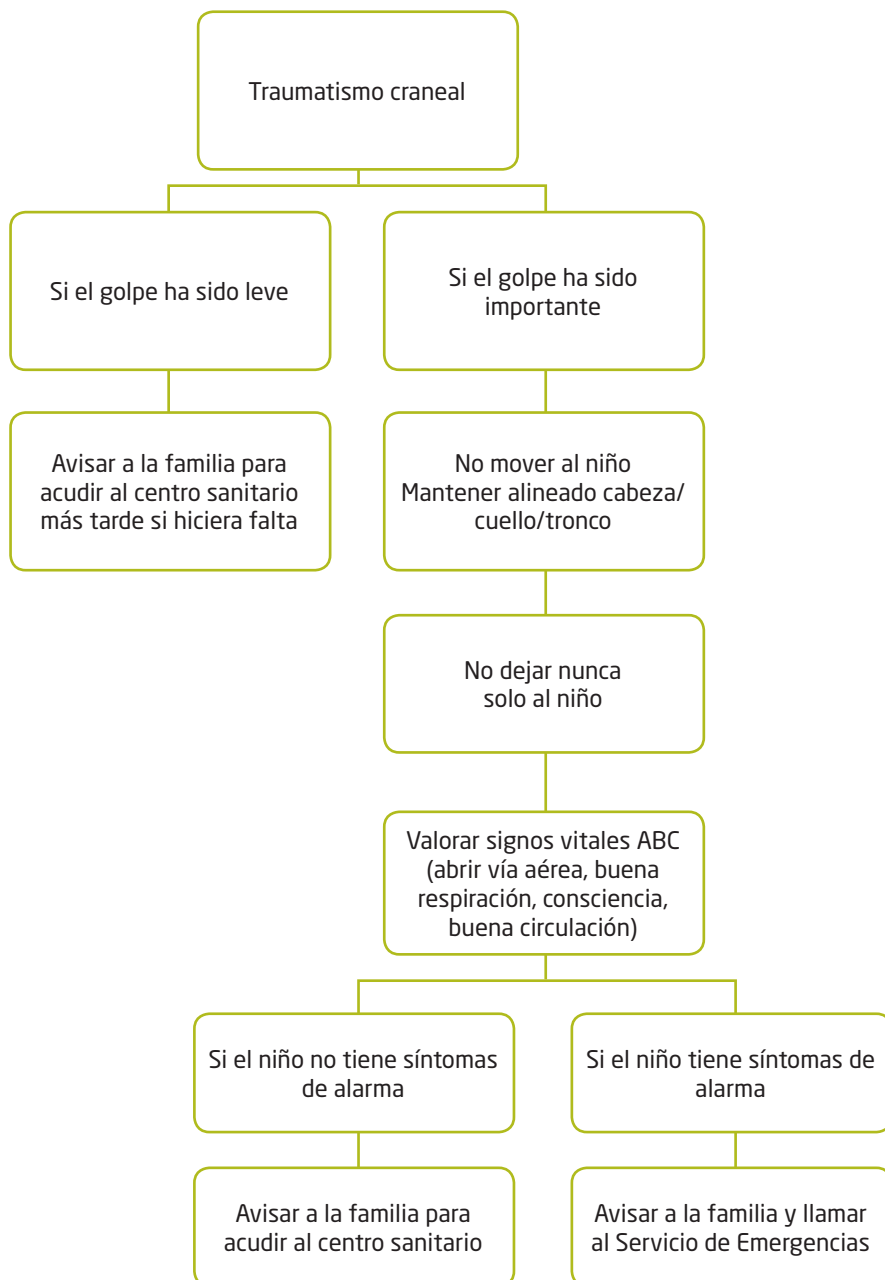
Síntomas de alarma:

- Si el niño está confuso, somnoliento o muy irritable.
- Empieza a vomitar, de forma repetida.
- Tiene dificultad para caminar o hablar.
- Le duele mucho la cabeza en otro sitio distinto del del golpe.
- Habla o ve mal.
- Herida en la cabeza que no para de sangrar.
- Sale sangre o un líquido claro por la nariz o los oídos.
- Si se ha caído de más de un metro de altura.
- Tiene una zona hundida en la cabeza.
- Cualquier síntoma que le preocupe o resulte extraño. Alteraciones del comportamiento.
- Pérdida de conciencia o convulsión.
- Hematoma alrededor de los párpados o de las orejas.
- Las pupilas no están iguales.
- Si se sospecha que se ha hecho daño en el cuello.
- Si no hemos visto cómo se ha caído.
- Si sabemos que es hemofílico o tienen problemas con la coagulación de la sangre.

Recursos

- Traumatismo craneoencefálico (SEUP): http://www.seup.org/pdf_public/hojas_padres/tce.pdf
- Traumatismo craneoencefálico (Familia y Salud): <http://www.familiaysalud.es/podemos-prevenir/prevencion-de-accidentes/lesiones-infantiles-que-hacer/traumatismo-craneoencefalico>
- ¿Qué nos debe preocupar de un niño que ha sufrido un traumatismo craneoencefálico (TCE)?: <http://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/nos-debe-preocupar-nino-sufrido-traumatismo-craneoencefalico-tce>
- Golpes en la cabeza, ¿qué nos debe preocupar?: <http://enfamilia.aeped.es/temas-salud/golpes-en-cabeza-que-nos-debe-preocupar>

Protocolo de actuación



En todo caso, aunque no haya ningún síntoma de alarma, todo traumatismo craneal importante debe ser valorado por un médico

3. NIÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Intolerancia a la lactosa y alergias alimentarias

¿Qué es intolerancia alimentaria?

La **intolerancia a un alimento** se caracteriza por la **incapacidad para digerirlo** y metabolizarlo.

¿Qué hay que saber sobre la intolerancia a alimentos?

- No existe riesgo de contagio.
- Los riesgos los tienen los enfermos.
- No interviene el mecanismo inmunológico.
- El componente extraño no llega al torrente sanguíneo ya que no ha podido ser absorbido.
- Las intolerancias más comunes son:
 - **A la lactosa.**
 - **Al gluten** (ver tema sobre enfermedad celíaca).

¿Qué es la intolerancia a la lactosa?

- La lactosa es un hidrato de carbono que se encuentra en la leche (azúcar de la leche).
- Para digerir la lactosa, el intestino delgado presenta en sus paredes una enzima, la **lactasa**.
- Las personas que no tienen este enzima son las que presentan intolerancia a la lactosa.

¿Qué hay que saber sobre la intolerancia a la lactosa?

La lactosa, al no ser absorbida, permanece en el intestino grueso, donde las bacterias del colon la fermentan y causan los gases típicos de la intolerancia.

La lactosa en el intestino grueso provoca la salida de agua al mismo y como consecuencia la aparición de la diarrea.

En esta intolerancia **puede haber distintos grados de afectación**. Hay muchas personas que pueden tolerar pequeñas cantidades de lactosa. No toleran leche pero sí yogures o quesos muy curados, que tienen menos cantidad de lactosa.

¿Qué síntomas causa la intolerancia a la lactosa?

Náuseas, retortijones, hinchazón del vientre, gases, diarrea de olor fétido.

Pasado un periodo de tiempo de entre 30 minutos y dos horas, después de comer o beber alimentos que no tengan lactosa, las molestias suelen aliviarse.

¿Cómo hay que actuar para evitar los síntomas?

- No dar alimentos que contengan lactosa.
- Prestar atención a las etiquetas.
- **Contienen lactosa:** leche, crema de leche, leche en polvo, evaporada o condensada, yogur, queso, helados, sorbetes, batidos, natillas, postres lácteos, chocolate con leche, alimentos fritos con mantequilla, bollería que contenga leche o derivados de la leche.
- **No contienen lactosa:**
 - Leche de soja, leche de arroz, leche de almendra en polvo o líquida.
 - Todas las carnes, vegetales y frutas naturales. También la pasta, el arroz, la cebada y las legumbres secas.
 - Golosinas duras, chicle, regaliz y otras golosinas que no contienen chocolate.
 - Bebidas gaseosas, café y té.

¿Qué es una alergia alimentaria?

La **alergia o hipersensibilidad alimentaria** es la reacción adversa que presenta un individuo tras la ingestión, contacto o inhalación de un alimento, con una **causa inmunológica comprobada**.

¿Qué hay que saber de la alergia alimentaria?

- **No es una enfermedad contagiosa.** El riesgo es para el que la padece.
- **Es una respuesta exagerada de nuestro sistema inmunológico** que se produce cuando nuestro cuerpo entra en contacto con un alimento.
- La reacción **no depende** de la cantidad de alimento. Una mínima cantidad de alimento puede producir una reacción muy grave, o mucha cantidad poca reacción.
- La reacción aparece **al poco tiempo del contacto**.
- Sucede cuando el sistema inmune no funciona bien y produce anticuerpos para “defenderse” y “acabar” con ese supuesto agresor.
- Se entiende por **alérgeno** aquella sustancia que puede provocar una reacción alérgica. El sistema inmunitario las reconoce como “extrañas” o “peligrosas”.

- Se suelen manifestar en los primeros años de vida. A estas edades son más frecuentes y muchas veces, con los años, algunas desaparecen.

¿Cómo hay que actuar para prevenir reacciones alérgicas a alimentos?

- Evitar el alimento, leer con atención las etiquetas.
- Los principales alimentos más frecuentemente involucrados en las reacciones alérgicas son:
 - Leche de vaca.
 - Huevo.
 - Pescado.
 - Marisco.
 - Leguminosas: lentejas, guisantes, soja, garbanzos, judías verdes, habas.
 - Cereales.
 - Frutas frescas (fresas, melocotón, albaricoques...).
 - Frutos secos.

Síntomas habituales:

- **Digestivos:** vómitos con o sin diarrea, dolor abdominal tipo cólico.
- **Cutáneos:** picor, dermatitis atópica, hinchazón de labios, boca, lengua, cara y/o garganta, urticaria, enrojecimiento de la piel o eczema.
- **Respiratorios:** moqueo o congestión nasal, estornudos, tos, asma o disnea (dificultad para respirar).
- **Anafilaxia:** reacción generalizada que afecta a todo el organismo y que requiere actuación inmediata. El choque anafiláctico supone gravedad extrema por el riesgo de parada cardiorrespiratoria. Afortunadamente es la forma más infrecuente (ver el tema "Qué es una anafilaxia y cómo actuar").

Recomendaciones en el caso de niños con alergia alimentaria

- Si existe la sospecha de que se pueda padecer alergia hacia algún alimento, se recomienda dejar de tomar ese alimento y acudir al médico para que haga las pruebas necesarias y realice el diagnóstico.
- Se sabe que tiene un componente hereditario. La lactancia materna y retrasar la introducción en la dieta de alimentos como huevos, pescado o frutos secos reduce el riesgo de sufrir estas alergias.

- Los padres deben informar siempre, y de la forma más detallada posible, en la guardería de las necesidades dietéticas de su hijo. A veces por miedo al posible rechazo que pueda sufrir el niño o incluso por desconocimiento, no lo hacen. Por este motivo, es recomendable que el propio educador pregunte expresamente acerca de este tema.
- La guardería tendrá que acordar con los padres ciertos aspectos importantes como dónde estará la medicación y cómo se debe actuar en caso de reacción (si se le debe dar algún medicamento y la administración o no de adrenalina, etc.) (ver el tema “Qué es una anafilaxia y cómo actuar”).
- Los niños con diagnóstico anterior de *shock* anafiláctico o reacción grave, deberían llevar un inyectable con **adrenalina** al centro, si así se lo ha prescrito su médico.
- Esta medicación estará siempre en el botiquín para que, si vuelve a producirse un nuevo *shock*, se pueda actuar rápidamente inyectándole la adrenalina por la gravedad que conlleva, y llevarlo acto seguido a urgencias. También se avisará a sus padres.
- Por otra parte, no solo el profesor sino todo el personal del centro debe estar informado de que hay un niño que padece este tipo de alergia e intentar que le conozcan por si deben socorrerle en un momento determinado.
- **Las situaciones de mayor riesgo** para los niños alérgicos a alimentos son: el comedor escolar, el desayuno, las excursiones, los campamentos, los cumpleaños, celebraciones, talleres de cocina, manualidades y actividades extraescolares.
- **Atención** a los alimentos a los que el niño puede acceder. Evitar que tome o toque cualquier cosa que no le esté permitida. No insistir al niño para que tome un alimento que rechaza aunque sepamos que puede tomarlo.
- **Cuidado** con los **intercambios** de comida, platos, vasos o cubiertos que puedan hacer los niños con sus compañeros. Evitar contaminar la comida del alérgico con otros alimentos.
- **Atención** a las prácticas de **manipulación y cocinado** de los alimentos en las cocinas de las guarderías, campamentos, en casa, etc., pues se puede producir una contaminación, por ejemplo, solo con coger con el mismo tenedor un alimento no permitido y otro permitido.
- **Planificar todas estas situaciones** con anterioridad permitirá a los alérgicos, sin exponerles a ningún riesgo, a participar en las mismas actividades que sus compañeros.

Recursos

- *Guía informativa: alergia a alimentos y/o al látex en los centros educativos. Escolarización segura:* <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/detalle.action?cod=16159>
- Formación para al profesorado sobre enfermedades crónicas en escolares: <http://goo.gl/yqSY8Q>

3. NIÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Dietas especiales

Intolerancia a la lactosa

¿Qué es?

La lactosa es el principal azúcar de la leche. La intolerancia a la lactosa se produce cuando el cuerpo tiene un déficit de lactasa. Esta es una enzima que está en el intestino delgado. Se encarga de digerir la lactosa, dando lugar a azúcares más pequeños. Si no se digiere, la lactosa llega al intestino grueso, donde las bacterias la fermentan y se producen gases y ácidos. Todo ello puede dar lugar a retortijones, dolor abdominal, gases y diarrea.

La mayoría de los niños con intolerancia a lactosa toleran una dieta **baja** en lactosa (una dieta con pocos derivados de la leche). Otros niños son muy sensibles incluso a pequeñas cantidades de lactosa y solo toleran una dieta **sin** lactosa (no pueden tomar ningún derivado de la leche).

¿Qué alimentos contienen lactosa?

- La leche, tanto entera como desnatada.
- Los batidos, flanes, natillas y postres lácteos.
- Las salsas y platos que se hacen con leche, como croquetas, canelones, bechamel, helados, bollería, pasteles, chocolate...
- El yogur, el kéfir y el queso tienen poca lactosa debido a la fermentación. Algunos niños que no son muy sensibles a la lactosa pueden tolerarlos.

Se debe leer las etiquetas de productos envasados porque pueden contener lactosa o leche, como es el caso de las salchichas, los embutidos o algunos platos preparados. Puede venir escrito como leche en polvo, sólido de leche o suero de leche. También puede estar presente en ciertos medicamentos, sobre todo en comprimidos.

¿Qué se puede tomar para asegurar un aporte adecuado de calcio?

- Leche y otros productos sin lactosa.
- Otros alimentos ricos en calcio: verduras (brócoli, berza, espinacas, coliflor), frutos secos (almendras, pistachos, pipas de girasol), zumo de naranja fortificado, tofu, legumbres (judías, guisantes, garbanzos, soja), pescados y mariscos (salmón, langostinos, gambas, almejas, berberechos), sardinillas enlatadas.

Alergia e intolerancia a proteínas de leche de vaca

¿Qué es la alergia o intolerancia a proteínas de leche de vaca?

La alergia es una reacción de tipo inmunológico, mediada por anticuerpos frente a las proteínas de la leche. Si no está mediada por anticuerpos se habla de intolerancia a proteína de la leche.

Si la alergia es a alguna de las proteínas de la leche de vaca (caseína, α -lactoalbúmina, β -lactoglobulina), no se puede tomar leche ni derivados, pero sí carne de vacuno.

Otras proteínas (seroalbúmina, lactoferrina, diversas inmunoglobulinas) están en la leche y en la carne de vacuno. Si se tiene alergia a estas, no se puede tomar leche, derivados lácteos ni carne.

La leche de cabra, oveja o búfala (mozzarella) tiene proteínas parecidas a las de la leche de vaca y también se debe evitar.

¿Qué alimentos contienen leche de vaca?

Todos los productos lácteos. Muchos alimentos procesados también contienen leche o productos derivados de la leche. Es muy importante leer la lista de ingredientes en las etiquetas de los alimentos.

Ingredientes que contienen leche	Ingredientes que no contienen leche
Leche	Lactato de calcio
Productos sólidos de leche	Esteroil lactilato de calcio
Suero de leche agria	Esteroil lactilato de sodio
Crema	Mantequilla de coco
Mantequilla	Crema de tartar
Nata	Ácido láctico
Caseinato cálcico (H4511), sódico (H4512), potásico y magnésico	Oleorresinas
Lactoalbúmina	
Lactoglobulina	
Ghee	
Dulce de leche cuajada	
Cuajada o requesón	
Suero láctico	
Caseína	
Turrón	
Flan o natilla	

¿Qué alimentos no se pueden comer?

Leche y derivados:

- Leche de vaca natural o manufacturada, en polvo, descremada, condensada, evaporada, para lactancia...
- Productos lácteos: yogur, natillas, flan, queso, requesón, natillas de chocolate, *petit-suisse* o similares, arroz con leche, mantequilla, helados, cuajada, batidos...

- Productos con alguna cantidad de leche:
 - Galletas, magdalenas, pasteles, repostería, bollería...
 - Chocolates con leche, caramelos con leche.
 - Algunas margarinas, cremas de cacao.
 - Papillas de cereales o frutas lacteadas.
 - "Potitos" con leche.

Si se asocia alergia a la carne de vacuno:

- Carnes de vacuno: ternera, vaca, toro, buey, novillo.
- Caldos de carne y algunas sopas de sobre o enlatadas.
- Ciertas clases de jamón de York. Conservas de vaca o ternera.
- Ciertos embutidos: chorizo, salchichón, mortadela, salchichas frankfurt, sobrasada, longanizas...
- "Potitos" con carne de ternera o vaca.

En general, se deben evitar los alimentos en los que no se tenga la certeza de que no contienen los alimentos prohibidos.

¿Qué alimentos están permitidos?

Leches:

- De soja.
- De almendras.
- Productos sin leche de vaca.
- Galletas y magdalenas sin leche.
- Chocolate puro sin leche.
- Margarinas 100% vegetales.
- Horchata y polos de "hielo".
- Papillas no lacteadas y "potitos" sin leche.

Productos sin carne de vacuno (para niños alérgicos a la carne de vacuno):

- Carne de avestruz, caballo, cerdo, conejo, pollo, cordero, caza...
- Jamón serrano o cocido.
- Embutidos (si hay certeza absoluta de que no contienen leche o carne de vaca).
- "Potitos" sin carne de vacuno.
- Sopas o cocidos caseros sin carne de vacuno.

Otros: pescado, fruta, verdura, huevos y en general todos aquellos alimentos que no contienen leche o carne de vacuno.



Enfermedad celíaca

¿Qué es la enfermedad celíaca?

Es una enfermedad producida por la intolerancia permanente al gluten. El gluten es una proteína presente en algunos cereales como trigo, cebada, centeno, avena, sémola, kamut y espelta.

Puede dar síntomas como: dolor abdominal, irritabilidad, diarrea, distensión abdominal, fallo de medro, anorexia, desnutrición, anemia, osteoporosis...

¿Cómo se trata?

El único tratamiento es seguir una dieta estricta sin gluten toda la vida. La ingesta de muy pequeñas cantidades de gluten puede producir lesión de las vellosidades intestinales, aunque no produzca síntomas.

¿Qué alimentos no se pueden comer?

Se eliminarán de la dieta todos los alimentos que contengan gluten: trigo, avena, cebada, centeno, espelta, triticale o sus derivados: almidón, harina, panes, pastas alimenticias...

¿Qué alimentos se pueden comer?

Los siguientes cereales no contienen gluten: arroz, maíz, soja, tapioca, frijoles, sorgo, quínoa, mijo, alforfón, ararais, amaranto y harina de nueces.

La dieta ha de basarse en **alimentos naturales** que no contienen gluten: leche y derivados, carnes, pescados y mariscos, huevos, frutas, verduras, hortalizas, legumbres, tubérculos, cereales permitidos, grasas comestibles y azúcar.

¿Y en el supermercado?

Consumir productos manufacturados tiene riesgos potenciales. **Hay que leer siempre la etiqueta del producto que se compra.** Se debe comprobar los ingredientes que figuran en la etiqueta.

Si entre los ingredientes aparece algún de los siguientes, se debe rechazar:

- Gluten.
- Cereales.
- Harina.

- Almidones modificados (E-1404, E-1410, E-1412, E-1413, E-1414, E-1420, E-1422, E-1440, E-1442, E-1450).
- Amiláceos.
- Fécula.
- Fibra.
- Espesantes.
- Sémola.
- Proteína.
- Proteína vegetal.
- Hidrolizado de proteína.
- Malta.
- Extracto de malta.
- Levadura.
- Extracto de levadura.
- Especias.
- Aromas.

En general, **evitar productos a granel, los elaborados artesanalmente y los que no estén etiquetados**, donde no se puede comprobar el listado de ingredientes.

Tener cuidado con las harinas sin gluten si no certifican que están libres de gluten. Se pueden contaminar si la molienda se ha hecho en molinos que también muelen otros cereales.

Es aconsejable comprar productos con **certificado de calidad de alimentos sin gluten**.

Cuestiones de interés:

Hay que tener especial precaución en bares o restaurantes (en las excursiones) y en los comedores escolares. Hay que consultar cómo se ha elaborado y los ingredientes de cada plato antes de consumirlos. Por ejemplo: una tortilla de patatas puede llevar levadura, las salsas pueden estar ligadas con harina, puede haber echado picatostes a un puré, pueden haber frito patatas en una freidora en que se fríen croquetas o empanadillas, al servir un plato de lentejas han quitado el embutido pero el gluten de ese embutido está en la salsa...

Alimentos	Permitidos	Dudosos	No permitidos
Cereales y tubérculos	Arroz, maíz, tapioca, soja, grano sarraceno, quínoa, mijo Pasta y panes de harinas sin gluten	Patatas fritas envasadas, palomitas coloreadas	Trigo, avena, cebada, centeno, triticale, kamut, espelta
Frutas	Todas las frutas y zumos naturales Fruta en almíbar	Fruta manipulada (confitada o glaseada) Frutos secos fritos y tostados con sal	Fruta seca enharinada (higos secos)
Verduras y legumbres	Todo tipo de verduras y legumbres frescas, secas o congeladas	Platos precocinados	Verduras empanadas con pan o harina de cereales no permitidos
Leche y quesos	Leche fresca, pasteurizada, ultrapasteurizada, evaporada, en polvo Leches infantiles Yogur natural, nata fresca, quesos frescos y curados, mantequilla	Cremas y pudines, yogures con fruta, quesos de untar y de sabores, leche condensada, bebidas a base de leche, helados, margarina	Platos preparados con queso, empanados con harinas no permitidas, yogur con cereales no permitidos
Carne, pescado, marisco, huevo	Todo tipo de carne, pescado, marisco, fresco, congelado, en conserva al natural, en aceite, en sal, ahumado... Todo tipo de huevos y derivados de huevo Jamón curado y cecina	Embutidos, patés Conservas de carne o pescado Platos preparados o precocinados Huevos pasteurizados o en polvo	Carne o pescado empanados con pan o harinas de cereales prohibidos
Grasas	Grasas animales: manteca de cerdo, mantequilla, tocino Aceite vegetal: oliva, semillas Aceite y manteca de coco		
Especias y condimentos Levaduras	Especias y hierbas aromáticas. Colorantes y aromas naturales, sin moler Sal y vinagre de vino Levadura de cerveza fresca y liofilizada Gasificantes: bicarbonato sódico, ácido tartárico	Salsas preparadas, pastillas para caldo, levadura química, mezclas de especias, colorante alimenticio	Bechamel de harinas no permitidas Levaduras de cereales no permitidos
Dulces	Miel, azúcar, chocolate, cacao puro en polvo Edulcorantes puros Acesulfamo-K, aspartamo, fructosa, sacarina	Confituras y mermeladas, chocolate a la taza y en crema, sucedáneo de chocolate, caramelos y gominolas, gelatinas, chicles	Chocolate con cereales no permitidos Bolos, pasteles, tartas, galletas, bizcochos y demás productos de pastelería
Bebidas	Todo tipo de zumos, refrescos, café, infusiones naturales Toda clase de vinos Destilados	Café soluble, sucedáneo de café, infusiones de bolsa Bebidas destiladas o fermentadas a partir de cereales: cerveza, agua de cebada, algunos licores...	Bebidas a base de avena, malta, cebada y centeno Bebidas destiladas o fermentadas a partir de estos cereales: cerveza, agua de cebada, algunos licores...

Recursos

- Intolerancia a la lactosa: <http://www.familiaysalud.es/recursos-para-padres/videos/con-mamitown/salud-infantil-aparato-digestivo/intolerancia-la-lactosa>
- Alergia e intolerancia a las proteínas de la leche de vaca: <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/aparato-digestivo/problemas-con-alimentos/alergia-e-intolerancia-las>
- Alergia a las proteínas de vacuno (y otras alergias alimentarias): <http://www.alergiainfantillafe.org/aavacuno.htm>
- ¿Qué es la enfermedad celíaca?: <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/aparato-digestivo/problemas-con-alimentos/que-es-la-enfermedad-celiaca>
- ¿Con qué herramientas de información cuenta el celíaco?: <http://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/aparato-digestivo/problemas-con-alimentos/con-que-herramientas-de>

4. CONSEJOS SOBRE HIGIENE Y PREVENCIÓN

Cuidados del área del pañal

¿Qué hay que saber?

La piel de los bebés es muy delicada, especialmente el área que se encuentra debajo del pañal, en contacto con irritantes como heces y orina.

Los pañales sucios indican que el niño se está nutriendo bien y digiere adecuadamente los alimentos.

La dermatitis es más frecuente si los pañales no se mantienen limpios y secos. Pero también influyen otros factores como la presencia de diarrea, la toma de antibióticos, el roce y la sensibilidad a detergentes o jabones.

La dermatitis del pañal hace que la piel se irrite, se enrojezca, se descame y escueza.



Dermatitis del pañal

Características de la orina

Los bebés no tienen horario en cuanto a la orina. Es normal desde una vez por hora hasta cuatro veces al día. Aunque lo habitual son de cuatro a seis veces al día.

El color de la orina puede variar desde clara a más amarilla, según la ingesta de líquidos y el grado de concentración. Pero si te das cuenta de que en cualquier momento hay sangre, coméntaselo a los padres para que lo consulten con su pediatra.

Características de las deposiciones

La consistencia y el color de las deposiciones varían según la edad del niño:

- Los bebés que reciben lactancia materna tienen deposiciones más blandas, casi líquidas, similares a la mostaza con semillas.
- Los bebés que se alimentan con leche artificial tienen deposiciones más duras, de color marrón o amarillo.
- Las deposiciones de los bebés más crecidos adoptan el color y la consistencia de lo que hayan comido recientemente.

La frecuencia de las deposiciones cambia según el niño y según su edad. Algunos bebés defecan después de cada comida. Otros, dos o tres veces a la semana.

Si observas cambio en el ritmo o la consistencia habitual, las heces del bebé son muy duras o te das cuenta de que hay sangre o moco, coméntaselo a los padres.

¿Cómo hacer el cambio del pañal?

- **Antes de empezar a cambiarlo reúne todo lo que necesitas:** pañal limpio, toallita húmeda de un solo uso (o una gasa húmeda) y crema protectora (no todos los bebés la necesitan).
- **Lava bien tus manos o ponte unos guantes,** antes y después del cambio del pañal. Así evitarás contagios para ti y los demás.
- **Sugerencias para cambiar a las niñas:** limpia el área genital de delante hacia atrás para evitar arrastrar restos de las deposiciones hacia la vagina y uretra, y delicadamente los pliegues.
- **Sugerencias para cambiar a los niños:**
 - Limpia el área genital de delante hacia atrás y por debajo del escroto.
 - No intentes retraer el prepucio para limpiar la zona. Poco a poco se irá retrayendo espontáneamente. Por lo general, se habrá retraído completamente cerca de los tres años.
 - Se recomienda cubrir el pene del niño con un pañal o una toallita mientras se efectúa el cambio para no recibir... ¡una ducha sorpresa!

Recuerda:

- **No dejes nunca solo al niño** en la superficie donde lo cambias. Incluso los recién nacidos pueden moverse y caer de forma accidental. Coloca todo lo que necesites a mano.
- Observa el pañal cada **2 o 3 horas. Cámbialo aunque solo este húmedo.**
- Limpia suavemente la zona y los pliegues con una toallita húmeda o esponja. **No es necesario usar jabón** (los jabones hacen que la piel pierda sus aceites naturales). Seca la zona con suavidad o deja que se seque al aire.
- Si lo crees conveniente, aplica una capa fina de **crema protectora de la humedad** antes de colocar un pañal nuevo. Evita el talco puesto que no ayuda a prevenir las erupciones y puede ser dañino para el pulmón si el bebé lo inhala.
- **Sujeta bien el pañal** con las cintas adhesivas, para evitar sorpresas. Pero **sin apretar**, para no ocasionar roces.
- Cuando el niño se va haciendo mayor, puedes dejarle **algún juguete para que se entretenga** mientras le cambias.

Para ciertos **tipos de dermatitis**, el pediatra puede aconsejar usar durante algunos días una crema con antifúngicos, antibióticos o corticoesteroides suaves, hasta la que la erupción desaparezca.



Recursos

Vídeos educativos recomendados

- ▶ *Aprende a cambiar el pañal*: <http://www.youtube.com/watch?v=7RF5U6pQm14>
- ▶ *Cuidados en el área del pañal en los niños*: <http://www.guiainfantil.com/videos/406/cuidados-en-el-area-del-panal-en-los-ninos/>

Direcciones web útiles

- Dermatitis del pañal. Medline Plus: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000964.htm>
- Dermatitis del pañal. Asociación Española de Pediatría: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/dermatitis-panal.pdf>
- Sobre la dermatitis del pañal: http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo/diaper_rash_esp.html
- Dermatitis del pañal. *Familia y Salud*: <http://www.familiaysalud.es/recursos-para-padres/videos/con-mamitown/el-bebe-y-sus-cuidados/dermatitis-del-panal>



4. CONSEJOS SOBRE HIGIENE Y PREVENCIÓN

Periodos de exclusión de la guardería por procesos infecciosos y riesgo de contagio

¿Qué hay que saber?

En el periodo de la vida en la que el niño asiste a la guardería o escuela infantil sucede un mayor número de procesos infecciosos, y de forma especial durante el primer año de incorporación.

Las infecciones forman parte del desarrollo normal del niño, permiten que se activen sus defensas y mejore a la larga su sistema inmunitario.

La mayoría de estos procesos son banales y producidos por virus. Suele tratarse de infecciones respiratorias (catarros, otitis, dolores de garganta y bronquitis) y/o diarreas.

Muchas veces es difícil controlar su contagio. Algunas de estas infecciones se transmiten días antes de dar los primeros síntomas, en el periodo de incubación. A esto añadimos la frecuencia con la que los niños interactúan entre ellos (comparten juguetes, chupete, balones, cuentos...) y presentan secreciones (mocos, saliva, baba...).

Existen **cuatro formas de contagio** de las infecciones:

- Por **vía fecal-oral**: los microbios se eliminan por las heces y el contagio se produce al ingerirlos. Esto ocurre habitualmente en las infecciones que cursan con diarrea y en la hepatitis A.
- Por **vía respiratoria**: al toser, estornudar o hablar se expulsan al aire gérmenes que pueden ser inhalados por los demás. Ejemplos: infecciones respiratorias, varicela, sarampión, meningitis, tuberculosis...
- Por **contacto con la piel**: de persona a persona o a través de objetos que se comparten. Así ocurre con los piojos, la sarna o las infecciones de la piel.
- Por **contacto con líquidos orgánicos** (sangre, orina, saliva).



¿Cómo evitar los contagios?:

Los centros de educación infantil tienen que tratar de minimizar los contagios. Aquí se recogen algunos consejos:

- Procurar que haya un número suficiente de personal auxiliar y de educadores, y que el número de niños esté adaptado a las dimensiones del aula.
- Mantener buena higiene en las instalaciones (lavabos, zona de cambio de pañales, zona de cocina...) y adecuada ventilación.
- Lavar a menudo de los juguetes y objetos de uso común (paños de cocina, toallas, sillas para dormir, ropa de abrigo...).
- Promover el hábito de lavado de manos (con agua y jabón) en los educadores y en los niños. Especialmente antes y después de manipular alimentos y de cambiar el pañal.
- Mentalizar a los padres para que no lleven sus hijos a la guardería cuando padezcan infecciones y que respeten los periodos aconsejados de aislamiento.
- Verificar que tanto los niños como los cuidadores están correctamente vacunados. La vacunación es la mejor manera de prevenir algunas enfermedades contagiosas.
- Efectuar la limpieza de moco y saliva con papel desechable. Enseñar al niño a cubrirse la boca al toser.
- Comunicar a los padres cualquier brote infeccioso que ocurra en la guardería.

Y si un niño se pone enfermo estando allí, debería existir la posibilidad de aislarlo de los demás hasta que su familia lo recoja.

El sentido común debe dictar cuándo los padres no deben llevar a sus hijos a la guardería, no solo por el riesgo de contagio (hay enfermedades que no son contagiosas) sino también por el bienestar del niño.

Recursos

- ¿Cuándo llevamos a nuestros hijos a la guardería?: <http://www.familiaysalud.es/podemos-prevenir/eventos-del-desarrollo/consejo-anticipado/cuando-llevamos-nuestro-hijo-la-guarderia>
- *Infection control in schools*. Guía para el control de la infección en escuelas y otros lugares destinados al cuidado de los niños (en inglés): http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1194947358374
- Consejos para padres que llevan los niños a la guardería: http://www.osakidetza.euskadi.net/v19-cbil0008/es/contenidos/informacion/cbil_consejos_sanitarios/es_cbil/adjuntos/guarderia.pdf
- Riesgo para la salud en las guarderías infantiles: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001974.htm>
- Infecciones: <http://kidshealth.org/parent/infections/>

Procesos infecciosos y periodos de exclusión de la guardería

Proceso	Exclusión	Comentarios
Gastroenteritis (diarrea y/o vómitos)	Hasta 48 horas después de la última diarrea o vómito En casos especiales (como <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> o <i>E. coli</i>) se necesitará análisis de control de las heces.	Pueden ser producidas por virus, bacterias o protozoos (giardias)
Lombrices	No	Hay que tratar a toda la familia
Varicela	Hasta siete días después de iniciada la erupción o hasta que todas las lesiones estén en forma de costra	
Sarampión, rubeola y parotiditis	Hasta cinco días después del comienzo del exantema o de iniciada la inflamación de la parótida, en el caso de las paperas	Suelen ser enfermedades raras porque los niños se vacunan a los 12 meses y a los 3 años
Megalooeritema	No	Se llama "enfermedad de la bofetada" por el enrojecimiento de la cara. Cuando aparece el enrojecimiento, no suele ser contagiosa
Exantema súbito	No	La fiebre alta y el malestar general puede ser la causa de exclusión
Verrugas y <i>moluscum contagioso</i>	No	Evitar que compartan toallas u otros utensilios con otros niños
Impétigo	24 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico	Infección bacteriana de la piel, que origina una lesión costrosa amarillenta
Piojos	Hasta iniciar tratamiento	La presencia de liendres no es motivo de exclusión Son frecuentes las reinfecciones
Sarna	Hasta realizar el tratamiento	El picor y el rascado de las lesiones favorecen el contagio piel con piel
Micosis (tiñas)	No. Sí exclusión en piscinas	Se transmite de animales a personas, pero generalmente no entre personas
Catarros	No, si está sin fiebre y sin dificultad respiratoria	El niño no debe acudir si tiene fiebre, dolor de oído, dificultad respiratoria o malestar, que indican complicación o gravedad

Continúa



Proceso	Exclusión	Comentarios
Gripe	Hasta la recuperación. Cuando esté sin fiebre y mejore el estado general	Los niños con patología crónica deben recibir la vacuna anualmente
Amigdalitis estreptocócica (escarlatina)	Hasta 24 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico	Básicamente es una amigdalitis bacteriana a la que se suma erupción cutánea
Amigdalitis vírica	No	La mononucleosis infecciosa es una forma de amigdalitis vírica y no necesita exclusión
Estomatitis (aftas orales)	No, salvo que el niño se encuentre mal (no coma)	El síndrome mano-pie-boca es una estomatitis a la que se suman lesiones en manos y pies y no necesita exclusión
Conjuntivitis	Hasta 24 horas después de iniciado el tratamiento	Es frecuente que acompañen a los catarros
Tuberculosis	Hasta 2 semanas después de iniciado el tratamiento	No suele ser una infección habitual Requiere estudio de los contactos
Tosferina	Hasta 5 días después de iniciado el tratamiento	Poco frecuente porque los niños están vacunados
Hepatitis A	Hasta 7 días después de que el niño se pone amarillo	Vía de transmisión feco-oral
Hepatitis B y C	No	Evitar el contacto con sangre de persona infectada La vacuna de la hepatitis B está incluida en el calendario vacunal infantil
VIH (Sida)	No	No se contagia por dar la mano, abrazar, ni por la tos ni los estornudos
Meningitis o sepsis	Hasta la total recuperación del niño	Según el tipo de germen, las autoridades sanitarias darán las medidas oportunas para los contactos (profilaxis o diagnóstico precoz)

4. CONSEJOS SOBRE HIGIENE Y PREVENCIÓN

La importancia de lavarse las manos

Basado en las recomendaciones Do bugs need drugs? A Community Program for wise use of antibiotics (<http://www.dobugsneeddrugs.org/guide/handwashing/>).



¿Qué hay que saber?

Lavarse las manos es una de las mejores formas de prevenir la propagación de infecciones y enfermedades. La mayoría de las infecciones comunes (80%) se pueden transmitir a través de las manos.

El lavado de manos es algo fácil de hacer. Se debe hacer en todos los lugares, desde la casa propia, el sitio de trabajo, hasta las guarderías infantiles y colegios, y los hospitales. Las manos limpias pueden evitar que los microbios pasen de una persona a otra y a toda la comunidad.

Cuando los niños ya son suficientemente grandes para ir solos al baño, también lo son para aprender a lavarse las manos. Los niños aprenden en gran parte por imitación, viendo a sus mayores cómo hacen las cosas.

Cuándo hay que lavarse las manos

- Antes de las comidas o de beber.
- Antes de alimentar a los niños, sea lactancia artificial o materna.
- Antes y después de preparar la comida, sobre todo cuando se manipulan alimentos crudos.
- Después de usar el baño o de ayudar a un niño a ir al baño.
- Antes y después de cambiar pañales.
- Después de sonarse la nariz, toser o estornudar sobre las manos.
- Antes y después de estar con una persona enferma.
- Antes y después de curar una herida.
- Después de jugar con juguetes o tocar objetos que se han compartido con otros niños.
- Después de tocar a una mascota o tener contacto con sus desperdicios.
- Después de jugar en el suelo, arena, césped u otras superficies que puedan estar sucias.
- Después de tocar basura.

Cómo se deben lavar las manos:

- Se debe usar agua y jabón. Si solo se utiliza agua no se eliminan los microbios.
- Después de mojar las manos se aplicará el jabón.
- Deben frotarse las manos durante al menos unos 20 segundos (se les puede decir a los niños que canten “cumpleaños feliz” para conseguirlo). No hay que olvidar frotar las uñas y las yemas de los dedos. Aquí están la mayor parte de las bacterias.
- Después se enjuagan las manos durante diez segundos con agua abundante y se secan con una toalla o papel desechable (es lo preferible en sitios públicos).

Ver [Anexo](#).

Qué debe hacer el colegio o centro docente

- Debe asegurarse de que hay jabón disponible en los aseos del centro tanto para los niños como para los profesores y otros trabajadores del centro docente.
- Deben disponer de lavamanos en los espacios que se dedican al cuidado o a trabajar con los niños o cerca de ellos.
- Usar jabón común. Funciona tan bien como el jabón antibacteriano. No es necesario usar este último, ya que puede producir resistencias bacterianas.
- Entre las normas de conducta del colegio debería incluirse la higiene de las manos de forma rutinaria.
- Los mayores (profesores, cocineros, cuidadores, enfermeros, celadores, etc.) deben enseñar con el ejemplo.
- La higiene en general y la de las manos en particular debe enseñarse a los alumnos en las aulas. Debe formar parte de su programa educativo.

Recursos

En estos enlaces hay [algunos vídeos](#) que explican la técnica correcta del lavado de manos, orientado a diferentes edades, que pueden servir para el aprendizaje de los niños en el aula:

- ▶ Lavado de manos para pequeños: <http://www.youtube.com/watch?v=5V5Kqf9OEVA>
- ▶ Lavado de manos para mayores: http://www.youtube.com/watch?v=d_jsbDI0118
- ▶ Lavarse correctamente las manos: <http://www.youtube.com/watch?v=00Zjmhbyoas>

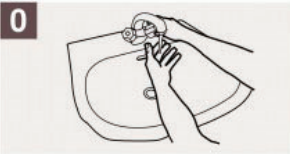
Anexo. Recomendaciones de la OMS sobre el lavado de manos

¿Cómo lavarse las manos?

¡LÁVESE LAS MANOS SI ESTÁN VISIBLEMENTE SUCIAS!

DE LO CONTRARIO, USE UN PRODUCTO DESINFECTANTE DE LAS MANOS

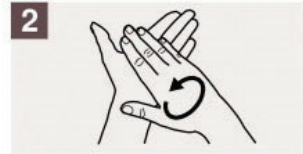
 Duración del lavado: entre 40 y 60 segundos



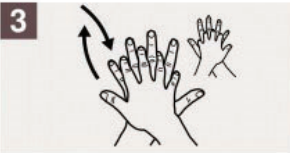
Mójese las manos.



Aplique suficiente jabón para cubrir todas las superficies de las manos.



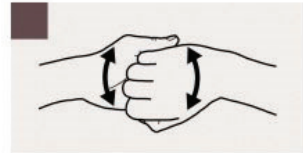
Frótese las palmas de las manos entre sí.



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.



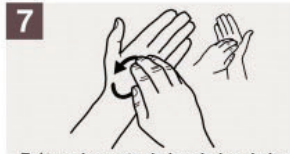
Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.



Frótese el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos.



Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, fróteselo con un movimiento de rotación, y viceversa.



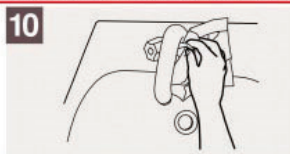
Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.



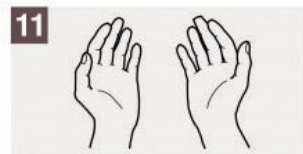
Enjuáguese las manos.



Séqueselas con una toalla de un solo uso.



Utilice la toalla para cerrar el grifo.



Sus manos son seguras.



Organización Mundial de la Salud

Seguridad del paciente
Alianza mundial en pro de una atención de salud más segura

SALVE VIDAS
Límpiese las manos

Todo tipo de precauciones posibles han sido tomadas por la Organización Mundial de la Salud para verificar la información contenida en este documento. Sin embargo, el material publicado es distribuido sin ninguna responsabilidad ya sea literal o implícita. La responsabilidad por la interpretación y el uso de este material es del lector. En ningún caso, la Organización Mundial de la Salud es responsable por daños relacionados a su uso. La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra, en especial a los miembros del Programa de Control de Infecciones, por su activa participación en el desarrollo de este material.

Mayo 2009



AEPap

EDUCACIÓN PARA LA SALUD
MANEJO PRÁCTICO DE LOS PROBLEMAS PEDIÁTRICOS MÁS FRECUENTES EN LA ESCUELA Y GUARDERÍA.
CONSEJOS PARA PROFESORADO Y CUIDADORES ESCOLARES

4. CONSEJOS SOBRE HIGIENE Y PREVENCIÓN

Higiene y hábitos saludables en guarderías

Las guarderías o jardines infantiles son unos espacios muy adecuados para adquirir buenos hábitos en los niños, la base de una apropiada educación para la salud. Todo lo que se adquiera en esta etapa de gran plasticidad quedará asentado para un futuro.

Además, dado el fácil contagio de infecciones entre lactantes, es muy importante el tener siempre en cuenta medidas fundamentales de higiene.

Higiene oral

En esta etapa los niños “se llevan todo a la boca”, por lo que esta suele ser la puerta de entrada de muchas infecciones.

Para evitarlo, se deberían tener en cuenta una serie de medidas:

- Procurar que, en la medida de lo posible, los niños no compartan los objetos que chupan.
- Ningún adulto debe chupar la misma cuchara, ni chupete, ni tetina, del niño, para evitar transmitirle su flora bucal.
- Intentar que tengan las manos lo más limpias posibles, ya que con ellas se van a tocar la cavidad oral.
- Evitar la ingesta de azúcares y bebidas azucaradas, que facilitan la aparición de caries.
- No se debe endulzar el chupete ni la tetina con azúcar o miel.
- Los niños no deben dormir con el biberón en la boca, ya sea de leche, o de cualquier otro líquido. El contacto tan continuado provocaría la conocida como “caries del biberón”.
- Desde el inicio es recomendable limpiar la cavidad oral tras las comidas. Al principio con una gasa empapada en agua. Cuando aparezcan los primeros dientes, con un cepillo y agua. A partir de los dos o tres años se pueden usar cremas dentífricas específicas para niños, pero hay que asegurarse de que no la ingieran.

Higiene del oído

El cerumen es una sustancia normal del conducto auditivo externo, que lo protege de agentes externos.

En general, si no provoca molestias, como pueden ser dolor o pérdida de audición, no hace falta quitarlo.

Si existiera un tapón, hay que acudir al pediatra, para que lo valore e indique la forma más apropiada de retirarlo, bien en casa o bien en la consulta.

Nunca se deben introducir bastoncillos de algodón ni cualquier otro objeto. Basta mojarlo en el baño y limpiar la oreja.

Higiene del pelo

Pediculosis (piojos)

Los piojos no transmiten ninguna enfermedad, pero producen mucho picor, y pueden darse verdaderas epidemias en instituciones con niños.

¿Cómo prevenirlos?

Para evitar el contagio, se recomienda llevar el pelo largo recogido. Tener el pelo corto previene mucho el contagio, ya que se transmiten pelo a pelo, y facilita los tratamientos.

Se recomienda no compartir cepillos, peines y accesorios capilares.

No se ha demostrado la eficacia de los productos repelentes.

Si hay casos en el entorno próximo, hay que revisar las cabezas cada dos o tres días, realizar el tratamiento si se evidencian piojos vivos o liendres y avisar al profesorado.

¿Cómo se tratan los menores de dos años?

Una opción es cortar el pelo y eliminar los piojos y liendres a mano.

También se puede aplicar crema suavizante y pasar una lendrera, cada tres días, hasta que en tres peinados sucesivos no saque ningún piojo.

Hay que quitar a mano todas las liendres que se vean. Si no consiguen erradicar así, se podría usar un insecticida llamado permetrina, pero solo en mayores de dos meses.

¿Cómo se tratan los mayores de dos años?

Se puede actuar como con los pequeños, o usar el insecticida, o ambas cosas a la vez.

El insecticida más recomendado es la *permetrina*. Existen preparados con permetrina en champú y loción, con concentraciones próximas al 1%, que son las usadas para los piojos.

Se recomienda seguir las instrucciones de cada laboratorio a la hora de aplicar el producto.

Se puede usar dimeticona, de la familia de las siliconas. Tiene nula toxicidad ya que no se absorbe. Envuelve y asfixia al parásito, y tapa los poros de los huevos, impidiendo el intercambio de aire. Se aplica sobre pelo seco y se aclara tras diez horas. Repetir a los siete días.

Higiene del sueño

El sueño es una parte muy importante del desarrollo del niño a todos los niveles, sobre todo en esta primera etapa de la vida. Si no se adquiere una adecuada higiene del sueño desde el principio, después cuesta mucho rectificarla.

Nos movemos en una sociedad en la que la conciliación laboral y familiar resulta difícil. Para adaptarse al horario de sus padres, muchos niños tienen que madrugar, y pasar largas jornadas en guarderías. Esto va a condicionar de manera importante sus hábitos de sueño.

Vamos a basarnos en las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria, del SNS:

Los educadores deben saber que:

- Tienen que escuchar las demandas de los padres sin entrar en la rueda de la ansiedad, y derivarles a su pediatra en caso de duda.
- Explicar a los padres que el proyecto educativo de un centro de infantil considera fundamental la educación en hábitos sanos y que la colaboración es básica para conseguirlo.
- Hay herramientas para responder a la inadecuada información, tanto bibliográfica como *online*, que obtienen los padres.

Los educadores deben transmitir a los padres que:

- Los ritmos de vigilia-sueño los tiene que ir adquiriendo el niño en su primer año de vida.
- Un bebé bien cuidado no es el que más duerme.
- El sueño tiene que ser una actividad placentera y evitar asociar la cuna con el castigo.
- El tiempo que necesita dormir un bebé se acorta a la medida que va creciendo.
- No es conveniente suprimir la siesta de un niño a partir del año con la creencia de que así se dormirá antes y mejor por la noche.
- Es importante cuidar las condiciones externas de la habitación: ruidos, luz, temperatura.
- Poner especial cuidado en la relación padre/cuidador/educador y niño no solo en los momentos previos al sueño.
- Hay que saber escuchar las *demandas* de cada niño, como el llanto y la necesidad de posibles objetos transicionales (peluche, mantita).
- Hay que aplicar el principio de individualización de que cada niño es cada niño y de que hay diferentes modelos de acostarlo.

Medidas preventivas y de higiene del sueño, según la edad, para adquirir o mantener un buen patrón de sueño (se las pueden aconsejar a los padres):

Entre 2-5 meses

- Hacer siempre lo mismo a la hora de acostar al niño. Utilizar distintas rutinas puede dificultar el desarrollo del hábito de sueño.
- No despertar al bebé por la noche para alimentarlo. Si se inquieta, conviene esperar cinco minutos para ver si tiene hambre. Antes de alimentarlo, la madre debe tratar de arrullarlo durante un periodo breve. Si es preciso alimentarlo, hay que reducir el tiempo que le ofrece el pecho o la cantidad de leche del biberón.
- Alrededor de los tres meses, deberán tomar decisiones respecto del lugar en el que el niño va a dormir y hacer los cambios oportunos; por ejemplo, traslado del capazo o cuco a la cuna, del dormitorio paterno a su propia habitación.

Entre 5-12 meses

- Durante los primeros ocho meses puede ser habitual y normal que el bebé se despierte por la noche. No se le debe alimentar, pues a esta edad un niño sano ya no lo necesita, y hay que procurar no alterar el ambiente, encendiendo la luz o sacándolo de la cuna. Se debe consolar al niño con caricias y frases cariñosas.
- Se le puede proporcionar un *objeto transicional*, por ejemplo, un peluche o un juguete seguro, que le sirva de compañero de cuna.
- Se dejará abierta la puerta del cuarto.
- Cada día lleven a cabo y completen la *rutina presueño* que hayan establecido (baño-pijama-canción-cuento o cualquier otra acción rutinaria y tranquila que les funcione) y que debe finalizar en el dormitorio del niño.
- Asegúrese de colocarlo en la cuna o la cama somnoliento, pero aún despierto, para darle la oportunidad de aprender a dormirse por sí solo.

A partir de los 12 meses

- El ambiente debe ser tranquilo y oscuro.
- La temperatura de la habitación debe ser confortable: un exceso de calor o de frío favorece el despertar nocturno.
- El ruido ambiental será el mínimo posible.
- La hora diaria de acostarse debe ser aproximadamente la misma todos los días. La hora diaria de levantarse debe ser aproximadamente la misma todos los días.
- Hay que evitar acostarlo con hambre. Sin embargo, el exceso de líquidos favorece el despertar nocturno.

- El niño debe aprender a dormirse solo, sin ayuda. Si tiene rabieta, no hagan caso; los padres deben salir de la habitación y, si se levanta, deben acostarlo rápidamente, evitando hablar con él. Sobre todo, la actitud de los padres debe ser firme: hay que hacer siempre lo mismo y estar seguros de que eso es lo que hay que hacer.
- Se tiene que transmitir el mensaje de que se le está enseñando a dormir, de manera autónoma, y que no se trata de ningún castigo ni de una disputa entre padres y niño.
- La actividad física vigorosa se evitará 1-2 horas antes de acostarlo.
- Se evitarán alimentos excitantes, como los refrescos de cola o el chocolate.
- Hay que evitar las siestas muy prolongadas o tardías.
- Recuerden que la rutina previa a la hora de acostarse debe finalizar en el dormitorio del niño. Completarla cada día, de la misma forma, ayuda a que se sienta seguro y pueda predecir y anticipar lo que se espera de él.

Al cumplir los dos años

- Cuando el niño proteste y llore durante la noche, se debe reflexionar sobre lo ocurrido durante ese día. No se le debe chillar; hay que darle la seguridad de que los padres están para tranquilizarlo si lo necesita.
- Los padres no deben imponerse a sí mismos ninguna hora límite para conseguir que el niño duerma bien. Probablemente no se cumplirá y estará todavía más tenso. Deben limitarse a seguir las rutinas.
- No se debe perder la calma cuando se despierte a media noche. Se debe transmitir el mensaje de que es capaz de disfrutar durmiendo solo. Si los padres se enfadan, solo conseguirán que el niño se agite aún más.
- Si ha habido algún cambio reciente en la vida del niño, no se debe esperar que duerma profundamente.
- Si se le permite que duerma fuera de la cama, no le ayudará en absoluto a aprender a dormirse solo.
- Los padres deben pensar que, al dormir en su misma cama, se altera la fisiología del sueño del niño, además de la suya. El sueño de los niños mayores que duermen con sus padres es menos reparador y con más riesgo de asfixia.
- El pecho, el biberón o el chupete parecen muy útiles para dormirse, pero acabará necesiéndolos cada vez que tenga que dormirse, y en cuanto se despierte.
- Establezcan unos límites claros (número de cuentos, canciones...), si el niño se queja o anda con rodeos a la hora de quedarse solo.
- La pareja debe turnarse: descansaran más y el niño no **dirigirá** la noche. Si esto no es posible, se debe hacer una pausa cuando los padres **pierden los nervios**. Lo importante es transmitir tranquilidad y seguridad educativa.
- Cada familia tiene su nivel de tolerancia y sus propias creencias: no hay sistemas buenos ni malos, solo diferentes.

5. OTROS CONSEJOS

¿Cuáles son las dosis habituales de fármacos para la fiebre o el dolor?

Fármaco	Dosis	Dosis máxima	Intervalo	Observaciones
Paracetamol	10-15 mg/kg/ dosis	60 mg/kg/día	Cada 4-6-8 horas	Vía oral o rectal No hay límite de edad
Ibuprofeno	5-10 mg/kg/ dosis	30 mg/kg/día	Cada 6-8 horas	Vía oral Mayores de 6 meses o 7 kg
Metamizol	10-12 mg/kg/ dosis	60 mg/kg/día	Cada 6-8 horas	Vía oral o rectal No en menores de 4 meses No supositorios en menores de 1 año

¿Cómo se calcula la dosis?

- Paracetamol gotas 100 mg/ml. $\text{Peso} \times 0,15 = \text{ml por toma}$.
- Ibuprofeno jarabe 100 mg/5 ml. $\text{Peso} : 3 = \text{ml en cada toma}$.
- Ibuprofeno jarabe 200 mg/5 ml. $\text{Peso} : 6 = \text{ml en cada toma}$.
- Metamizol gotas 500 mg/ml; $0,5 \text{ gotas/kg/dosis}$.

Recursos

- Antitérmicos (para la fiebre): <http://www.familiaysalud.es/medicinas/farmacos/antitermicos-para-la-fiebre>
- Antitérmicos: <http://pediamecum.es/tag/antitermicos/>
- Analgésicos, antitérmicos, antiinflamatorios: <http://www.guiafarmapediatrica.es/vademecum/analgesicos-antitermicos-antiinflamatorios>

5. OTROS CONSEJOS

Normas del área de juego común

La zona del área de juego de las guarderías es un espacio común donde se pueden fomentar los hábitos de relación de los niños y otras habilidades, sobre todo las relacionadas con la psicomotricidad.

En el juego, el niño aprende a conocer su propio cuerpo y sus posibilidades.

Lo ideal es que sea un espacio al aire libre, que sirva como lugar de experimentación y descubrimiento. Para que haya un mayor enriquecimiento entre ellos, lo mejor es que se facilite el encuentro con otros niños de distintas edades.

¿Qué condiciones deben reunir las zonas de recreo?

- Deben ser de uso exclusivo del centro infantil.
- Deben ser accesibles para los niños con alguna discapacidad física.
- Deben estar cerca de algún aseo.
- Los materiales de juego no pueden estar fabricados con productos tóxicos, no pueden tener plomo, ni alquitranes ni amianto. Deben ser resistentes y seguros, deteriorándose lo menos posible con las inclemencias del tiempo.
- Los elementos de juego deben ser del tamaño adecuado para el grupo de edad para el que se destinan.
- Se aconseja un espacio abierto, tipo patio, con un suelo de material blando, como el caucho reciclado o poliuretano, que amortigüe golpes y caídas. También se recomienda, además, una zona de arena.
- Lo más conveniente es disponer de una zona de sol y otra de sombra.
- Si existen columpios o balancines, con los movimientos que suponen, deben tener un área circundante de seguridad señalizada y vallada.
- Si el clima es lluvioso o frío, se debería disponer de una zona de juego cubierta.
- Se debe disponer de un espacio donde guardar los juguetes y otros elementos de la zona de juegos.

Objetivos que se buscarán en esta zona de la guardería:

- Fomentar el respeto hacia todos los compañeros y hacia el medio ambiente.
- Potenciar el juego libre y simbólico.
- Ofrecer posibilidades para todos los grupos de edades.
- Favorecer la socialización de los niños, enseñándoles a compartir y esperar su turno de juego.
- Favorecer su desarrollo evolutivo.
- Ayudarles a estimular su percepción.
- Fomentar diferentes funciones psicomotrices.

Actividades a realizar

Se organizarán actividades en función de la estructura y elementos de los que se disponga en el patio o zona de juegos. Y adecuándolas a la etapa de desarrollo de los niños que lo disfruten. Puede tratarse tanto de juego libre como dirigido.

Lo más habitual suele ser distribuirlo por **zonas o "rincones"**, que podrían ser:

- **Zona de juegos de psicomotricidad:** con toboganes, tubos, laberintos, escalas, rampas y puentes.
- **Zona de juego simbólico:** con castillos, casitas o cabañas. Pueden tener bancos y mesas o estar fuera de ellos. También "un mercadillo", una cocinita, un taller de reparaciones...
- **Zona de juegos de construcción:** con materiales adecuados a su edad. Se puede disponer de un arenero, para que puedan desarrollar sus creaciones.

Estructuración y diseño del patio

Se diseñará en función de las actividades lúdicas que se lleven a cabo y de las edades de los niños que participen.

Sería recomendable contemplar diferentes aspectos básicos:

- Todas las estructuras deben estar diseñadas para evitar accidentes, teniendo bordes romos y materiales antideslizantes y fáciles de limpiar.
- Todos los juegos móviles, como columpios, balancines, carruseles y toboganes, deben disponer de una distancia de seguridad circundante.
- Se pueden diseñar algunos relieves como pequeñas montañas, caminos, cruces y puentes.
- Es recomendable disponer de un punto de agua potable cercano. Puede servir también para poder mojar la arena, si se dispone de ella, y así realizar mejor las construcciones.
- Se puede disponer de algún árbol, adecuado al clima del lugar. Preferiblemente, será de hoja caduca, para garantizar un mínimo de sombra en primavera y verano, permitiendo el máximo sol en invierno. Habrá que tener en cuenta que no sea de elevado poder alergénico.

Recursos

- Guía para proyectar y construir escuelas infantiles. FEMP: <http://goo.gl/vjhzBx>

5. OTROS CONSEJOS

Normas del comedor escolar

La infancia es una etapa fundamental del desarrollo, en la que tiene mucha importancia la calidad de la alimentación que recibe el niño.

En el comedor se realiza la comida principal del día, que representa el 35% de las recomendaciones de energía diarias, y el aporte de un importante número de nutrientes.

Además, el momento del comedor proporciona un espacio muy adecuado para crear hábitos de higiene y salud, así como, para trabajar otros valores de socialización de los niños.

Por todo esto es necesario fijar unas actitudes y normas que faciliten la convivencia y contribuyan al óptimo desarrollo infantil.

Objetivos del comedor escolar

El **comedor escolar** es un **servicio educativo complementario** que, de acuerdo con el plan general del centro, sería recomendable que tuviera los siguientes **objetivos**:

Educación para la salud

- Involucrar a las familias para que colaboren con los responsables de comedor, para así aumentar los beneficios en la salud y educación nutricional del alumno.
- Coordinar a la familia y al centro educativo, para que ambos sigan los mismos patrones de conducta adquiridos en el comedor.
- Desarrollar y fomentar hábitos personales de higiene y buena alimentación.
- Poner en práctica normas higiénicas y sanitarias aprendidas en clase.
- Iniciarse en la ingesta de todo tipo de alimentos, probando gustos diversos.
- Aprender a mantener posturas correctas en la mesa.
- Desarrollar hábitos en el uso adecuado de los cubiertos y menaje.
- Adquirir y poner en práctica hábitos relacionados con las normas de educación básicas en la mesa.

Educación para la convivencia

- Estimular el compañerismo y las actitudes de respeto y tolerancia hacia todos los miembros de la comunidad escolar.
- Fomentar en los alumnos el espíritu de cooperación, implicándolos, según sus posibilidades, en tareas de servicio de comedor, como poner y retirar el servicio o ayudar a los más pequeños.

- Lograr un comportamiento adecuado en la mesa.
- Crear un ambiente sin mucho ruido, evitando gritos y dialogando de forma distendida.
- Enseñar a cuidar y respetar los locales, el mobiliario y los utensilios de uso comunitario.

Educación para el ocio

- Planificar actividades de ocio y tiempo libre que contribuyan al desarrollo armónico de la personalidad y al fomento de hábitos sociales y culturales.
- Fomentar hábitos y proporcionar estrategias para la utilización correcta del tiempo libre.

Pautas para elaboración de los menús del comedor escolar

Requisitos nutricionales

La comida del mediodía deberá aportar alrededor de un 35% de la energía total de las necesidades diarias.

Del menú, las proteínas representarán un 12-15% del contenido calórico, las grasas no más del 35%, y el resto provendrá de los hidratos de carbono.

Se debe limitar la ingesta de grasas saturadas, no debiendo aportar más del 10% de la energía total diaria, aportando los ácidos grasos trans el 1% de la ingesta total diaria.

El tamaño de la raciones se adecuará a la edad, sexo y actividad física del niño que las recibe.

Composición y variedad de los menús

La dieta ha de ser variada, tanto en los nutrientes, que se distribuirán de manera equilibrada, como en los procesos culinarios que se empleen. Deben incorporar elementos de todos los grupos alimentarios en proporciones adecuadas.

Para la elaboración de los menús se utilizarán aceites vegetales monoinsaturados (de oliva) o poliinsaturados (girasol, maíz, soja y cacahuete).

Todos los días los niños tienen que tener la posibilidad de consumir verduras y hortalizas, como base del primer plato o como guarnición del segundo.

Las legumbres se servirán una o dos veces por semana. El primer plato, dos o tres veces por semana pertenecerá al grupo de los cereales: arroz, pasta y patatas; preparados preferentemente con verduras.

El segundo plato alternará carne, pescado y huevos, con una guarnición de ensalada u hortalizas. Los pescados estarán presentes al menos una o dos veces por semana.

El postre será una pieza de fruta, no sustituible por zumo envasado. Como complemento, se podrá incluir un lácteo, preferiblemente, yogur natural.

La bebida de elección será el agua. La comida se acompañará de pan.

Ingestas recomendadas de energía y nutrientes						
Ingestas recomendadas	Niños y niñas		Niños		Niñas	
	4-5 años	6-9 años	10-12 años		10-12 años	
Energía (kcal)	1700	2000	2450	2750	2300	2500
Proteína (g)	30	36	43	54	41	45
Calcio (mg)	800	800	1000	1000	1000	1000
Hierro (mg)	9	9	12	15	18	18
Zinc (mg)	10	10	15	15	15	15
Magnesio (mg)	200	250	350	400	300	330
Fósforo (mg)	500	700	1200	1200	1200	1200
Tiamina (mg)	0,7	0,8	1	1,1	0,9	1
Riboflavina (mg)	1	1,2	1,5	1,7	1,4	1,5
Ácido fólico (µg)	200	200	300	400	300	400
Vitamina C (mg)	55	55	60	60	60	60
Vitamina A (µg)	300	400	1000	1000	800	800
Vitamina D (µg)	10	5	5	5	5	5
Vitamina E (µg)	7	8	10	11	10	11

Fuente: Programa Perseo, Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.



Composición y variedad de los menús en el comedor escolar (1 mes, 20 días lectivos)				
Grupo de alimentos y alimentos	Frecuencias	N.º de procesos culinarios distintos por grupo que se ofertan al mes	N.º de recetas diferentes por grupo que se ofertan al mes	N.º de alimentos distintos por grupo que se ofertan al mes
Fruta	4-5 ración/semana	-	-	4
Verduras y hortalizas	1 vez/día	3-4	No repetir en 2 semanas	4-5
Pan	1 ración/día	-	-	1-2
Patatas, pasta, arroz, legumbres, maíz, etc.	1 vez/día	3-4	No repetir en 2 semanas	6-8
Carnes y derivados	5-8 ración/mes	2-3	No repetir en 2 semanas	3-4
Pescado, moluscos y crustáceos	5-8 ración/mes	2-3	No repetir en 2 semanas	3-4
Huevos	4-7 ración/mes	2	No repetir en 2 semanas	-
Lácteos	Complemento	-	-	-
Agua	Diaria	-	-	-

Fuente: Programa Perseo, Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

Necesidades especiales

Cada vez es más frecuente la presencia en el comedor escolar de comensales con necesidades específicas en su dieta.

Los principales motivos por los cuales es necesario incorporar adaptaciones o modificaciones en los menús para algunos de los usuarios son las alergias alimentarias, la enfermedad celíaca, el sobrepeso y los motivos religiosos. Otros problemas de salud que también necesitan el apoyo de aportes dietéticos específicos son la obesidad, la diabetes y la hipercolesterolemia.

Es habitual la presencia de niños y niñas con problemas motores que requieren la modificación de texturas de las preparaciones y el apoyo mediante ayudas técnicas y supervisión personal.

La legislación vigente establece que se ofrecerán menús alternativos para aquellos comensales que, por prescripción médica, requieran un menú especial o tengan intolerancia a ciertos alimentos. En estos casos, los interesados han de presentar el correspondiente informe médico en el centro.

Origen étnico

En el diseño de los menús siempre se ha de tener en cuenta los gustos y costumbres de la población a la que van dirigidos, para que les sean apetecibles.

Además, se debe tener en cuenta el porcentaje de alumnos inmigrantes del centro, que, en su mayoría se habrán adaptado a la comida española, pero cuya alimentación puede estar condicionada por sus creencias religiosas, que habrá que respetar.

Alergias e intolerancias alimentarias

El organismo presenta a veces reacciones a los alimentos, que pueden provocar desde una molestia mínima hasta, en ocasiones extremas, la muerte.

La **intolerancia** a un alimento se caracteriza por la incapacidad para digerirlo y metabolizarlo, sin que intervenga ningún mecanismo de defensa inmune.

La **alergia o hipersensibilidad** alimentaria es la reacción adversa que presenta un individuo tras la ingestión, contacto o inhalación de un alimento con una causa inmunológica comprobada.

Algunas personas con intolerancia son capaces de consumir pequeñas cantidades del alimento al que presentan dicha intolerancia (excepto en el caso del gluten), mientras que en la alergia hay que eliminar totalmente el componente.

Es necesaria la sensibilización y formación del personal responsable del servicio de cocina y comedor en los centros de enseñanza con relación a este tema, resaltando los riesgos que conlleva para la salud de los pequeños la vulneración de las recomendaciones dietéticas en escolares con alergias alimentarias específicas.

Medidas de prevención de alergias alimentarias en el comedor escolar

- Mantener informados a los padres del menú que va a consumir su hijo.
- Solicitar el certificado médico del niño para evitar confusiones.
- Leer siempre los ingredientes de los alimentos que se vayan a utilizar en la preparación del menú.
- Tener siempre la medicación oportuna en el centro, sobre todo para aquellas personas con alergias muy serias, cuya vida corre grave peligro si no se reacciona a tiempo.
- Ante la duda de la presencia de un alérgeno en el alimento, no dárselo al niño o niña.

En la preparación de los alimentos:

- Tener siempre en la cocina el listado de información de alérgenos.
- No utilizar guantes de látex.
- Cocinar primero la comida del alérgico para evitar contaminaciones. Tenerla aislada hasta servirla.
- Manejar utensilios exclusivos para el alérgico.
- Higienizar todas las superficies de trabajo para evitar contaminaciones.
- Procurar que la comida del alérgico sea lo más parecida posible a la de sus compañeros.
- Eliminar totalmente el alérgeno del menú.
- Cocinar siempre en aceite nuevo y cacerola limpia para evitar contaminaciones cruzadas.
- Se debe tener siempre en cuenta el listado de aditivos e ingredientes prohibidos para así poder comprobar correctamente las etiquetas.

Dieta astringente

En los comedores escolares se suele conocer como dieta blanda astringente, apropiada para minimizar la diarrea y los vómitos, y para facilitar la digestión.

Entre las recomendaciones de esta dieta se encuentran platos a la plancha o hervidos, con bajo contenido en grasas, no siendo recomendable el uso de legumbres, leche, carnes, verduras y frutas, excepto las indicadas, como por ejemplo:

- Patata cocida y zanahoria.
- Sopa y caldo de arroz y cebolla.
- Caldo de zanahoria muy cocida.
- Pollo cocido.
- Jamón y pavo cocido.
- Pescado cocido con un poco de limón.
- Pescado hervido y sazonado.
- Tortilla francesa de un huevo.
- Huevo pasado por agua.
- Yogur o yogur líquido.
- Fruta (a ser posible cocida o en compota).
- Plátano muy maduro.
- Manzana al horno sin piel.
- Manzana rallada sin piel.
- Membrillo.

- Zumo de limón diluido en agua.
- Infusiones.
- Pan tostado.
- Galleta tostada.

Técnicas culinarias

En los escolares, la correcta presentación, confección de las recetas de los platos y una técnica adecuada pueden ayudar de forma muy importante a estimular el gusto y el deseo de tomar alimentos fundamentales para una dieta equilibrada, como son verduras, legumbres y hortalizas.

Se emplearán preferentemente técnicas culinarias que requieran pocas grasas en su preparación.

Los alimentos que se ofertan en restauración colectiva siempre requieren un tratamiento culinario específico y cuidadoso para mantener, por un lado, unas óptimas cualidades higiénico-sanitarias para su consumo y, por otro, cuidar las cualidades organolépticas, sabor y textura. Esto es especialmente importante cuando las raciones requieren un tiempo de espera y deben conservarse en mesas calientes para mantener la temperatura adecuada.

Técnicas, presentación y recetas

- En las verduras cocidas es fundamental asegurar un punto correcto de textura. Si están excesivamente blandas modificará su gusto natural y también causará la pérdida de los nutrientes propios que, a medida que avanza la cocción, van desapareciendo del producto.
- Las verduras, normalmente, presentan un sabor delicado y poco atractivo al gusto de los niños. Si se aderezan estas con aceite de oliva y un punto justo de sal, mejora su calidad gustativa.
- La combinación de verduras con otros elementos realza su sabor, modifica su aspecto y las hacen más atractivas para el comensal. Para conseguir esto se pueden utilizar después de la cocción técnicas como el salteado o el rehogado, que se complementan con aceite de oliva, los sofritos o, por ejemplo, jamón serrano.
- La técnica de cocinar las verduras a la plancha aporta un sabor agradable a las verduras y resulta una forma muy saludable de comerlas. Como adquieren un atractivo aspecto dorado, estimulan al niño a degustarlas.
- Es importante jugar con la originalidad en la elaboración y presentación de distintas recetas con verduras y hortalizas, para así estimular a los niños a su consumo. Se les pueden ofrecer ensaladas variadas o recetas de pasta como lasaña o canelones, donde no se percibe la verdura como plato principal.

- La mayor utilización de verduras en las guarniciones, en detrimento de otras más comunes, como las patatas fritas u otras frituras, es la mejor manera de equilibrar la dieta.
- Los purés, las cremas o las menestras de distintos tipos de verduras también resultan muy agradables de comer, si están elaborados de forma correcta.
- Se recomienda no llenar el plato hasta arriba, sin rebosar.
- Para poder manejarla mejor, recordar que no es bueno cortar la pasta larga y que a los niños les gusta más la pasta de colores.
- El pescado les suele resultar poco atractivo, por lo que las salsas y guarniciones que lo acompañen deberían ser muy apetitosas.

El entorno físico del comedor escolar

El comedor escolar debería estar integrado en el proyecto educativo del centro y proporcionar una oportunidad para que los niños desarrollen los conocimientos adquiridos en el aula. A la vez que puedan experimentar y compartir con sus compañeros la degustación de alimentos y formas culinarias que no prueban habitualmente en sus casas.

Llevar a la práctica estos aspectos requiere que los escolares dispongan de un espacio físico agradable en el que disfrutar del momento de la comida en un ambiente relajado y con tiempo suficiente para su consumo. Se logrará así que el momento de la comida sea un espacio grato de convivencia.

Esto se puede lograr mediante:

- **Iluminación:** preferiblemente luz natural, o por lo menos, la máxima de la que se pueda disponer. Si no es posible, la suficiente luz artificial que permita una fácil visión de los alimentos.
- **Ventilación:** que asegure la suficiente renovación del aire para el volumen de personas que utilicen ese espacio de comedor.
- **Control de ruido:** medidas de insonorización que contribuyan a disminuir el nivel de ruido y favorezcan la conversación en un tono sosegado.
- **Temperatura:** evitar tanto el exceso de calor como el de frío.
- **Olores:** cuidar de minimizar los olores fuertes a comidas preparadas o a productos de combustión o limpieza.
- Se recomienda que los niños sepan lo que van a comer mediante la **exposición del menú diario**.
- **Mensajes educativos:** tanto de hábitos nutricionales como de higiene y conducta correctas a la hora de comer. Esto se puede lograr con una decoración sencilla pero alegre y agradable, con carteles y dibujos que incorporen mensajes relacionados con la alimentación saludable o prácticas higiénicas relacionadas con la ingesta. También pueden resultar útiles fotografías atractivas de alimentos.

- El **mobiliario** del comedor debe ser adecuado al tamaño de los usuarios. Las sillas serán del tamaño correspondiente a las mesas en las que se ubican. Se adjudicarán a los comensales puestos en el mobiliario que mejor se adapte a su tamaño.
- Vasos, vajilla, bandejas y cubiertos se renovarán periódicamente asegurando el buen estado de todos los **utensilios**. Para los comensales más pequeños, puede ser de interés emplear vasos de material resistente y diseño que asegure su estabilidad.
- En los casos en los que participen del servicio de comedor alumnos con necesidades especiales por dificultades motoras puede ser oportuno disponer de **ayudas técnicas** como elementos específicos de la vajilla y cubiertos que faciliten su autonomía.

Intervención educativa: normas de convivencia del comedor

Con carácter general, las actividades del comedor escolar se regirán por el reglamento interno del proyecto educativo de centro.

Son normas específicas del comedor, en consonancia con sus objetivos en cada centro:

Alimentación

- No se debería dar varias opciones de menú, para evitar caprichos. La excepción a esto son los niños con dietas especiales.
- Cada niño tiene su momento madurativo. Durante la comida se debe observar el ritmo de cada comensal, para que siga un ritmo adecuado, ni lento ni rápido.
- Los niños deberán tener cuidado al comer, evitando que los alimentos caigan fuera del plato, y recogéndolos si esto sucede.
- Si se manchan, deberán cambiarse cuando termine de comer. Así mismo, deberán lavarse cuando se levante de la mesa, si se ensucian las manos.
- Evitar dar al comensal la comida en la boca. Se le podrá ayudar si la ingestión del alimento entraña dificultad.
- No se debe triturar el alimento para ahorrarles dificultades, sino estimular la masticación, aunque haya que ayudarles partiéndolo en trozos pequeños.
- No deben coger los alimentos con los dedos.
- La técnica en el uso de los instrumentos de manipulación de los alimentos y la corrección en la mesa mejora progresivamente desde las primeras etapas de infantil. Se suele consolidar en la adolescencia.
- Deben beber de forma correcta, sin hacer grandes ruidos, y la cantidad suficiente que no les quite el apetito para comer lo que tienen en el plato.

Higiene

- Es importante hacer comprender al escolar la necesidad de cuidar el cuerpo para garantizar la salud.
- Ha de acostumbrarse mediante acciones repetitivas y constantes a tener cuidado y estima de su cuerpo.
- Procurar que no se lleve a la boca lo que ha estado en el suelo.
- Establecer rutinas de conductas encadenadas como: antes de sentarse en la mesa ir al aseo, lavarse las manos; comer; después lavarse los dientes y de nuevo lavar las manos.
- Los niños deben ir al servicio antes de entrar en el comedor para evitar que se levanten durante la comida.
- Hay que recordar al niño que de casa debe llegar con el pelo, los dientes y los oídos limpios, y con las uñas cortadas.

Conductas

El escolar debe ser capaz de:

- Lavarse las manos antes y después de comer.
- Entrar y salir ordenadamente. Ocupar el sitio que le corresponde.
- Mantener la postura correcta, sin apoyar los codos en la mesa
- Colaborar poniendo y quitando la mesa. Repartir a gua a sus compañeros.
- Pedir por favor.
- Usar cuchara, tenedor y cuchillo correctamente.
- Beber y comer pausadamente, con la boca cerrada.
- Usar servilleta, limpiarse la boca antes de beber.
- Comer de todo. Acabando lo que le ponen en el plato sin protestar.
- No tirar comida fuera del plato.
- Levantarse cuando corresponde.
- Saber comer pan, partiendo un trozo pequeño cada vez, no mordiéndolo la pieza entera.
- Utilizar un tono adecuado de voz.
- Respetar a sus compañeros.
- Comprender los mensajes del cuidador.
- Interesarse por saber lo que come.

Recursos

- Guía de comedores escolares. Programa Perseo: http://www.perseo.aesan.msssi.gob.es/docs/docs/guias/GUIA_COMEDORES_ESCOLARES.pdf
- Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición: <http://aesan.msssi.gob.es/>
- Fundación Española de la Nutrición: <http://www.fen.org.es>
- Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética: <http://www.fesnad.org>
- Centros docentes de Madrid: <http://goo.gl/KVKAK1>
- Sociedad Española de Nutrición: <http://www.sennutricion.org/>
- Federación Española de Asociaciones dedicadas a la Restauración Social: <http://www.feadrs.com>
- La guía de la oferta económicamente más ventajosa en la restauración colectiva: <http://www.contract-catering-guide.org/es/index.html>
- FoodServiceEurope: <http://www.ferco-catering.org/>
- Comedores saludables: <http://www.comedoressaludables.org>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: <http://www.msc.es/>
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte: <http://www.mepsyd.es>

5. OTROS CONSEJOS

¿Qué hacer ante sospecha de malos tratos?

Los niños acuden a la guardería desde edades muy tempranas, y por ello, los profesores pueden detectar posibles situaciones de maltrato en los niños.

¿Qué es el maltrato?

La Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas, en su artículo 19, se refiere al maltrato infantil como: "Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que le tenga a su cargo".

Tipos de maltrato

Aunque diferenciamos varios tipos de maltrato, se suelen dar de forma solapada:

- **Maltrato físico:** acción no accidental de algún adulto que provoca daño físico o enfermedad en el niño, o que le coloca en grave riesgo de padecerlo.
- **Abandono físico:** situación en que las necesidades físicas básicas del menor, (alimentación, higiene, seguridad, atención médica, vestido, educación, vigilancia...) no son atendidas adecuadamente, temporal o permanentemente, por ningún adulto del grupo que convive con él.
- **Abuso sexual:** cualquier clase de placer sexual con un niño por parte de un adulto, desde una posición de poder o autoridad. Puede ser que exista un contacto físico (en forma de penetración o tocamientos) o puede utilizarse al niño como objeto de estimulación sexual.
- **Maltrato emocional:** conductas de los padres o cuidadores tales como insultos, rechazos, amenazas, humillaciones, desprecios, burlas, críticas, aislamiento, atemorización, etc., que causen o puedan causar deterioro en el desarrollo emocional, social o intelectual del niño.
- **Abandono emocional:** situación en la que el niño no recibe el afecto ni la estimulación, apoyo y protección necesarios en cada estadio de su evolución, lo que inhibe su desarrollo óptimo. Existe una falta de respuesta por parte de los padres o cuidadores a las expresiones emocionales del niño (llanto, sonrisa...) o a sus intentos de aproximación o interacción.
- **Maltrato institucional:** se entiende por malos tratos institucionales cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos, o bien derivada de la actuación individual del profesional, que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración, o que viole los derechos básicos del niño y/o la infancia.

- **Explotación laboral:** cualquier forma de utilización de niños para obtener beneficio, que implique explotación económica y el desempeño de cualquier actividad que dificulte su educación.

Síndrome del bebé sacudido

- El síndrome del bebé sacudido es un tipo de maltrato en el que el bebé es zarandeado con fuerza por un adulto, inclusive con una sacudida de solo cinco segundos. Normalmente se produce en bebés de menos de dos años.
- Al no tener los músculos desarrollados, el cerebro choca con las paredes del cráneo, provocando importantes lesiones cerebrales y en la retina.
- Es más fácil que se produzca una lesión cuando hay tanto la aceleración (a causa de la sacudida) como la desaceleración (cuando la cabeza se golpea contra algo). Aunque el golpe sea contra un objeto suave, como un colchón o una almohada, puede bastar para lesionar a los recién nacidos y los bebés pequeños.

Los síntomas que puede presentar el bebé son:

- Convulsiones (crisis epiléptica).
- Disminución del estado de alerta.
- Irritabilidad u otros cambios en el comportamiento.
- Letargo, sueño, falta de sonrisa.
- Pérdida del conocimiento.
- Pérdida de la visión.
- Paro respiratorio.
- Piel pálida o azulada.
- Mala alimentación, falta de apetito.
- Vómitos.

Detección del maltrato

Ante la sospecha de una situación de maltrato, la institución escolar debe dar una respuesta ordenada y contenedora, que atienda siempre al bienestar del niño.

Un profesor puede sospechar la existencia de maltrato por distintas circunstancias en los niños:

- Por presentar comportamientos desajustados o **cambios en su comportamiento** (agresividad, inatención, pasividad, baja autoestima, conductas negativas, etc.).
- Por signos o **lesiones físicas**.
- Porque el niño **lo cuenta directamente** o se lo cuenta a otro niño.

Ante la sospecha de un maltrato, los posibles pasos a seguir serían:

1. Comunicarlo al responsable de la guardería si lo ha detectado otro profesional del centro educativo.
2. Observar al alumno en diferentes espacios y momentos: recreo, clase, interacciones con otros niños y en los contactos con los miembros de su familia.
3. Obtener información a través de otros profesores o profesionales que conozcan al menor, a través de una entrevista a la familia y también con el niño.
4. No debemos tratar de probar que ha habido maltrato, ya que no es función del docente, solo recabar información.
5. Informar al equipo directivo del centro.
6. Acordar, si es posible, algunas actuaciones conjuntas que puedan llevar a mejorar la situación del alumno. En ocasiones, una orientación a la familia puede detener el problema.
7. Valorar solicitar ayuda a los Servicios de Apoyo Especializados (equipo de orientación educativa psicopedagógica), que pueden realizar una valoración más exhaustiva y nos ayudaran a marcar un plan de actuación conjunta con el tutor.
8. Si se cree conveniente intervenir en el ámbito familiar, se notificará a los Servicios Sociales.
9. Si la situación detectada se valora de alto riesgo para el menor, grave y urgente, se derivará inmediatamente a los Servicios Sanitarios (si se trata de un daño físico), Servicios Sociales o Comisión de Tutela o Policía.

Notificación

- La notificación es una **obligación legal y profesional** y una condición necesaria para posibilitar la intervención en casos de maltrato infantil. Si desde la guardería se llega a la conclusión de que existen sospecha de posibles malos tratos a un menor, debe ponerlo en conocimiento del departamento de Protección a la Infancia de los Servicios Sociales Municipales.
- Es muy importante que la **familia tenga conocimiento** de que se va a dar información de la situación detectada para la **búsqueda de ayudas** necesarias para resolver la situación, y **nunca con el objetivo de retirar la tutela del menor**. Solo en situaciones de gravedad, donde el interés del menor nos aconseje no informar a la familia porque podría ser más perjudicial, debemos hacerlo sin esta información previa.

Recursos

Direcciones web útiles

- Por qué, cuándo y cómo intervenir desde la escuela ante el maltrato a la infancia y la adolescencia: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Guia_conceptual_MIO3_08.pdf
- ¡Cuidado! Síndrome del bebé sacudido: <http://www.familiaysalud.es/podemos-prevenir/prevencion-de-accidentes/como-prevenir/cuidado-sindrome-del-bebe-sacudido>
- Síndrome del bebé sacudido: <http://www.mamitown.es/videos/salud/sindrome-del-bebe-sacudido/>

Bibliografía

- Puerta Climent ME, Colinas Fernández I, Díaz Aguado MJ, Martínez Arias R. Detección y prevención del maltrato infantil desde el centro educativo. Guía para el profesorado. Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid, Obra Social Caja Madrid. Disponible en: http://www.madrid.org/dat_norte/WEBDATMARCOS/supe/convivencia/materiales/guia_protocolo_maltrato.pdf.

Esta selección de enlaces y normativas puede ser de utilidad para ampliar información sobre algunos aspectos relativos a la higiene y salud en las escuelas.

Legislación general

1. **Constitución Española (artículo 27)**. Derecho de todos los niños a la educación gratuita independientemente de su estado de salud. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>
2. **Constitución Española (artículo 14)**. Leyes contra la discriminación y los derechos de igualdad: aplicables en todas las circunstancias (actividades escolares, excursiones) en las que un niño esté bajo la responsabilidad del colegio y su personal. Los niños con cualquier tipo de discapacidad (incluidos los que tienen enfermedades médicas) deben ser tratados de la misma forma que los demás niños y deben tener las mismas oportunidades. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>
3. **Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa**. BOE n.º 187 de 6 de agosto de 1970. Recoge los derechos básicos de todos los niños a la educación, independientemente de sus circunstancias personales.
4. **Ley Orgánica 2/2006 (y sus precedentes) de 3 de mayo, de Educación**. BOE n.º 106 de 4 de mayo de 2006. Establece un código de conducta en todos los centros educativos, privados y públicos.
5. **Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor**. BOE n.º 15 de 17 de enero de 1996. "La educación, como deber constitucional, implica un deber de cuidado sobre la integridad física de los menores que originariamente recae en los padres o tutores y que se desplaza a los poderes públicos durante el periodo de la jornada escolar."
6. **Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, artículos 195 y 196 (omisión del deber de socorro)**. BOE n.º 281 de 24 de noviembre de 1995. "De acuerdo con el Código Penal, el que no socorriere a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiere hacerlo sin riesgo propio ni de terceros, será responsable ante la ley por omisión del deber de socorro". Esto incluye un alumno que se encuentre en situación de riesgo vital.
7. **Ley 42/2010, de 30 de diciembre**, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE n.º 318 de 31 de diciembre de 2010, sección I, pág. 109188.

8. **Proposición no de Ley (2010) para mejorar la atención en el ámbito escolar a los niños y niñas con diabetes y alergias a alimentos y al látex” (161/001687).** Con el objetivo de mejorar la atención e integración en la escuela de los niños diagnosticados de este tipo de patologías crónicas en todos sus espacios y actividades. Disponible en: http://www.fundaciondiabetes.org/upload/articulos/80/Proposicion_nodeley.pdf (página 28).

Normativas autonómicas

En España, la Educación y la Sanidad son competencias autonómicas. Las referencias al tratamiento de urgencia difieren entre comunidades autónomas y se reparten en documentos que regulan diferentes áreas (por ejemplo, enfermedades crónicas en los colegios o situaciones de urgencia). Los protocolos de actuación existentes están realizados como marco de entendimiento entre las diferentes partes implicadas en el cuidado de los niños y describen como deben atenderse aquellos niños que requieren la administración de medicamentos en el colegio.

Os hemos seleccionado algunas **normativas y protocolos autonómicos varios** al respecto de la atención al niño diabetes y con algunas patologías crónicas en la escuela, aunque pueden existir más en cada comunidad autónoma:

- Acuerdo Marco de colaboración entre la Consejería de Salud y Bienestar Social y Consejería de Educación, Ciencia y Cultura de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha para la determinación de actuaciones conjuntas. 21 de marzo de 2011. Disponible en: http://www.fundaciondiabetes.org/upload/articulos/79/AcuerdoMarco_CLM.pdf
- Protocolo de Atención al Niño/a y Adolescente con Diabetes en la Escuela. Dirección General de Política Educativa de la Consejería de Educación y de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Extremeño de Salud- Consejería de Sanidad y Dependencia. 15 de abril de 2011. Disponible en: http://www.fundaciondiabetes.org/upload/articulos/78/protocolo_escuelasextremadura.pdf
- Modelo de atención a los niños con diabetes en el ámbito escolar en Cataluña elaborado por el Departamento de Salud y el Departamento de Educación de Cataluña, con la colaboración de la l'Associació de Diabètics de Catalunya (ADC). Noviembre 2010. Disponible en: <http://www.adc.cat/not/not-279.pdf> (catalán) y http://www.fundaciondiabetes.org/upload/articulos/76/modeloactuacion_escuelas.pdf (castellano).
- Estrategia para la mejora del alumnado de educación infantil y primaria con patologías crónicas en la Comunidad de Madrid. Julio de 2010. Disponible en: http://educacion.enfermedades-raras.org/wp-content/uploads/2014/07/estrategia_escuelaCAM.pdf

- Orden de 29 de julio de 2009 de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana, por la que desarrolla los derechos de salud de niños y adolescentes en el medio escolar. Disponible en: http://educacion.enfermedades-raras.org/wp-content/uploads/2014/07/estrategia_escuelaCAM.pdf y http://www.fundaciondiabetes.org/upload/articulos/81/Decreto_Valencia.pdf
- Circular sobre el Programa de actuación para atender a la población escolar con necesidades sanitarias específicas del País Vasco, del Departamento de Educación, Universidades e Investigación y Departamento de Sanidad. 30 de agosto de 2006. Disponible en: http://kristaueskola.eus/archivos/descargas/CIRCULAS_CONJUNTA_EDUCACION_Y_SANIDAD_sobre_asistencia_sanitaria_en_horario_escolar_2012_03_01_13_22_21.pdf

Se puede consultar un resumen de estos documentos, con acceso a los mismos, en: <http://www.fundaciondiabetes.org/general/actividad/16/la-integracion-del-nino-con-diabetes-en-la-escuela-una-prioridad-para-la-funacion-para-la-diabetes>

Documentos de consenso y enlaces sobre salud y escuela

- *Documento de consenso sobre recomendaciones para una escolarización segura del alumnado alérgico a alimentos y/o látex*: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/Alergia_Alimentos_latex.pdf
- *Guía para una escuela activa y saludable*: http://www.perseo.aesan.msps.es/docs/docs/guias/escuela_activa.pdf
- *Salud en la escuela*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/saludEscuela.htm>

1. Emergencias y Protección Civil: 112

Número único de asistencia ante cualquier tipo de emergencia: sanitaria (ambulancia), de extinción de incendios (bomberos) o de salvamento o seguridad ciudadana (Policía y Guardia Civil).

2. Centro de salud más próximo

.....

3. Hospital más cercano

.....

(Cada centro docente debería conocer y tener a mano los teléfonos de sus centros sanitarios de referencia).

4. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte

- Web: <http://www.mecd.gob.es/portada-mecd/>
- Teléfonos:
 - Educación: 91 327 76 81
 - Cultura: 91 701 74 81
- Servicios al ciudadano: <http://www.mecd.gob.es/servicios-al-ciudadano-mecd/>

5. Violencia de género y abuso de menores

- Atención al ciudadano del Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad: <https://www.msssi.gob.es/servCiudadanos/atencionCiudadano/home.htm>
- La Delegación del Gobierno para la Violencia de Género Informa: <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/laDelegacionInforma/home.htm>
- Observatorio de la violencia de género: <http://www.observatorioviolencia.org>

- Teléfono de asistencia a víctimas de violencia de género: **016**. Las personas con discapacidad auditiva y/o del habla pueden comunicarse con el 016 a través de los siguientes medios:
 - Teléfono de texto (DTS) a través del número 900 116 016.
 - Servicio Telesor, a través de la propia página web de Telesor (en este caso se precisa conexión a Internet): <https://www.telesor.es>
 - Teléfono móvil o PDA. En ambos casos se necesita instalar una aplicación gratuita siguiendo los pasos que se indican en la página web de Telesor: <https://www.telesor.es>
 - Servicio de videointerpretación SVIsual a través de la página <http://www.svisual.org>
 - Memoria 016 (2007-2012).
- Derivación de llamadas realizadas por menores de edad al teléfono ANAR de Ayuda a Niños y Adolescentes: **900 202 010**.
- Derivación de llamadas relacionadas con la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual al teléfono del Ministerio del Interior: **900 105 090**.

6. Servicio de Información Toxicológica

- Teléfono de Urgencias Toxicológicas: **91 562 04 20** (horario 24 horas).
- Para más información: <https://goo.gl/hjfd0>



7. Guardia Civil

- Teléfono de emergencia de la Guardia Civil: **062**.
- Servicio al ciudadano de la Guardia Civil: http://www.guardiacivil.es/es/servicios/atencionciudadano_1/emergencias/
- Web oficial de la Guardia Civil: <http://www.guardiacivil.es/es/index.html>

8. Fiscalía de Menores. Ministerio de Justicia

- Web: http://www.mjusticia.gob.es/BUSCADIR/ServletControlador?apartado=uscarDetalleEnteG&ente=2807978030000&lang=es_es
- Teléfono: 91 493 12 02.
- Fax: 91 493 11 09.

9. Policía Nacional

- Contacto con la Policía Nacional: http://www.policia.es/org_central/judicial/estructura/saf_creacion.html
- Colaboración ciudadana: <http://www.policia.es/colabora.php>
- Grupo de Menores de la Policía Nacional (GRUME): 91 493 12 02/91 493 12 04.

10. Atención al ciudadano. Ministerio de Justicia

- Web: <http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/servicios-ciudadano>
- Teléfono de atención al ciudadano: 902 007 214 - 91 837 22 95.

Cada comunidad autónoma y cada localidad disponen de teléfonos de instituciones locales y autonómicas propios que los centros docentes conocen y que, por su extensión, no procede hacer constar en este documento, pero que a buen seguro son de interés para los profesionales docentes.

Los autores de esta guía muestran su agradecimiento a las fuentes de Internet de donde se han obtenido algunas de las imágenes que ilustran los contenidos del sitio, y que se han referenciado en la sección de recursos o en la propia imagen siempre que ha sido posible. Creemos que estas imágenes pueden contribuir de forma decisiva a una transmisión más clara del conocimiento de estas enfermedades desde nuestra perspectiva hacia la sociedad.

Evaluación de la guía por el centro y sus profesionales

1. El formato de la guía nos ha parecido:

- Atractivo
- Adecuado
- Complicado
- Difícil de utilizar

2. La organización de los contenidos ha sido:

- Adecuada
- Accesible
- Complicada
- Podría mejorarse

3. Los temas que trata son:

- Completos
- Insuficientes
- Excesivos
- De interés

4. El lenguaje que utiliza es:

- Bastante claro
- A veces difícil de entender
- Demasiado técnico
- Simplemente correcto

5. Las presentaciones que acompañan la guía:

- Nos han resultado útiles para nuestra formación
- No sabemos cómo utilizarlas
- No tienen utilidad
- Nos han facilitado la relación con los profesionales sanitarios del centro de salud

6. Desde nuestro punto de vista cambiaríamos:

- Los contenidos
- La organización de la guía
- Eliminaríamos las presentaciones
- El lenguaje empleado

7. La guía en su conjunto nos ha parecido:

- Útil y completa
- Útil pero incompleta
- Complicada y poco accesible
- Es una más de las que ya existen

8. Sugiere algún comentario o idea que pienses que puede mejorar esta guía:

.....

.....

.....

Nota del Comité Editorial:

Agradecemos de antemano vuestra colaboración profesional y participativa al enviarnos este cuestionario cumplimentado, cuando hayáis conocido y dado uso a esta guía. Nuestra intención es evaluar todos los aspectos de esta e intentar subsanar aquellos que sean mejorables.

Podéis enviarlo a la siguiente dirección de correo: promocionsalud13@gmail.com