



Universidad de Valladolid

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**PROTOCOLO DE
COORDINACIÓN DE LAS
ACTUACIONES EDUCATIVAS
SANITARIAS PARA LA
DETECCIÓN E INTERVENCIÓN
TEMPRANA DE
ENFERMEDADES INFANTILES**

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

AUTORA: LORENA SANTOS PILEÑO

TUTORA: MARÍA JESÚS PEREZ CURIEL

CURSO ACADÉMICO 2013-2014

AGRADECIMIENTO.

Quería dar mis agradecimientos a mi tutora María Jesús Pérez Curiel, por la gran paciencia conmigo, por estar siempre atentas a nosotras y por ayudarnos y apoyarnos tanto para realizar este trabajo.

También me gustaría agradecer la ayuda a mi familia que me ha ayudado y apoyador para realizar este trabajo.

Por otro lado agradecer a mis compañeras de carrera, sobre todo a Marta Vicente Picó por estar siempre apoyándome y dando ánimos para seguir con ello, y por toda la ayuda en estos cuatro años de carrera.

Por último me gustaría agradecer la colaboración en el trabajo a las pediatras y enfermeras pediatras del centro de salud de Medina del Campo

RESUMEN.

En el presente trabajo de fin de grado que se presenta a continuación trata sobre la Educación para la Salud en el aula de Educación Infantil, también la relación que tienen y la que tendría que tener entre la escuela, la familia y los centros de salud, las enfermedades según los pediatras que más sufren los niños de 0-14 años y un protocolo de actuación en la escuela para padres y profesores.

A su vez también se habla de actuaciones en un futuro sobre la educación para la salud en la escuela, y la puesta en prácticas del protocolo.

PALABRAS CLAVES:

Educación para la Salud, Atención primaria, protocolo, Educación Infantil, enfermedades.

ABSTRACT.

In this final Degree paper that I introduce I speak about the Education for heat in the classroom of pre-school education, I speak the relation between the school, the family and the hospital too, the illness according to pediatrician that suffer the children from 0 to 14 years and one protocol of intervention in school to parents and teachers.

I speak of intervention in one future about the Education for heat in the school, and the practice of protocol.

INDICE

	Páginas
1) Introducción.....	7
2) Justificación.	8-10
3) Objetivos.	10
4) Competencias.....	10-11
5) Contexto	12-17
6) Marco conceptual.....	18-55
a) Marco Legislativo	19-22
b) ¿Qué se entiende por centro hospitalario?	23-26
c) Pediatras y enfermeras pediatras.	26-33
d) Enfermedades.....	33-47
i) Infecciones respiratorias	33-39
ii) Gastroenteritis.....	40-43
iii) Alergias.....	43
iv) Dermatitis.	43-44
v) Cólico lactante.	45
vi) Obesidad.....	45-47
e) Servicios de pediatrías.	47-52
i) Vacunas infantiles de 0-14 años.....	47-50
ii) Revisiones de niños sanos.....	50-51
iii) Prevención de la caries infantiles.	51
iv) Atención al niño con asma.....	51-52
f) Protocolo en la escuela.	52
g) Orientación sanitaria para la escuela y familia.	52-55
7) Metodología.....	56
8) Conclusión.....	57
9) Actuaciones en un futuro.	58
10) Referencias bibliográficas.....	59-61
11) Anexos.....	62-96

Índice de tablas.

Tabla 1. Actividad ordinaria.....	13
Tabla 2. Otros profesionales de AP	13
Tabla 3. Actividad asistencial en A.P	15
Tabla 4. Población de Castilla y León.	16
Tabla 5. Población Infantil	29
Tabla 6. Población de Medina Del Campo.	31
Tabla 7. Agentes etiológicos	34
Tabla 8. Microorganismos causales.....	36
Tabla 9. Enfermedades en Castilla y León y Valladolid.....	37
Tabla 10. Enfermedades en Medina del Campo	39
Tabla 11. Microorganismos causales.....	41
Tabla 12. Datos de gastroenteritis en Medina del Campo.	42
Tabla13. Dermatitis en Medina del Campo.	44
Tabla 14. Períodos críticos para el desarrollo de la obesidad	46
Tabla 15. Protocolo de actuación87-91
Tabla 16. Estrategias de prevención en niños con normopeso sin factores de riesgo en programa de salud infantil.	92
Tabla 17: Estrategias de prevención en niños con normopeso y factores de riesgo en programa de prevención anual.....	93-94

Índice de gráficas.

Gráfica 1. Actividad ordinaria	13
Gráfica 2. Otros profesionales de AP.	14
Gráfica 3. Población de Castilla y León.	17
Gráfica 4. Población Infantil	30
Gráfica 5. Población infantil de Medina del Campo.....	32
Gráfica 6. Infecciones respiratorias en Castilla y León y en Valladolid.	38
Gráfica 7. Infecciones respiratorias en Medina del Campo	39
Gráficas 8. Gastroenteritis en el hospital de Medina del Campo.	43
Gráfica 9. Enfermedades de Medina del Campo.	44

Índice de Mapas.

Mapa 1. Comunidad sanitaria de Castilla y León.	12
Mapa 2. Valladolid.....	14
Mapa 3. Medina Del Campo	16

Anexos.

ANEXO I. Entrevistas a las enfermeras y pediatras	62-70
ANEXO II. Percentiles de niños y niñas.	71-81
ANEXO III. Calendario de revisiones en pediatría 2014.....	82
ANEXO IV. Calendario de Vacunación	83-84
ANEXO V. Programa de salud bucodental	85
ANEXO VI. Protocolo	86-94
ANEXO VII. Plan de atención pediátrica telefónica	95-96

«... La atención primaria de salud ha de estar orientada al ciudadano y a la comunidad, y ha de tener una alta capacidad de resolución con un amplio acceso a medios diagnósticos, contando con unos profesionales motivados y capacitados y una organización descentralizada, eficiente y participada, tanto por los ciudadanos como por los profesionales...»

1. INTRODUCCIÓN.

El trabajo de fin de grado que se va a exponer a continuación, surge de la experiencia adquirida y de la inquietud para investigar y aprender más sobre el tema de la salud en campo que alberga la pediatría en los niños de educación infantil, también está dedicado para inculcar a las personas la importancia que tiene la educación para la salud en la pediatría de atención primaria (AP), ya que es el lugar más cercano y reclamado por el ciudadano y un nivel de atención responsable del seguimiento de la evolución de enfermedades y de niños sanos del entorno, para ello tendremos que estudiar cómo se interactúa la pediatría en las escuelas y las familias. La AP. ha de asegurar su papel de función de agencia, de coordinación, garantía de continuidad y regulación de los flujos de pacientes.

Desde mi punto de vista, como uno de los puntos más importantes, que desarrollaré a lo largo de estas páginas serán las enfermedades virales o más comunes sufridas por los niños. Inculcar la prevención es una fase importante y aún más en los niños más pequeños, donde para ello los pediatras hacen una labor significativa de actividades informativas a los padres y madres de los niños para hacer una prevención y análisis rápido de enfermedades e infecciones.

También expondré en estas líneas un protocolo sobre las enfermedades explicadas, para dar una orientación a las familias, a las escuelas, del tiempo que tarda un niño en incubar la enfermedad, la duración de ella y el tiempo que debe de estar un niño en casa para no contagiar a los demás.

Además de este protocolo también me gustaría hacer hincapié en distintas páginas que se encuentran por internet sobre la orientación sanitaria para la escuela y la familia, para que ellos mismos intenten solucionar los problemas de los niños sin tener que acudir al centro de salud, de esta manera se puede relacionar más la familia y la escuela con el centro de salud.

Para terminar me gustaría hacer unas propuestas sobre las actuaciones en el futuro del trabajo realizado, con ello podremos ver sí este trabajo ha sido útil o no para las aulas y para las familias.

“La salud, según la OMS, no es sólo la ausencia de enfermedad si no el logro del máximo nivel de bienestar físico, mental y social y de la capacidad de funcionamiento”.

2. JUSTIFICACION.

Los niños con edades comprendidas entre 0-14 años, son los pacientes que más frecuentemente llenan las consultas, por sus numerosos procesos agudos y son los que mayor número de visitas programadas periódicas tienen previstas dentro del programa de salud del niño.

Al pediatra se le consultan todo tipo de problemas que surgen en el niño y su entorno: afectivos, educativos, familiares... y dentro de éstos se les suele pedir orientación sobre la conveniencia de llevar o no llevar al niño a la guardería o centro de educación infantil, lo primero habitualmente por motivos psicosociales y lo segundo por infecciones de repetición.

¿Qué se espera entonces del pediatra? Que mantenga a la población infantil sana física y psíquicamente, que vigile su correcto desarrollo ponderoestatural y psicomotor y que, desde el primer contacto con el niño y su familia, haga promoción de la salud. Que de consejos a las familias sobre el trato con el niño.

El servicio médico en las escuelas tiene que ser colaborar en el mantenimiento, cuidado y mejora de la salud de los pequeños.

A pesar de ir a las consultas de los pediatras, tiene que haber una relación entre los centros de salud y los centros educativos, ya que estos segundos son el lugar donde el niño pasa más horas por eso son el lugar más idóneo para llegar a la población infantil y es en la etapa de la educación escolar cuando se instauran los principales hábitos de futura vida adulta. En la escuela además de los conocimientos académicos se tenían que potenciar la promoción de estilos de vida saludable, ya que es en la edad escolar, el momento en que se adquieren conductas que nos van a acompañar siempre.

La formación de nuestro escolares en hábitos higiénicos saludables redundará en la mejora de la salud futura. He de enseñarles a que conozcan la importancia del cuidado de los dientes, o las pautas a seguir en caso de infestación por piojos.

El fomento de una alimentación sana y la práctica de actividad física regular, facilitará la prevención de la obesidad y otras enfermedades crónicas como la diabetes o algún tipo de cáncer.

Una de las cosas que se han hecho para relacionar la salud con los colegios ha sido el fomentar el estilo de vida saludable a través de la Educación para la Salud, donde se pretende transmitir conocimientos, desarrollar actividades y apoyar la realización de elecciones saludables.

Para ello es necesario capacitar a los individuos y a la comunidad, a través del acceso a la información (dieta saludable, actividad física recomendada, higiene básica, ocio saludable...), del desarrollo de habilidades prácticas (saber elaborar un menú saludable, saber relajarse, saber hábitos de higiene...) y de la potenciación de la responsabilidad en las elecciones sobre la propia salud, de forma que se facilite la opción por estilos de vida saludables.

La Educación para la Salud es una de las principales herramientas de las que dispone la promoción de la salud desde una perspectiva múltiple: como actividad diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud (factores de riesgo y comportamientos de riesgo), como método para desarrollar valores y habilidades que promuevan la salud, como actividad dirigida a concienciar a la población sobre los determinantes sociales, ambientales y económicos que inciden en la salud-enfermedad, como mecanismo que posibilite la acción social y la participación activa de las comunidades en un proceso de cambio social respecto a la salud, e incluso como sistema de promoción del uso adecuado de la asistencia sanitaria.

Según el informe ¹“The Evidence of Health effectiveness” (2000) realizado por la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud (IUHPE), las principales razones que determinan la importancia de la intervención en la escuela:

- El centro docente es el lugar de mayor accesibilidad a la población infantil, ya que la educación es obligatoria de los 6 a los 16 años.
- La salud, entendida desde la perspectiva global (biológica, psicológica y social), determina en gran medida los resultados educativos de los alumnos.
- La edad escolar es el periodo de la vida en el que se instauran los principales hábitos de la futura vida adulta.
- La Educación para la Salud en la escuela debe orientarse a que los alumnos desarrollen hábitos y costumbres sanos, que los valoren como uno de los aspectos básicos de la calidad de vida y que rechacen las pautas de comportamiento que no conducen a la adquisición de un bienestar físico y mental.

¹ Junta de Castilla y León (2006). “*Guía para la promoción de la salud en centros docentes de Castilla y León*”.

- No sólo hay que transmitir conocimientos, también hay que trabajar el desarrollo de habilidades para hacer elecciones saludables y generar actitudes positivas sobre la salud y el propio cuerpo.

3. OBJETIVOS.

Los objetivos de la investigación son:

Objetivo general:

Conocer el protocolo de actuación de la atención primaria en los centros de educación y la coordinación de los mismos.

Objetivos específicos:

- Analizar el marco teórico de la atención primaria en los centros de salud.
- Descubrir los datos de las enfermedades más comunes en los niños de 0 a 14 años.
- Desarrollar un protocolo de actuación para coordinar el centro de salud y el centro educativo.
- Conocer la pediatría y la atención primaria.

4. COMPETENCIAS

Las ²competencias generales que se dan en el área de la ciencia en el currículum del grado en Educación infantil son:

1. Reconocer, valorar, planificar y llevar a cabo buenas prácticas de enseñanza-aprendizaje
2. Integrar la información y los conocimientos necesarios para resolver problemas educativos, principalmente mediante procedimientos colaborativos
3. Utilizar procedimientos eficaces de búsqueda de información, tanto en fuentes de información primarias como secundarias, incluyendo el uso de recursos informáticos para búsquedas en línea.
4. Iniciarse en actividades de investigación
5. Fomentar del espíritu de iniciativa y de una actitud de innovación y creatividad en el ejercicio de su profesión.

² Universidad de Valladolid. "Competencias, R. Decreto 1393/2007 ". Grado en Educación Infantil

Las competencias específicas para este trabajo se dan en la ORDEN ECI/3854/2007, de 27 de diciembre, en el Módulo:

A. De Formación básica:

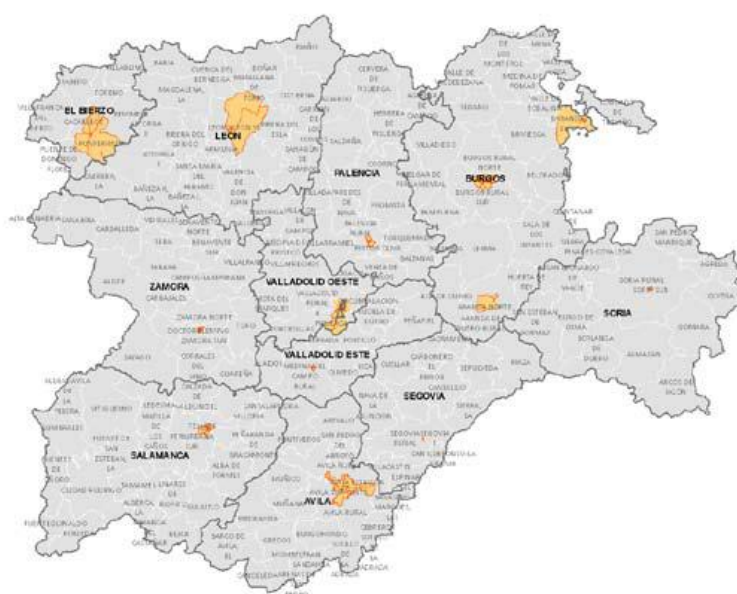
1. Conocer los fundamentos de atención temprana.
2. Conocer fundamentos de dietética e higiene infantiles, así como de primeros auxilios, y adquirir capacidad para entender los principios básicos de un desarrollo y comportamiento saludables.
3. Capacidad para saber identificar trastornos en el sueño, la alimentación, el desarrollo psicomotor, la atención y la percepción auditiva y visual.
4. Capacidad para colaborar con los profesionales especializados para solucionar dichos trastornos.
5. Capacidad para saber detectar carencias afectivas, alimenticias y de bienestar que perturben el desarrollo físico y psíquico adecuado de los estudiantes.
6. Conocer el desarrollo psicomotor y diseñar intervenciones destinadas a promoverle.
7. Potenciar en los niños y las niñas el conocimiento y control de su cuerpo y sus posibilidades motrices, así como los beneficios que tienen sobre la salud
8. Comprender que la dinámica diaria en Educación Infantil es cambiante en función de cada alumno o alumna, grupo y situación y tener capacidad para ser flexible en el ejercicio de la función docente.
9. Valorar la importancia del trabajo en equipo
10. Capacidad para aprender a trabajar en equipo con otros profesionales de dentro y fuera del centro en la atención a cada alumno o alumna, así como en la planificación de las secuencias de aprendizaje y en la organización de las situaciones de trabajo en el aula y en el espacio de juego, sabiendo identificar las peculiaridades del período 0-3 y del período 3-6.
11. Capacidad para saber atender las necesidades del alumnado y saber transmitir seguridad, tranquilidad y afecto.

B. Didáctico disciplinar:

1. Conocer los fundamentos científicos, matemáticos y tecnológicos del currículo de esta etapa, así como las teorías sobre la adquisición y desarrollo de los aprendizajes correspondientes.
2. Conocer la metodología científica y promover el pensamiento científico y la experimentación.

5. CONTEXTO.

³Castilla y León es la Comunidad más extensa de España, con 93.814 Km². Esta gran extensión territorial se organiza en 11 Áreas de Salud (dos áreas en León y Valladolid y una por provincia en el resto) y 249 Zonas Básicas de Salud, regulado respectivamente por el Decreto 108/1991, Decreto 32/1988 y posteriores modificaciones, De las 249 Zonas Básicas de Salud, 72 son Urbanas, 14 Semiurbanas y 163 son Rurales. De estas últimas, 24 se consideran Zonas Especiales por sus peculiares características geográficas, demográficas o de comunicación. Esto constituye el Mapa Sanitario, instrumento esencial para la ordenación, planificación y gestión del Sistema Público de Salud de la Comunidad.



Mapa 1. Comunidad sanitaria de Castilla y León.

La población de esta comunidad es de 2.559.515 habitantes (1.268.860 hombres y 1.290.655 mujeres), según datos del Instituto Nacional de Estadística. Estos habitantes están distribuidos en 9 provincias (Ávila, Burgos, León, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid y Zamora). La provincia más poblada es León y la menos poblada Soria.

El sistema sanitario de esta comunidad consta con:

³ SACYL (2010): "Gerencia regional de salud de Castilla y León". Junta de Castilla y León.

Tabla 1. Actividad ordinaria

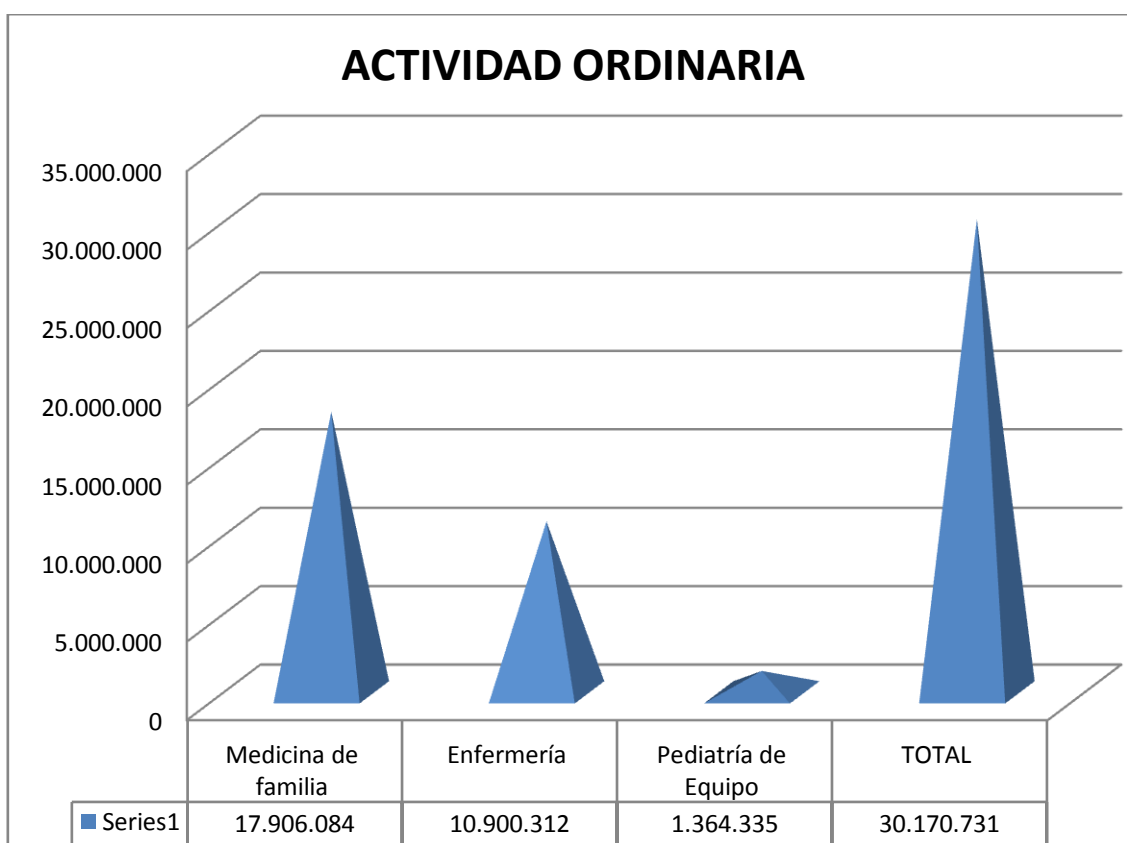
Medicina de familia 17.906.084

Enfermería 10.900.312

Pediatría de Equipo 1.364.335

TOTAL 30.170.731

En esta tabla podemos ver la actividad ordinaria que se da en Castilla y León, sobre la medicina de familia, las enfermeras y la pediatría de equipo.



Gráfica 1. Actividad ordinaria.

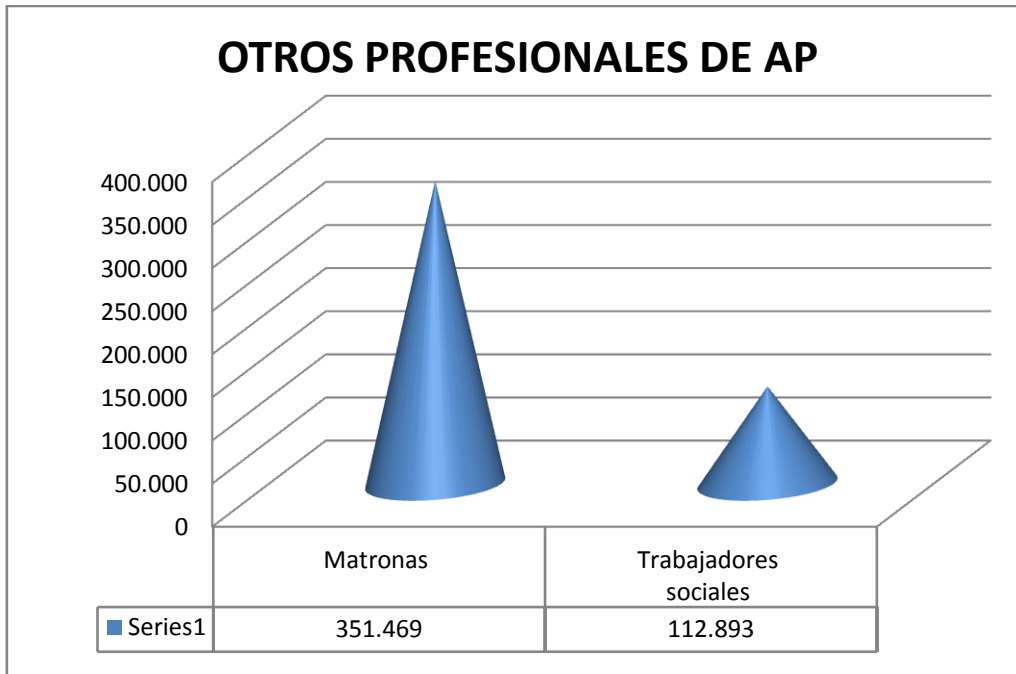
En esta gráfica podemos ver los datos anteriores, en la pirámide de la izquierda nos muestra la medicina de familia en Castilla y León, la siguiente las enfermeras pediatras, la siguiente la pediatría de equipo y a la derecha nos muestra el total de trabajadores en la salud de Castilla y León.

Tabla 2. OTROS PROFESIONALES DE AP

Matronas 351.469

Trabajadores sociales 112.893

En esta tabla podemos ver otros profesionales de AP que se da en Castilla y León.

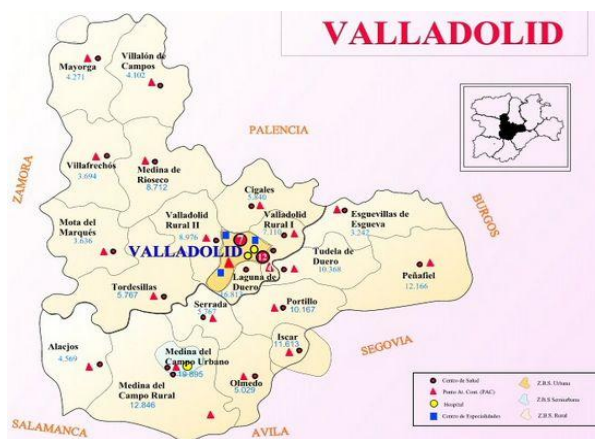


Gráfica 2. Otros profesionales de AP.

⁴Fuente: Gerencia Regional de Salud, 2010.

En esta gráfica podemos ver los datos dados anteriormente. La pirámide de la izquierda nos muestra las matronas que hay en Castilla y León; la de la derecha nos muestra los trabajadores sociales.

En el área de Valladolid tiene una extensión de 8.202 Km² y consta con de 534.874 habitantes (255.983 hombres y 278.891 mujeres), esta provincia se encuentra dividida en dos áreas: Valladolid oeste y Valladolid este.



Mapa 2. Valladolid.

⁴ SACYL (2010): "Gerencia regional de salud de Castilla y León". Junta de Castilla y León.

Valladolid Este tiene el área de influencia: Hospital Clínico Universitario, Medina del Campo: Hospital Comarcal, Centros de Atención Primaria Integrados en el área de Salud Valladolid-Este y Centros de Atención Primaria y Especializada de la Comunidad Autónoma de Castilla y León que lo soliciten. Esta área consta con una población de 267.408 habitantes (130.751 hombres y 136.657 mujeres). En esta área la sanidad cuenta en atención primaria con:

Tabla 3. Actividad asistencial en A.P

ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN A. P	
MEDICINA FAMILIA	
Nº Total de Consultas	1.619.442
En el centro	1.593.358
En el domicilio	26.084
Indicadores Pac/facul/día	31,22
En el centro	30,72
En el domicilio	0,50
Frecuentación	6,52
PEDIATRÍA	
Nº Total de Consultas	169.225
En el centro	169.206
En el domicilio	19
Indicadores Pac/facul/día	31,22
En el centro	30,72
En el domicilio	0,50
Frecuentación	6,52
ENFERMERÍA	
Nº Total de Consultas	1.330.421
En el centro	1.256.984
En el domicilio	73.437
Indicadores Pac/enf/día	25,65
En el centro	24,23
En el domicilio	1,42
Frecuentación	4,79

Fuente: Gerencia Regional de Salud. 2010

En esta tabla podemos ver los datos de la actividad asistencial en A.P en Valladolid.

En el área de Medina Del Campo consta 153,27 Km² cuenta con una población de 21.403(10.436 hombres y 10.967 mujeres), tiene dos zonas de sanidad: un hospital y un centro de salud.

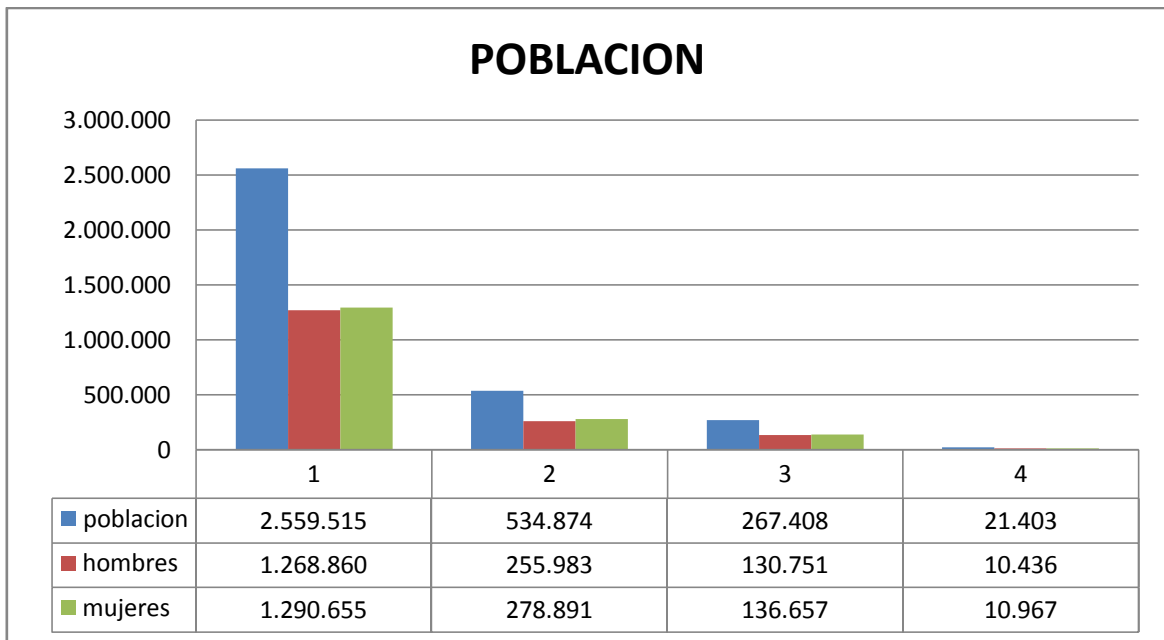


Mapa 3. Medina Del Campo

Tabla 4. Población de Castilla y León.

Población	Hombres	Mujeres	
2.559.515	1.268.860	1.290.655	Castilla y León
534.874	255.983	278.891	Valladolid
267.408	130.751	136.657	Valladolid Este
21.403	10.436	10.967	Medina del Campo

En esta tabla podemos ver la población en total, y diferenciados por hombre y mujeres de distintas poblaciones de: Castilla y León, dentro de Castilla y León vemos la provincia de Valladolid, dentro de Valladolid vemos el sector de Valladolid este y dentro de este vemos la villa de Medina del campo.



Grafica 3. Población de Castilla y León.

En esta gráfica podemos ver los datos anteriormente, podemos ver de izquierda a derecha, la población de Castilla y León, la de Valladolid, la de Valladolid Este y la de Medina del Campo. Dentro de cada grupo de izquierda a derecha podemos ver la barra de color azul significa el total de la población, la roja es la población de hombres y la verde es la población de mujeres.

El sistema sanitario donde se han realizado las encuestas a las pediatras y enfermeras se encuentra en el centro de salud urbano de Medina del Campo, donde atiende a la población de Medina del Campo, en la asistencia en las citas, y atiende a la comarca en el módulo de la urgencia.

El centro de salud es la infraestructura física y funcional donde se desarrolla una parte de las actividades del Equipo de Atención Primaria (EAP). En este centro se ubica las consultas de asistencia médica, social y de enfermería, extracción de muestras, archivo de historias clínicas, dependencias administrativas y servicio de atención continua.

En el centro de salud dispone de dos plantas, donde en la primera planta se encuentra: la zona de administración, inspección, consultas, ascensor, aseos, sala de extracción, curas, polivalente, fisioterapia y matrona. Y en la planta de arriba se encuentra: medicina general, enfermería, pediatrías, unidad de salud bucodental, odontología, veterinarios, farmacéuticos, trabajador social, unidad de salud mental, ascensor y aseos.

Dentro de este centro de salud me he centrado en la pediatría y en las enfermeras pediatras. Este centro cuenta con 3 pediatras y 2 enfermeras pediatras. (anexo I).

<<La fiebre es un poderoso medio que la naturaleza nos brinda para la conquista de sus enemigos.>>(Thomas Sydenham).

6. MARCO CONCEPTUAL

La Educación para la Salud (EpS) en el medio escolar contribuye al desarrollo de la Promoción de la Salud de un modo importante. La ⁵EpS aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la EpS supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.

La Promoción de la Salud es un concepto más amplio que la EpS, según la OMS la Promoción de la Salud es:

“...El proceso de capacitar a los individuos y a las comunidades para que aumenten el control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia mejoren su salud”.

Los determinantes para la Salud, según Lalonde en un estudio realizado en 1974 tienen cuatro variables:

- La biología humana: genética, envejecimiento.
- El ambiente: contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural. Se tiene en cuenta el aire, suelo, agua, virus, bacterias, parásitos u hongos, el ruido, radiaciones, vibraciones, la dependencia, violencia, estrés etc.
- Los estilos de vida: conductas sanas e insanas. Hace referencia a la alimentación, la actividad física, adicciones, actividad sexual, conductas temerarias etc.
- El sistema de asistencia sanitaria: tiene en cuenta el nivel de calidad, cobertura, acceso y gratuidad del sistema.

⁵ OMS (1998): "Promoción de la salud, Glosario". Ministerio de Sanidad y Consumo

a. MARCO LEGISLATIVO

La ⁶Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación establece en su Preámbulo que las sociedades actuales conceden gran importancia a la educación que reciben sus jóvenes, en la convicción de que de ella dependen tanto el bienestar individual como el colectivo.

En su Título Preliminar, señala que el sistema educativo español se orientará a la consecución de diversos fines, y en concreto a *“la adquisición de hábitos intelectuales y, entre otros, de conocimientos científicos, así como el desarrollo de hábitos saludables, el ejercicio físico y el deporte”*.

En 1990 se formaliza un Convenio entre el Ministerio de Educación y Ciencia y el Ministerio de Sanidad y Consumo para colaborar en diversos programas de formación del profesorado, de elaboración de materiales didácticos y de fomento de la colaboración entre los Centros de Salud y los Centros Escolares.

Con el desarrollo de las primeras competencias recogidas en la Ley Orgánica 4/1983, de 25 de febrero, del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, la Junta de Castilla y León y el Ministerio de Educación y Ciencia suscribieron un Convenio de Colaboración (1986) al objeto de introducir un programa experimental de educación para la salud en los centros docentes, que dio origen a las actividades del programa de educación para la salud en la escuela en la Comunidad Autónoma.

Ya en el marco propio de nuestra Comunidad Autónoma se pueden establecer tres ámbitos normativos en los que se desarrolla la educación para la salud en la escuela: sanitario, educativo y sanitario-educativo.

Ámbito educativo: los Reales Decretos 1333/1991 y 1344/1991, de 6 de septiembre, establecen los currículos de Educación Infantil y Educación Primaria respectivamente y los Decretos 7/2002, de 10 de enero y 70/2002, de 23 de mayo, establece los currículum de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, inciden en la trascendencia de la adquisición de hábitos saludables y en la integración en las diferentes áreas curriculares de elementos educativos básicos relacionados con la salud. En estos currículos se perfilan una serie de objetivos generales para los distintos niveles y etapas, estrechamente relacionados con la educación para la salud:

⁶ Junta de Castilla y León (2006). *“Guía para la promoción de la salud en centros docentes de Castilla y León”*.

- La Educación Infantil ha de contribuir a desarrollar en los niños la capacidad de “conocer su propio cuerpo y sus posibilidades de acción”, así como “adquirir una progresiva autonomía en sus actividades habituales”.
- La Educación Primaria contribuirá a desarrollar en los alumnos las siguientes capacidades: “valorar la higiene y salud de su propio cuerpo” así como “utilizar la educación física y el deporte para favorecer el desarrollo personal”.
- Entre los objetivos generales de la Educación Secundaria Obligatoria se encuentra “conocer el cuerpo humano y sus elementos básicos, comprender su funcionamiento y capacidades, así como los beneficios que se derivan de la adecuada actividad física, los hábitos higiénicos y saludables, y valorarlos y utilizarlos para mejorar la calidad de vida”.

En Educación Infantil, no hay asignaturas, si no que todo es global, pero a la hora de la salud únicamente se da a conocer el cuerpo, por eso sería importante que en un futuro esto cambiase, ya que se tendría que hacer hincapié desde pequeños al ámbito de la salud, por ello se tendría que incorporar una asignatura de la salud, como clases de la higiene, de la alimentación, de hábitos de vida saludable, de enfermedades...

Estos Reales Decretos, derivados de la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación del Sistema Educativo, derogada por la Ley Orgánica de Educación 2/2006, de 3 de mayo, y se verán sustituidos por los que se desarrollen a partir de la nueva ley, que contendrán los aspectos básicos del currículo que constituyen las enseñanzas mínimas. La Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León establecerá el currículo de las distintas enseñanzas a partir de los aspectos básicos señalados anteriormente.

El Decreto 17/2005, de 10 de febrero, por el que se regula la admisión del alumnado en centros docentes sostenidos con fondos públicos de la Comunidad de Castilla y León, que contempla como criterio prioritario de admisión “*la concurrencia en el alumno de enfermedad crónica que afecte al sistema digestivo, endocrino o metabólico y exija como tratamiento esencial el seguimiento de una dieta compleja y un estricto control alimenticio, cuyo cumplimiento condicione de forma determinante el estado de salud física del alumno*”.

La Orden EDU/1752/2003, de 19 de noviembre por la que se regula el servicio de comedor en los centros docentes públicos dependientes de la Consejería de Educación.

La Orden EDU/551/2005, de 26 de abril, por la que se regula el Servicio de Comedor en los centros docentes públicos dependientes de la Consejería de Educación.

Ámbito sanitario: ⁷En la comunidad de Castilla y León, la aprobación del estatuto de Autonomía en el año 1983 conllevó la transferencia en competencias de sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud.

Con la publicación del Decreto 60/1985 sobre Organización funcional de las zonas de salud de Castilla y León, la Orden de 6 Junio de 1986 sobre normas mínimas de funcionamiento de los equipos de A.P. y el Decreto 32/1988, que establece la delimitación territorial de las zonas básicas de salud, se sentaron los pilares fundamentales del modelo sanitario de A.P. que se basa en un equipo de primaria, trabajando en un centro de salud, para una población englobada en una zona básica de salud.

Las posteriores modificaciones realizadas sobre el Decreto 32/1988 permiten ir actualizando el Mapa sanitario de Castilla y León a las nuevas circunstancias que puedan concurrir en cada zona.

La Orden de 15 de abril de 1991 de la Consejería de Sanidad y bienestar social se aprueba el modelo de reglamento de funcionamiento de los equipos de atención primaria de Castilla y León.

En abril de 1993 la Junta de Castilla y León promulga la Ley de Ordenación del sistema sanitario de Castilla y León, Ley 1/1993 de 6 Abril anteponiéndose a las transferencias sanitarias pendientes y debajo constituido el sistema de salud de Castilla y León y la Gerencia Regional de Salud.

Con el objetivo de asumir las transferencias sanitarias, el Decreto 28/2001 de 13 de diciembre aprueba el reglamento general de la Gerencia Regional de Salud y se crean las gerencias de salud de área como órganos periféricos.

Mediante el Real Decreto 148/2001 de 27 de diciembre se traspasan a la Comunidad de Castilla y León las funciones y servicios del instituto nacional de la salud en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social con efectividad a partir del 1 de enero de 2002.

La Orden 27 de diciembre de 2001, de la Consejería de Sanidad y bienestar social desarrolla la estructura orgánica de los servicios centrales de la Gerencia Regional de Salud.

El Decreto 24/2003 de 6 de marzo desarrolla la estructura orgánica de los servicios periféricos de la Gerencia Regional de Salud. En este Decreto se establece la estructura administrativa de las gerencias de salud de área y desarrolla la correspondiente a las gerencias de A.P, a la vez que mantiene la atención especializada.

⁷ M.S.C (2007). " Organización general de la atención primaria. sistema de información de atención primaria (SIAP) sistema nacional de salud"

El Decreto 6/2002 de 10 enero, establece las demarcaciones asistenciales en las zonas básicas de salud, como el ámbito territorial dentro de la zona básica de salud, donde los profesionales sanitarios desempeñan las funciones asistenciales ordinarias y está delimitada por parte de un núcleo o un conjunto de núcleos de población.

En cada zona básica de salud existe un conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que constituye el equipo de A.P, y que son los responsables de la prestación coordinada, integral, permanente y continuada, y orienta al individuo, a la comunidad y al medio ambiente. Entre los integrantes de equipo se encuentran médicos de familia, pediatras, enfermeros, matronas, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, auxiliares administrativos y celadores. Además, integrados funcionalmente, existen veterinarios y farmacéuticos.

Cada zona de salud dispone de un centro de salud, estructura dotada de los medios necesarios para la prestación de las funciones que debe desempeñar el equipo de A.P.

El equipo de A.P. se organiza jerárquicamente bajo la supervisión del coordinador del centro de salud, nombrado de entre los facultativos del equipo, responsable de la gestión de los recursos humanos y materiales. Entre sus funciones se encuentra:

- Asumir la representación oficial del equipo.
- Ejercer la dirección y coordinación de todo el personal en la referente al régimen interno de funcionamiento, así como resolver los conflictos en la referente a dicho régimen interno de funcionamiento, y estimular el trabajo en equipo.
- Participar en la gestión económica del centro.
- Coordinar, supervisar y controlar las diversas actividades desarrolladas en la zona.
- Presidir el Consejo de Salud de la zona básica de salud.

Las funciones del equipo de atención primaria vienen recogidas en la normativa que regula la organización funcional de las zonas de salud, entre las que cabe destacar:

- Funciones de salud pública (promoción y protección de la salud...)
- Funciones de asistencia sanitaria (tanto en consultorio como a domicilio y tanto en horario ordinario como de urgencias)
- Funciones de investigación.
- Funciones docentes (formación continuada de los profesionales del equipo)
- Funciones administrativas
- Funciones de participación comunitaria.

b. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR CENTRO HOSPITALARIO?

Hay dos tipos de centros de salud: los hospitales y los centros de atención primarias. Nos vamos a centrar en los centros de A.P, es un nivel básico e inicial de la asistencia sanitaria, garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprende las actuaciones encaminadas:

- A la promoción de la salud.
- La educación sanitaria.
- La prevención de la enfermedad.
- La asistencia sanitaria.
- El mantenimiento y recuperación de la salud.
- La rehabilitación física.
- El trabajo social.

El marco territorial y poblacional donde se desarrollan las actividades sanitarias de la A.P es la Zona Básica de Salud y el centro de salud, la estructura física y funcional que da soporte a la actividad de los profesionales de los Equipos de Atención Primaria.

Las Unidades de Área son unidades funcionales constituidas por uno o varios profesionales, que desarrollan objetivos específicos y cuya población adscrita corresponde a tramos de edad y/o sexo de una o varias Zonas Básicas de Salud dentro del Área de Salud.

La AP de salud según la definición dada en la Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre AP de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud⁸ (OMS) es la siguiente:

"... Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad."

⁸ DECLARACION DE ALMA-ATA (1978). "*Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*"

Dicha definición enmarca una serie de acciones de salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad. Además, de ser el nivel básico e integrante de cualquier sistema de salud.

La AP en Castilla y León⁹ se estructura en cuatro grandes grupos, relacionados con las características demográficas de la población a la que se dirigen. Estos grupos son:

- Servicios al niño y joven
- Servicios a la mujer
- Servicios al adulto
- Servicios a la población general

En AP deben resolverse más del 85% de los problemas de salud de la población, siendo necesario para ello lograr una mayor capacidad de resolución. Si los problemas no se resuelven en estos centros, se derivan al especialista, por ejemplo en pediatría a niños menores de 6 años, si el pediatra hace una exploración dental y observa alguna anomalía lo deriva al especialista.

Los servicios que le ofrece el sistema sanitario en los centros de salud (A.P):

- Atención sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
- Indicación o prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos y envío a especialistas cuando esté indicado
- Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria:
 - Orientación sobre estilos de vida saludables.
 - Seguimiento del embarazo, preparación al parto.
 - Seguimiento del desarrollo de los niños.
 - Vacunación según calendario vacunal.
 - Revisiones bucodentales
 - Prevención de riesgo cardiovascular
 - Detección precoz de Cáncer de cuello uterino: Citología cada 3 años de 25 a 35 años y Citología y VPH cada 5 años de 35 a 65 años.

⁹ Díez Astorgano, A; Fernández Pascual, L; otros (2011). "*Cartera de servicios de atención primaria*". Gerencia regional de salud.

- Detección precoz de Cáncer de mama: Mamografía cada 2 años a todas las mujeres entre 45 y 70 años.
- Detección precoz de otros tumores en personas con riesgo.
- Detección precoz de situaciones de riesgo socio sanitario (violencia de género, desamparo, maltrato, desatención...).
- Rehabilitación básica y fisioterapia.
- Orientación y apoyo sobre los cuidados en salud. Especialmente en pacientes dependientes y sus cuidadores familiares.
- Educación a grupos de pacientes y cuidadores familiares
- Orientación sobre recursos sociales.
- Cuidados paliativos.
- Apoyo en la deshabituación tabáquica. Línea 901 de Atención al Fumador.
- Otros que por motivos de salud puedan precisar los pacientes.
- Tramitaciones administrativas relacionadas con su salud. (visado de recetas, cita, trámites de tarjeta sanitaria, etc)

Los profesionales que atienden a los niños en los centros de salud son:

- El médico de Familia. Es su médico de referencia en todo lo que concierne a su salud.
- La enfermera. Le orienta y da apoyo en los cuidados de salud.
- La auxiliar de enfermería.
- El pediatra. Atiende los problemas específicos de la infancia, hasta los 14 años.
- La matrona. Le presta cuidados específicos para el embarazo, menopausia, prevención de cánceres ginecológicos y aspectos de la salud propios de la mujer.
- El trabajador social: Le ofrece apoyo y orientación en los recursos sociales.
- El fisioterapeuta le aplica rehabilitación y fisioterapia.
- El odontólogo le realiza prestaciones relacionadas con la salud bucodental.
- El personal de apoyo administrativo. Celadores y auxiliares administrativos le orientan sobre los servicios que puede recibir y en las tramitaciones administrativas.

La ¹⁰Gerencia Regional de Salud sigue impulsando todas aquellas iniciativas que facilitan el acceso de los usuarios a las distintas prestaciones, entre las que destacan:

- La accesibilidad a la cita en AP mediante la extensión del proyecto de *Cita previa multicanal* (teléfono, Internet, SMS), logrando alcanzar un elevado número de citaciones automáticas y una gran satisfacción de los usuarios. En 2010, se atendieron más de 7 millones de citas a través de la cita previa telefónica (IVR), implantada ya en 100 centros de salud y 23 consultorios locales y más de 185.000 a través de la cita previa por Internet y SMS, implantada en 108 centros de salud y con una cobertura de 1.576.045 habitantes desde su inicio en abril de 2010.
- La accesibilidad a la consulta en AP mediante la ampliación de la asistencia ordinaria en horario de tarde en los centros de salud urbanos y semiurbanos. En 2010, la media de actividad asistencial en este horario fue del 19 % para el médico de familia y la enfermería y del 16% en el caso del pediatra.
- El desplazamiento de especialistas a las zonas rurales, para facilitar la accesibilidad de la población a mayor número de prestaciones, especialmente las más demandadas. En el año 2010 se han realizado 134.427 consultas de especialistas en estas zonas.

c. PEDIATRAS Y ENFERMERAS PEDIATRICAS.

Los pediatras son médicos que están especializados en los niños, los pediatras atienden a niños desde el nacimiento hasta los 14 años y proporciona: mantenimiento preventivo de la salud a los niños sanos, cuidado médico a los niños que están enfermos, supervisan su crecimiento y desarrollo para ello utilizan unas tablas de percentiles (anexo II), participan en las actividades de percepción, promoción y educación para la salud.

Los pediatras también tratan el bienestar físico, mental y emocional de sus pacientes en cada fase del desarrollo.

La pediatría es una especialidad en la cual es fundamental la colaboración: los pediatras trabajan con otros especialistas médicos (psicólogos, trabajador social, fisioterapeutas, centro de atención temprana, equipos de orientación psicopedagógica...) y profesionales del cuidado de la salud para satisfacer las necesidades emocionales y de salud de los niños.

Las consultas de AP de pediatría realizan consultas a los niños, hacen una prevención y promoción de la salud. Se hacen revisiones a los niños sanos. Se hace una exploración a los niños, se les da a las familias una serie de consejos, dándoles una información clínica

¹⁰ SACYL (2010): "*Gerencia regional de salud de Castilla y León*". Junta de Castilla y León.

proporcionando de forma comprensiva sobre la alimentación que tienen que llevar los niños pequeños, para prevenir las enfermedades, evitar el tabaquismo en las familias, protección solar, protección de accidentes, revisiones encaminadas a la prevención... estas consultas se dan a primera hora de la mañana.

El resto del día lo que se realizan son consultas a los niños enfermos con cita previa, donde se hace un estudio de las dolencias y se le pone un tratamiento o se le manda al especialista. En estas consultas también se atienden urgencia, en el horario en el que se encuentran en la consulta, el resto del día se atienden en la sección de urgencias o en el hospital.

Los primeros que atienden al niño son los pediatras, aunque resuelven el 90% según un estudio hecho por el informe SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y administración Sanitaria) en 2012, si estos detectan algún problema en el niño le deriva al hospital o al especialista.

Los pediatras en los centros de AP realizan unas series de prevenciones:

- Atención primaria: en principio hacen una prevención primaria donde lo que realizan es dar consejos de muertes súbitas de lactante, cómo colocar al niño, si boca-abajo o boca-arriba..., prevención del tabaquismo pasivo, prevención de accidentes, cómo utilizar la silla del vehículo, sobre la salud bucodental, desde primero de primaria los niños tienen revisiones donde van al dentista, sobre la protección solar... lo que también realizan son vacunaciones, se dan consejos también sobre EpS de alimentación, de higiene...
- Atención secundaria: en la prevención secundaria lo que se realiza es la detección de alteraciones en el desarrollo normal del niño, por lo que generalmente se relaciona con los Servicios Clínicos de los Hospitales por lo que suele llamarse Consultorio Adosado de Especialidades.
- Atención terciaria: está atención se da cuando se establecen condiciones para realizar acciones bajo régimen de atención cerrada (hospitalización). En los hospitales se organiza en los Servicios Clínicos y requiere de las Unidades de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico para su trabajo.

Aunque se da una prevención primaria, se dedica más tiempo en las consultas a una prevención secundaria, la prevención secundaria busca el diagnóstico precoz de la enfermedad.

Los servicios que dedican los pediatras¹¹ son:

- Vacunaciones infantiles de 0 a 14 años

¹¹ Díez Astorgano, A; Fernández Pascual, L; otros (2011). "*Cartera de servicios de atención primaria*". Gerencia regional de salud.

- Revisiones del niño sano: (0 - 23 meses)
- Revisiones del niño sano: (2 - 5 años)
- Revisiones del niño sano: (6 - 14 años)
- Prevención de la caries infantil
- Atención al niño con asma
- Atención y educación al joven

Se cree necesario impulsar un modelo de atención pediátrica que permita desarrollar y garantizar los siguientes aspectos claves:

- Asegurar el derecho de las familias a que todos los niños tengan asignado un pediatra de cabecera.
- Desarrollar las unidades básicas de pediatría, en los equipos de atención primaria, cuya característica fundamental sea el trabajo compartido y complementario entre el pediatra y la enfermera.
- Fomentar el trabajo multiprofesional e interdisciplinario priorizando el abordaje de los problemas prevalentes de salud desde una perspectiva comunitaria, y reforzando el papel del pediatra de A.P como coordinador de la atención a la salud de la población infantil, de manera que se garantice una respuesta integral a sus necesidades y la continuidad en la atención.
- Proponer el desarrollo de mejoras organizativas que den respuesta a dichas necesidades, como la agrupación funcional de pediatras que trabajan en un ámbito geográfico superior a las zonas de salud, constituyendo los llamados equipos pediátricos de A.P. Se propone además la centralización de la atención pediátrica en las zonas rurales dispersas.
- Crear la figura del director pediátrico de atención primaria, con funciones de planificación, coordinación y evaluación de resultados de la actividad de los equipos pediátricos de A.P.
- Disponer de un tiempo adecuado para cada niño. Es necesario definir y ajustar la relación paciente/pediatra teniendo en cuenta las pirámides de población, la dispersión geográfica, la morbilidad y las características económicas, culturales y sociales de la población atendida.

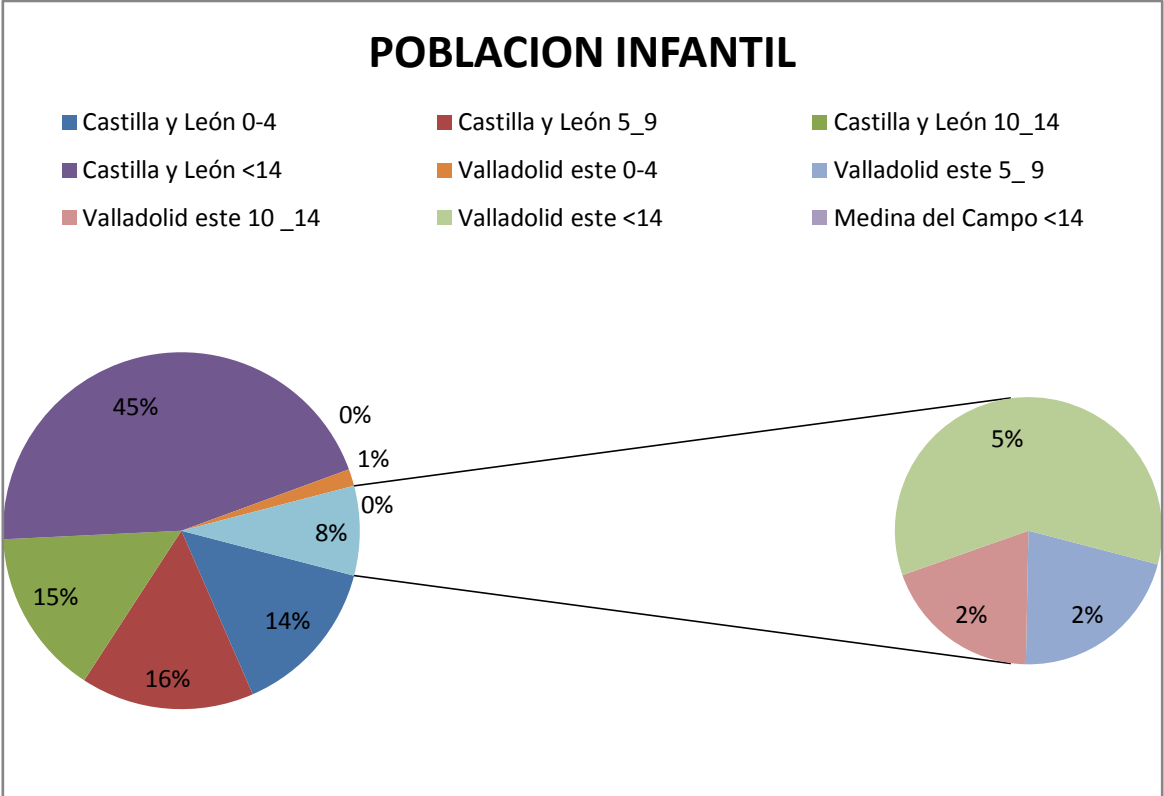
En España hay 9544 pediatras en A.P, de los cuales 261 pertenecen a la comunidad de Castilla y León. En Valladolid Este se encuentran 11 pediatras, y en Medina del Campo 3, de estos pediatras cada uno tiene aproximadamente 1000 niños, y de estos 1000 niños al día,

dependiendo de la época en la que se esté tienen una media de unos 25-30 niños, en épocas de gripe o epidemias puede aumentar el número a unos 45-50 niños.

Tabla 5. Población Infantil

Edad	Niños	Niñas	Total
Castilla y León			
0-4	47.361	44.406	91.767
5_9	51.731	48.829	100.560
10_14	49.558	47.182	96.740
<14	148.650	140.417	289.067
Valladolid Este			
0-4	5044	4745	
5_9	5674	5356	
10_14	5155	4978	
<14	15873	15079	30952
Medina del Campo			
<14			2792

En la tabla mostrada anteriormente, nos da unos datos relevantes sobre la población infantil en Castilla y León, Valladolid Este y Medina del Campo, estos datos van de los 0-14 años, edades en la que acuden a los pediatras.



Gráfica 4. Población Infantil

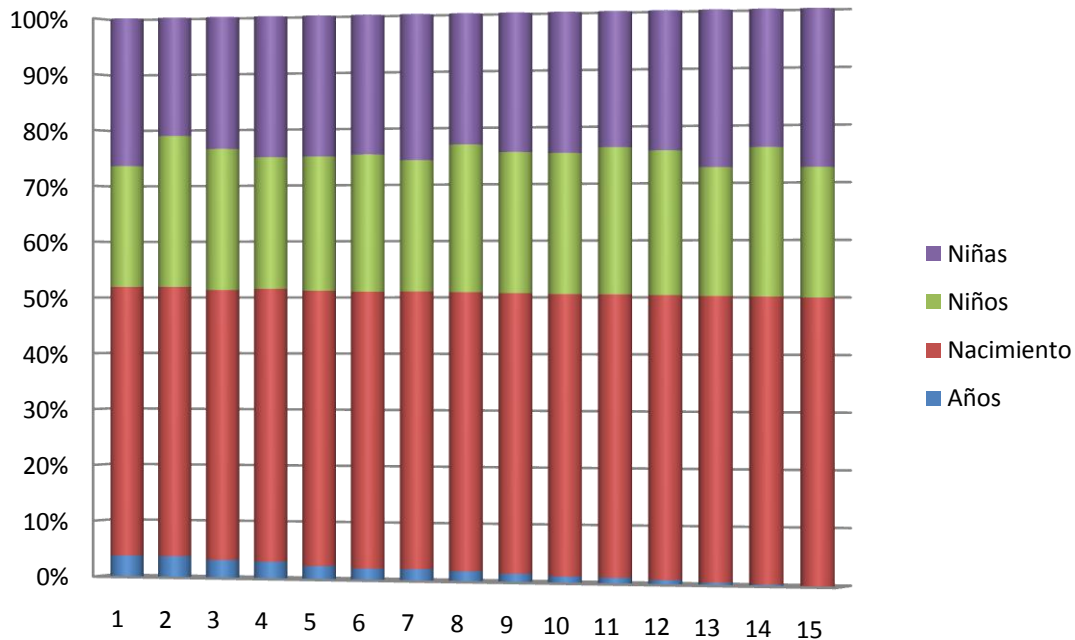
La gráfica muestra la población infantil, el círculo de la izquierda muestra la población infantil de Castilla y León y el porcentaje total de Valladolid este; el círculo de la derecha muestra la población de Valladolid este y Medina del Campo.

Tabla 6. Población de Medina Del Campo.

Años	Nacimientos	Hombres	Mujeres
14	178	80	98
13	166	93	73
12	180	94	88
11	176	85	91
10	205	100	105
9	216	107	109
8	188	89	99
7	187	99	88
6	193	97	96
5	210	105	105
4	181	94	87
3	185	94	91
2	200	90	110
1	154	80	74
0	173	78	95

En esta tabla podemos ver dentro de Medina del Campo la población infantil, dado cada de 0-14 años y dentro de ello los hombres y mujeres.

POBLACION INFANTIL DE MEDINA DEL CAMPO



Gráfica 5. Población infantil de Medina del Campo

En esta gráfica podemos ver los datos dado en la tabla anterior, por ello cada barra nos indica la edad empezando por la izquierda, muestra los niños y niñas con 0 años y situándose en la derecha los de 14 años. El color morado nos muestra las niñas, los verdes nos muestra los niños y los rojos el total.

Las enfermeras pediatras lo que realizan en el centro de AP es una parte de actividades prevenidas, revisiones de niños sanos, alternan con la pediatra o conjuntas o separados (anexo III), en la revisión de enfermeras, se les hacen encuestas a las familias sobre hábitos de alimentación, cuanto biberón toman, si toman leche, si comen fruta, si llevan una dieta equilibrada, si se les bañan todos los días o no, la higiene bucal, la escolaridad, y si hacen algún tipo de actividad extraescolar.

A continuación se realiza una sometría, peso, talla hasta los 2 años el perímetro cefálico, a partir de los 3 años se le toman la tensión. Y más tarde se les hace una exploración por aparatos, ojos, boca, oídos, tórax, genitales, miembros y pies. En los pequeños valoración neurológica, y mayores caminar, les hacen andar de puntillas, de talones, si saben andar a la pata coja, les miran la espalda, si se detecta algo se lo derivan a la pediatra, por último los optotipos, agudeza visual, si son pequeños se les ponen patos, y cuando se saben las letras con letras y colores. Y lo último que realizan es poner las vacunas

También si lo deriva el pediatra, se hacen curaciones de heridas, se ponen puntos, grapas, vendaje, aerosol, inyecciones...

Las enfermeras tienen aproximadamente 1500 pacientes en Medina del Campo, aproximadamente al día tienen una media de 7 revisiones de 20-25 minutos, 9 consultas de demandas a mayores lo que se le ha derivado la pediatra, aproximadamente tienen unos 15 pacientes al día.

La prevención que efectúan las enfermeras pediatras es una prevención primaria donde lo primero que realizan es informar a las familias sobre la higiene, hábitos higiénicos, prevención sobre los malos hábitos de alimentación, caries y mucha promoción de la salud en todos los ámbitos, dieta sana, ejercicios... pero se llega poco. Prevención de accidentes, y a partir de los 3 años, normas de educación vial. Que no les dejen solo, no hacer las cosas mal, cruzar por donde se debe...

Una vez visto lo que realizan en el centro de AP las pediatras y enfermeras pediátricas vamos a hacer un estudio sobre las enfermedades que más frecuencia tienen en estas edades.

d. ENFERMEDADES

Infecciones respiratorias:

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen las enfermedades infecciosas más frecuentes del ser humano. Los niños pueden presentar entre seis y ocho infecciones respiratorias al año. Las IRA se dividen en dos, las altas y las bajas. Dentro del grupo de las IRA altas se pueden mencionar la otitis media aguda, sinusitis, resfrío común, faringoamigdalitis, faringitis, adenoiditis, laringitis obstructiva y epiglotitis. Según el estudio DIRA (Día de la infección Respiratoria adulta), la infección respiratoria bajas son la bronquitis aguda, neumonía, asma, mocos y fiebre.

Infecciones vías altas: rinorrea y/o tos sin sibilancias, disnea o crepitantes ni uso de broncodilatadores acompañado o no de fiebre.

- Fiebre: consiste en la elevación de la temperatura normal del cuerpo: más de 38°C si se mide en el recto o más de 37,5°C si se mide en la axila. Lo que se debe hacer en casa es no decidir si se tiene fiebre poniendo la mano en la frente, se debe mantener la temperatura ambiental agradable, beber mucho líquido, no es necesario bajar la fiebre en todas las circunstancias, solo si el niño está molesto, no se debe alternar medicamentos para tratar la fiebre, los baños con agua templada disminuyen poco la

fiebre. No hay que pensar que la fiebre es mala, cuando hay una infección el cuerpo produce más calor para que nuestras defensas luchan contra ella.

¹²Tabla 7. Agentes etiológicos.

Agentes etiológicos		
	Frecuentes	Poco frecuentes
Virus	Enterovirus <i>Herpesvirus hominis</i> tipos 6 y 7 Adenovirus Parvovirus B19	Virus del sarampión Virus de la rubéola Virus de Epstein-Barr Virus del dengue
Bacterias	Estreptococos del grupo A	<i>Neisseria meningitidis Staphylococcus aureus</i>
Otros agentes	<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	<i>Rickettsia conorii</i>
Otras entidades	Reacciones a fármacos	Eritema multiforme (síndrome de Stevens-Johnson), Enfermedad de Kawasaki, Exantema torácico unilateral, Enfermedad de Still, Pseudoangiomatosis eruptiva

La tabla nos muestra los agente que infectan el cuerpo de los niños y producen la fiebre. estos agentes pueden ser virus, bacterias, otros agentes o otras entidades.

- Convulsión febril: es una respuesta del cerebro ante la fiebre que se produce en algunos niños sanos entre los 6 meses y los 5 años. El niño pierde bruscamente la conciencia, el cuerpo puede ponerse rígido y comienza con sacudidas o quedarse completamente flácido. También es frecuente que la boca este morada, cerrada con fuerza, como encajada y la mirada perdida. Suele durar poco tiempo, generalmente menos de 5 min. Al final, el niño tiende a dormirse. Lo que se debe hacer en este caso es colocar al niño tumbado de lado, sobre un costado y lejos de objetos con los que se pueda golpear, no se debe de introducir nada en la boca, se le puede poner un supositorio de paracetamol si no se ha tomado nada. Las convulsiones febriles tienen buen pronóstico, después de la convulsión el niño tendrá el mismo estado de salud que antes, cualquier infección banal (catarro, anginas, gastroenteritis) que curse con fiebre puede provocar convulsión febril, los niños con estas convulsiones no necesitan un tratamiento diferente.
- Fiebre sin foco: no se descubre el origen de la fiebre después de una exploración, suelen ser debido a infecciones víricas benignas y autolimitadas que no precisan tratamiento. Los virus más frecuentes son herpesvirus humano tipo 6, enterovirus y adenovirus. Esta fiebre no se acompaña de manifestaciones clínicas significativas de localización.

¹² Toquero de la Torre, F; otros (2008). "Guía de Buena Práctica Clínica en Infecciones Respiratorias de las Vías Bajas. Atención Primaria de Calidad" OMC. Ministerio de sanidad y consumo.

- Otitis aguda: Es la presencia de líquido, inflamación o una infección por detrás del tímpano que no desaparece o sigue retornando y causa daño permanente o prolongado al oído. Los síntomas pueden abarcar: dolor o molestia en el oído que es usualmente leve y se siente como presión en dicho órgano; fiebre, generalmente baja; melindres en los bebés pequeños; secreción del oído purulenta; hipoacusia.
- Sinusitis: es la inflamación de uno o más senos paranasales asociada habitualmente a la inflamación de la mucosa nasal (rinosinusitis). Se clasifica según la duración de los síntomas o recurrencia en:
 - Aguda: síntomas de <30 días
 - Subaguda: síntomas de ≥ 30 y <90 días
 - Crónica: síntomas de ≥ 90 días
 - Recurrente: 3 episodios de <30 días de duración con intervalos libres de síntomas de >10 días en un periodo de 6 meses o 4 episodios en un periodo de 12 meses.
- Resfriado común: es una enfermedad respiratoria aguda que, en niños sanos, suele ser leve y autolimitada. El cuadro típico se caracteriza por un inicio brusco con fiebre, cefalea, mialgias y malestar general que posteriormente se acompaña de síntomas de vías respiratorias, tanto altas como bajas. La transmisión se produce por vía aérea (estornudos, tos, etc.) y por contacto con superficies contaminadas. Las manos son un vehículo frecuente del contagio, por eso cuando se estornuda nos tenemos que poner las manos y luego lavarlas.
- Catarro de vías altas: es una infección vírica de las vías respiratorias altas (nariz, garganta) que cursa con fiebre, estornudos, tos y mucosidad nasal. Los catarros son muy frecuentes durante los primeros años de vida. Se debe de evitar el ambiente seco en casa, hay que hacer lavados nasales frecuentes con suero fisiológico, controlar la temperatura. Los antibióticos no curan el catarro, evitan las complicaciones del mismo.

¹³Tabla 8. Microorganismos causales.

Microorganismos causales		
Muy frecuentes	Frecuentes	Menos frecuentes
<ul style="list-style-type: none"> • Rinovirus • Coronavirus 	<ul style="list-style-type: none"> • VRS 	<ul style="list-style-type: none"> • Parainfluenza • Adenovirus • Influenza • Metaneumovirus • Enterovirus no polio

La tabla nos muestran los microorganismos que causan los catarros de vías altas, los más frecuentes, los frecuentes y los menos frecuentes.

- Faringoamigdalitis. Es una infección o inflamación de la faringe y las amígdalas. Dentro de las causas infecciosas se distinguen las bacterianas y las virales. En los menores de tres años es mucho más frecuente la etiología viral, mientras que en los mayores aumenta significativamente la etiología bacteriana, hasta alcanzar ambas etiologías (viral y bacteriana) una frecuencia similar en el adulto. Las causas virales habitualmente se encuentran en el contexto de un cuadro clínico más generalizado: rinovirus (resfrío común), adenovirus (faringitis, fiebre faringoconjuntival), virus Epstein-Barr (mononucleosis infecciosa), virus herpes (gingivo-estomatitis), virus Influenza (gripe o influenza), coronavirus (resfrío común), citomegalovirus (síndrome mononucleósico), enterovirus (herpangina).

Dentro de las causas bacterianas se encuentran el estreptococo beta hemolítico grupo A (EBHA), estreptococo beta hemolítico grupo C, Mycoplasma y otros estreptococos. La más importante corresponde al EBHA por su mayor frecuencia y potenciales complicaciones graves.

- Faringitis: es una inflamación de la faringe, la cual está en la parte posterior de la garganta, entre las amígdalas y la laringe. La mayoría de los dolores de garganta son causados por una infección viral, como resfriado o gripe. Algunos virus pueden causar tipos específicos de dolor de garganta, tales como la infección de coxsackie o la mononucleosis. Las bacterias que pueden causar la faringitis abarcan estreptococos de grupo A, que llevan a la amigdalitis estreptocócica en algunos casos. Otras bacterias menos comunes que causan dolores de garganta comprenden Corynebacterium, gonorrea y clamidia. La mayoría de los casos de faringitis ocurre durante los meses más fríos y la enfermedad con frecuencia se propaga entre los miembros de la familia. Los

¹³ Toquero de la Torre, F; otros (2008). "Guía de Buena Práctica Clínica en Infecciones Respiratorias de las Vías Bajas. Atención Primaria de Calidad" OMC. Ministerio de sanidad y consumo.

síntomas que tienen es dolor de garganta, a menudo también se dan: fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular y de articulaciones, erupciones cutáneas...

- Laringitis obstructiva: es una inflamación de la laringe producida por una infección vírica. Suele cursar con tos aguda, afonía, ronquera, dolor de garganta, fiebre y un ruido al coger aire. Se debe de evitar el ambiente seco, la humedad puede mejorar los síntomas, no se le debe forzar a comer, hay que vigilar la respiración. No se necesita tratamiento, ya que la mayoría son leves y benignas.

Infecciones vía baja:

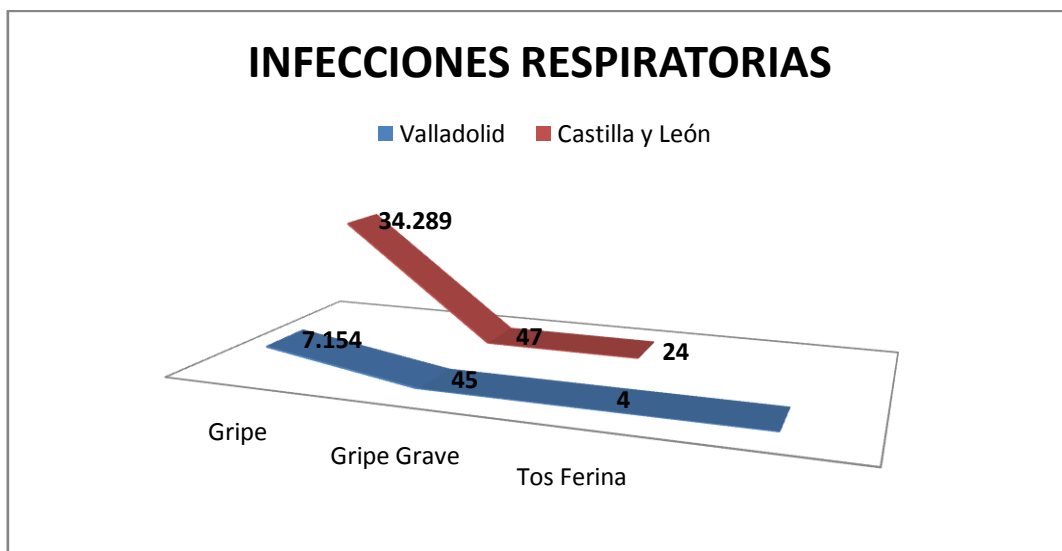
- Bronquitis: es una infección vírica que afecta a niños menores de dos años y se manifiesta con dificultad para respirar y a veces realizan ruidos en el pecho. Se suele iniciar con tos y mucosidad nasal. Después de 3-4 días aparece la dificultad respiratoria. El niño puede estar irritable, comer menos y presentar fiebre. Se debe mantener al niño algo incorporado, los lavados nasales con suero fisiológico son necesarios, hay que evitar que el niño se fatigue, y evitar ambiente con humo. No hay ningún medicamento que cure la bronquitis, los síntomas pueden persistir hasta 2-4 semanas.
- Tos ferina: es una tos de duración mayor de dos semanas, más uno de los siguientes casos: tos paraxística, gallo inspiratorio o vómitos tras los accesos de tos sin otra causa aparente. Suele ser causado por aislamiento de Bordetella pertussis o reacción en cadena de la polimerasa positiva. El periodo de incubación suele ser entre 7 y 10 días.
- Crisis asmática: son episodios repetidos de tos, dificultad para respirar (fatiga) y ruidos de pechos que se produce por una reacción inflamatoria de los bronquios. Puede desencadenarse por: catarros, alergias. Ante un ataque se debe de mantener al niño sentado, evitar el ambiente con humo, y tomar el tratamiento recomendado.
- Catarros nasales: estos catarros se suelen cursar con fiebre, tos, estornudos y aumento de la mucosidad nasal. Se debe de administrar un antitérmico, hay que despejar la nariz de secreciones haciendo lavados nasales, tomar muchos líquido.

A continuación se presenta unos datos de estas enfermedades en Castilla y León, Valladolid, y Medina del Campo.

Tabla 9. Enfermedades en Castilla y León y Valladolid.

Enfermedad	Valladolid	Castilla y León
Gripe	7.154	34.289
Gripe Grave	45	47
Tos Ferina	4	24

Esta tabla nos muestra los datos de la gripe, gripe grave y tos ferina en Valladolid y en Castilla y León.



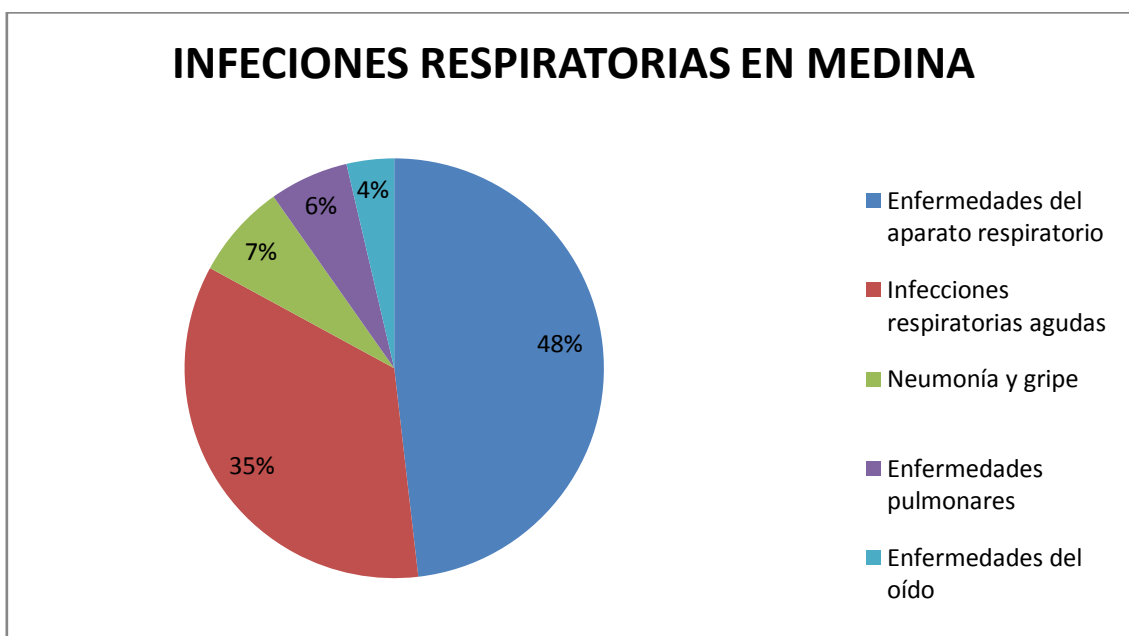
Gráfica 6. Infecciones respiratorias en Castilla y León y en Valladolid.

En esta gráfica nos muestra los datos expuestos anteriormente, de color rojo podemos ver los datos de Castilla y León y de color azul los de Valladolid. De izquierda a derecha podemos ver los datos de gripe, gripe grave y tos ferina.

Tabla 10. Enfermedades en Medina del Campo.

Enfermedades	Medina Del Campo
Enfermedades del aparato respiratorio.	79
Infecciones respiratorias agudas	57
Neumonía y gripe	12
Enfermedades pulmonares	10
Enfermedades del oído	6

En esta tabla podemos ver los datos de las infecciones respiratorias en Medina del Campo, donde podemos ver las siguientes enfermedades: enfermedades del aparato respiratorio, infecciones respiratorias agudas, neumonía y gripe, enfermedades pulmonares y enfermedades del oído



Gráfica 7. Infecciones respiratorias en Medina del Campo

En esta gráfica podemos ver los datos anteriores, de color azul podemos ver las enfermedades del aparato respiratorio, de rojo las infecciones respiratorias agudas, de verde la neumonía y gripe, de morado las enfermedades pulmonares y de azul claro las enfermedades del oído.

Gastroenteritis:

La gastroenteritis aguda (GEA) es una infección del tracto gastrointestinal caracterizada por la presencia de diarrea, es decir, con un aumento del número de deposiciones que, son más blandas, va acompañada o no de fiebre, náuseas, vómitos y dolor abdominal. La duración de la diarrea es de aproximadamente unos 7 días.

La base del tratamiento es la realimentación precoz y el uso de soluciones de rehidratación oral (SRO) para la deshidratación leve-moderada, ya que el niño cada vez que defeca o vomita pierde líquido que hay que reponer bebiendo. Los antimicrobianos no tienen ningún papel establecido en el tratamiento inicial de la gran mayoría de las GEA. Los fármacos antidiarreicos no son eficaces en general, y algunos están contraindicados. Si el niño vomita con facilidad tiene que tomar el suero despacio (una cucharada cada 5 min.). Cuando no vomite los líquidos se le ofrece comida en pequeñas cantidades, el plan de comida es: si el niño está con lactancia materna hay que continuar con ella, si toma biberón hay que hacerlo como normalmente, la dieta astringente no es imprescindible, es suficiente una alimentación suave con alimentos como: cereales (arroz, trigo), patatas, pan, carne magra, verdura, pescado, yogur y fruta.

Los probióticos (especialmente *Lactobacillus* spp.y *Saccharomyces boulardii*) acortan la duración de la GEA sobre todo los causados por rotavirus y las asociadas a antibióticos orales. Otro componente que reduce la GEA son los suplementos de zinc que disminuyen la duración y gravedad de la diarrea y son eficaces en la prevención de la diarrea en los niños menores de 5 años en países en vías de desarrollo.

¹⁴Tabla 11. Microorganismos causales.

Microorganismos causales		
Entidad	Frecuentes	Menos frecuentes
Diarrea no inflamatoria ³	<ul style="list-style-type: none"> • Rotavirus⁴. Adenovirus entéricos Adenovirus entéricos (serotipos 40-41). Astrovirus. Calicivirus. Virus Norwalk⁵ • <i>Staphylococcus aureus</i>⁵ • <i>Giardia lamblia</i>⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>E. coli</i>^{5,7}. <i>Vibrio cholerae</i>⁵. <i>Bacillus cereus</i>⁵. <i>Clostridium perfringens</i>⁵ • <i>Picornavirus</i> • Agentes asociados a inmunosupresión (IS)⁸
Diarrea inflamatoria ⁹	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Salmonella</i> sp.^{5,10}. <i>Shigella</i> sp. <i>E. coli</i>⁷. <i>Campylobacter jejuni</i>. <i>Yersinia enterocolitica</i>. <i>Clostridium difficile</i>¹¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Vibrio parahaemolyticus</i>. <i>Aeromonas hydrophila</i>. <i>Plesiomonas shigelloides</i>. • <i>Entamoeba histolytica</i>. <i>Trichinella spiralis</i> • Agentes asociados a IS⁸
Toxiinfección alimentaria ⁵	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Salmonella</i> sp. <i>C. jejuni</i>. <i>E. coli</i> (ECET, ECEH). <i>Shigella</i> sp. <i>S. aureus</i> • Virus Norwalk y Norwalk-like. <i>Vibrio</i> sp. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Clostridium perfringens</i>. Botulismo. <i>Listeria monocytogenes</i>. <i>Yersinia enterocolitica</i>. <i>Enterobacter sakazakii</i>. <i>Brucella</i> sp. • <i>Cyclospora</i>. <i>Cryptosporidium</i>

³ Es el tipo de GEA más frecuente: diarrea en un paciente afebril, con deposiciones muy numerosas, acuosas, sin moco ni sangre. La presencia de vómitos y síntomas respiratorios asociados orienta a una etiología viral.

⁴ El rotavirus es la causa más frecuente de diarrea en menores de 2 años de edad. Predominio invernal. Puede causar cuadros graves en neonatos. Comparado con otros virus (adenovirus, astrovirus) el rotavirus se asocia a cuadros clínicamente más graves, que cursan con vómitos y deshidratación.

¹⁴ Albert de la Torre, L; Roa Francia, M.A. (2012). "Gastroenteritis aguda" Guía ABE

⁵ En toxiinfecciones alimentarias definidas por los CDC por la aparición de 2 o más personas afectadas por un cuadro clínico similar tras la ingestión de un alimento común. El principal factor responsable de la aparición de este cuadro es la inadecuada temperatura de conservación de los alimentos, seguido del déficit de higiene de los manipuladores. El microorganismo responsable más frecuente es la Salmonella. En ausencia de coprocultivos, el tiempo de aparición de la clínica posingesta se correlaciona con determinados microorganismos: síntomas en menos de 1 hora, posible ingestión de producto químico; síntomas entre 1-7 horas, probable Staphylococcus aureus o toxina de Bacillus cereus; síntomas entre 8-14 horas, posiblemente causada por otras bacterias; síntomas después de más de 15 horas, otros agentes, especialmente virus. El virus Norwalk y las especies de Vibrio se asocian especialmente a la ingesta de pescado. La Brucella se asocia a la ingesta de productos lácteos no pasteurizados.

⁶ En diarrea prolongada.

⁷ E. Coli enterotoxigénico (ECET), enteropatógeno (ECEP) o enteroagregante (ECEA): el ECET se asocia a la diarrea del viajero. E. Coli enterohemorrágico (ECEH) y enteroinvasivo (ECEI): la cepa 0157:H7 del ECEH se ha asociado al síndrome hemolítico urémico (SHU).

⁸ CMV, VHS, Cryptosporidium, Mycobacterium avium complex, Isospora, Microsporidium, Cryptococcus, Aspergillus.

⁹ Diarrea acompañada de fiebre, con deposiciones escasas con moco, sangre y leucocitos, producida por invasión de la mucosa colónica. La presencia de fiebre alta (> 40 °C), heces sanguinolentas, dolor abdominal o síntomas del sistema nervioso central (irritabilidad, letargia, convulsiones) orientan a una etiología bacteriana.

¹⁰ Más frecuente en verano-otoño y en menores de 2 años. Asociada al consumo de alimentos o agua contaminados.

¹¹ Asociado al consumo de antibióticos.

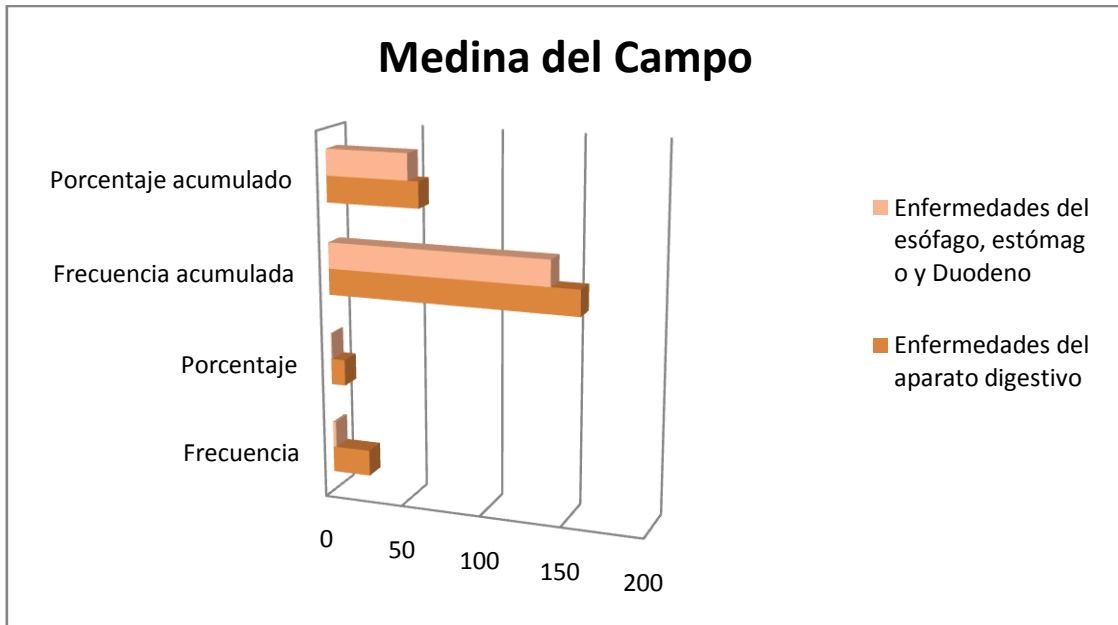
En esta tabla podemos ver los microorganismos frecuentes y menos frecuentes que produce la gastroenteritis.

A continuación les representamos unos datos obtenidos en el Hospital de Medina del Campo sobre los ingresos de niños con gastroenteritis.

Tabla 12. Datos de gastroenteritis en Medina del Campo.

Grupo CIE 9	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada	Porcentaje acumulado
Enfermedades del aparato digestivo	24	8,92	157	58,36
Enfermedades del esófago, estómago y Duodeno	2	0,74	139	51,67

En esta tabla podemos ver los datos de enfermedades del aparato digestivo y enfermedades del esófago, estómago y duodeno en Medina del Campo.



Gráficas 8. Gastroenteritis en el hospital de Medina del Campo

En esta gráfica podemos ver los datos anteriores en barras de arriba abajo, las dos primeras barras nos indican el porcentaje acumulado, las siguientes la frecuencia acumulada, la siguiente el porcentaje y la última la frecuencia. El naranja claro nos muestra las enfermedades del esófago, estómago y duodeno, el naranja oscuro las enfermedades del aparato digestivo.

Alergia:

Alimentarias o hipersensibilidad alérgicas provocan respuestas clínicas que pueden afectar por orden de frecuencia a la piel, aparato digestivo, respiratorio y/o cardiovascular de forma aislada o asociada. Para el tratamiento en estas alergias es la eliminación en la dieta del agente causante. La prevención primaria de la alergia alimentaria trata de evitar la sensibilización en el niño de riesgo impidiendo la exposición a alimentos muy alergénicos. Se considera un niño de alto riesgo aquel que tiene al menos un familiar de primer grado (padres o hermanos) con historia documentada de enfermedad alérgica.

Dermatitis:

La piel y sus anejos constituyen la principal barrera estructural de defensa del organismo frente a agentes externos, estando formada por tres capas: epidermis, capa verdaderamente protectora, más superficial y a vascular; dermis, y tejido celular subcutáneo. Las manifestaciones cutáneas de una infección bacteriana pueden producirse por varios mecanismos fundamentales:

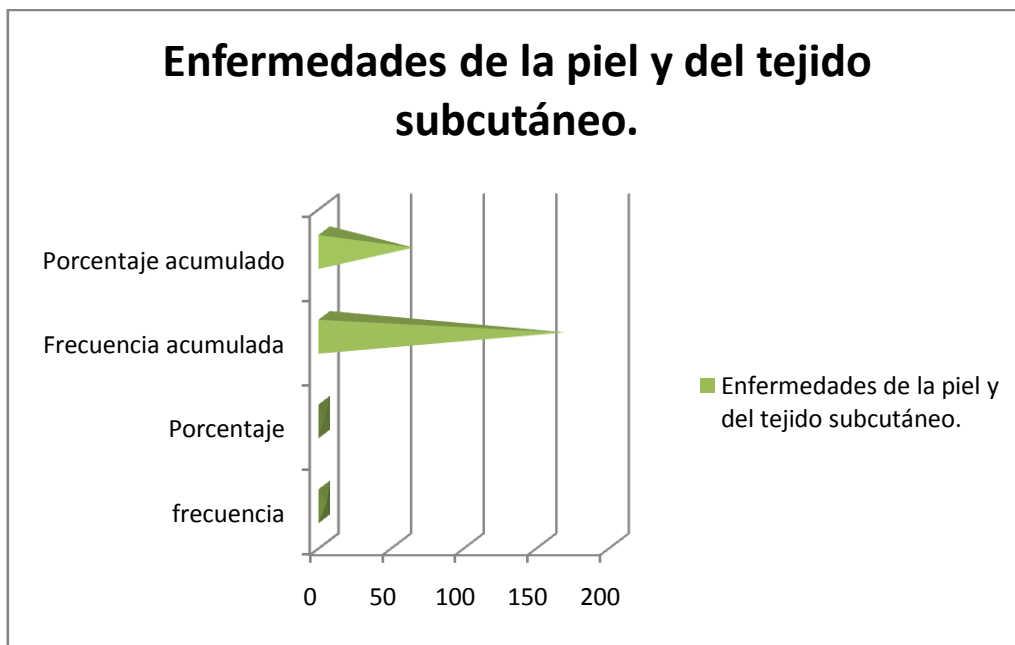
- Infección local primaria con replicación in situ de la bacteria, como impétigo.
- Exotoxinas circulantes: síndrome de la piel escaldada estafilocócica.

- Mecanismos inmunológicos, como vasculitis en infección estreptocócica.
- Afectación de la piel como parte de un cuadro sistémico: sepsis meningocócica.
- Manifestación de una coagulopatía intravascular diseminada, como ocurre también en las sepsis meningocócica o en algunas infecciones por Rickettsia.
- Urticaria: consiste en la aparición en la piel de ronchas y habones que pican mucho. Las ronchas suelen durar poco tiempo en el mismo lugar. A la vez que aparecen en una zona de la piel desaparecen de otras. Puede acompañarse de inflamación de manos, pies, codos, cara y, excepcionalmente, de dificultad para respirar o tragar. Se debe de vigilar la dificultad para tragar, no frotar la piel, mirar si el niño se hincha o se encuentra mal.

Tabla 13. Dermatitis en Medina del Campo.

CIE 9	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada	Porcentaje acumulado
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo.	2	0,74	166	61,71

En esta tabla podemos ver los datos de las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo en Medina del Campo.



Gráfica 9. Enfermedades de Medina del Campo.

Esta gráfica nos muestra de arriba a abajo el porcentaje acumulado, la frecuencia acumulada, el porcentaje y la frecuencia de las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo.

Cólico del lactante:

Son episodios de llantos prolongados, que se repiten a diario. Se presenta en niños sanos con pocos meses de vida. Lo que se debe de hacer es mantener la calma, intentar saber porque llora, tiene que haber un ambiente tranquilo.

Obesidad:

Es una enfermedad crónica, multifactorial y compleja, que puede iniciarse en la infancia y en la adolescencia. Se caracteriza por una acumulación excesiva de grasa en el tejido adiposo y se asocia a un aumento de la morbi-mortalidad. Se acepta que un niño presenta obesidad si su z-score de IMC es ≥ 2 DE el valor medio para sexo y edad, y sobrepeso (riesgo de obesidad) como aquella situación de aumento de grasa corporal en la cual el z-score de IMC no supera las +2DE. En el caso de utilizar gráficas percentiladas, por no disponibilidad del z-score en la consulta, se define como sobrepeso cuando el IMC supera el p85 para la edad y sexo (equivalente a +1DE) y obesidad cuando el IMC sea mayor al p95 (equivalente a +2DE). Para los niños menores de 2 años es preferible utilizar el peso para talla de acuerdo con los estándares de la OMS, considerando obesidad si es $> p98$.

¹⁵Tabla 14. Períodos críticos para el desarrollo de la obesidad:

FETAL/PERINATAL	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad materna antes o durante el embarazo. • Hipertensión materna. • Diabetes gestacional. • Tabaquismo materno.
PRIMER AÑO DE VIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Macrosomía (PEEG > 4 kilos). • CIR (PBEG). • Ausencia de lactancia materna o corta duración. • Precocidad de introducción de alimentación complementaria.
INFANCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Rebote adiposo antes de los 5 años.
ADOLESCENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Menarquia antes de los 11 años. • Adolescente obeso (80% de probabilidad de adulto obeso)

Esta tabla nos muestra los periodos más críticos para el desarrollo de la obesidad dependiendo de la edad.

La obesidad infanto-juvenil resulta de la interacción de varios factores que condicionan un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. Podemos decir que la obesidad es una enfermedad genética porque los datos disponibles sugieren que un 60-80% de la variación observada en el peso se explica por factores heredables. Sin embargo el hecho de que las cifras de obesidad se hayan multiplicado en los últimos 40 años sólo se explica por cambios en factores externos que afecten a la economía energética en el niño.

¹⁵ Escribano Ceruela, E; otros (2012). "Obesidad. Guías de actuación conjunta Pediatría Primaria-Especializada"

El objetivo de la prevención primaria es la promoción de la salud y fomentar hábitos saludables en la alimentación, actividad física y ocio, evitando el sedentarismo, con el fin de disminuir la frecuencia e intensidad de los factores de riesgo, que favorecen el exceso de ganancia de peso.

Es labor del pediatra, en cualquier momento, detectar el exceso de peso y sus factores de riesgo. Dentro del programa habitual de salud infantil, uno de los puntos clave es dar consejos sobre hábitos saludables de nutrición (dieta equilibrada), actividad física y ocio.

e. SERVICIO DE PEDIATRIA.¹⁶

Vacunaciones infantiles de 0 a 14 años:

Las vacunas son productos biológicos obtenidos de bacterias o virus debilitados o muertos que se administran generalmente mediante inyección. Al recibir una vacuna se estimulan de forma natural las defensas del niño, ya que tienen el mismo aspecto que el microorganismo original, pero no produce enfermedad o lo hace de forma muy leve. Así, el organismo queda preparado para defenderse eficazmente ante la llegada del agente infeccioso.

Todos los niños necesitan ser vacunados ya que de esta forma se puede llegar a eliminar algunas de las enfermedades frente a las que se vacuna, como por ejemplo ya ha ocurrido con la viruela, la polio, actualmente eliminada en Europa y el sarampión en proceso de eliminación en nuestro país.

Las vacunas que se recomiendan y cuándo administrarlas quedan reflejadas en el Calendario de Vacunaciones de la Comunidad Autónoma (anexo IV). Este calendario se modifica periódicamente adaptándose a las nuevas recomendaciones, a la situación epidemiológica del momento y a la aparición de nuevas vacunas o variaciones en las ya existentes.

El calendario de vacunaciones actual de Castilla y León incluye las vacunas frente a las siguientes enfermedades:

HEPATITIS B.

La Hepatitis B es una enfermedad infecciosa grave producida por el virus de la hepatitis B (VHB) que afecta al hígado y puede dañarlo definitivamente. Se transmite por contacto con sangre, relaciones sexuales o transmisión madre-hijo durante el embarazo y después del parto.

¹⁶ SACYL (2014). "Vacunas infantiles".

No siempre da síntomas, pero en caso de manifestarse la enfermedad, la piel y los ojos adquieren un color amarillento, con náuseas, dolor de estómago y fatiga. En algunas personas el virus puede permanecer en el cuerpo durante toda la vida (portadores) y causar una infección crónica del hígado y graves complicaciones con el paso del tiempo (cirrosis, cáncer de hígado, fallecimiento). En ocasiones las personas infectadas no lo saben y pueden ser la fuente para contagiar a otras personas.

Esta vacuna se da en tres fases: al nacimiento, a los 2 meses y 6 meses.

MENINGOCOCO C.

La vacuna frente al meningococo C de tipo conjugado previene la enfermedad producida por el *meningococo* del serogrupo C el cual, al igual que otros meningococos como el B, es causa de meningitis y sepsis en niños. En la actualidad, no existe vacuna para el serogrupo B.

Esta vacuna se da en tres fases, que se han modificado en estos años, en la actualidad se pone la vacuna a los: 4 meses, 12 meses y 12 años.

TÉTANOS-DIFTERIA-TOSFERINA acelular- HAEMOPHILUS INFLUENZAE-b-POLIO inactivada

Estas vacunas combinada denominada "pentavalente" permite recibir en una única inyección 5 vacunas a la vez.

La vacuna combinada Tétanos-Difteria-Tosferina acelular- Haemophilus influenza tipo b y Polio inactivada, previene las siguientes enfermedades producidas por bacterias:

- **Tétanos** : se adquiere a través de heridas y produce contracturas musculares muy dolorosas, que si afectan a los músculos de la respiración, llegara asfixiar al niño.

Se dan seis fases: a los 2, 4, 6, 18 meses,6 y 14 años.

- **Difteria** : es una enfermedad muy grave que produce obstrucción progresiva de las vías respiratorias, al inflamarse la laringe y crearse membranas que pueden llegar a provocar incluso la asfixia. Además, puede tener complicaciones de tipo neurológico y cardiaco.

Se dan seis fases: a los 2, 4, 6, 18 meses,6 y 14 años.

- **Pertusis o Tos ferina** : es una enfermedad respiratoria muy contagiosa caracterizada por una tos persistente e irritativa que impide al niño beber, comer y respirar bien

siendo grave en lactantes pequeños. Esta enfermedad se previene con un nuevo tipo de vacuna (tos ferina acelular) que se caracteriza por ser mejor tolerada que la vacuna tradicional.

Se dan cuatro fases: a los 2, 4, 6 y 18 meses.

- **Haemophilus influenzae tipo b (Hib):** El Hib es una bacteria que suele estar en la garganta transmitiéndose de una persona a otra a través de las secreciones respiratorias. Desde la garganta puede pasar a sangre produciendo enfermedades muy graves en menores de 5 años: meningitis, epiglotitis y otras infecciones graves como neumonía y artritis.

Se dan cuatro fases: a los 2, 4, 6 y 18 meses.

- **Polio inactivada:** desde enero de 2004, la vacuna tradicional de Polio oral ha sido sustituida por esta otra inyectable que se administra de forma cómoda y que presenta menores reacciones adversas.

Se dan cuatro fases: a los 2, 4, 6 y 18 meses.

TRIPLE VIRICA o SRP.

Es una vacuna contra tres enfermedades producidas por virus que se transmiten con mucha facilidad de unas personas a otras a través de las secreciones respiratorias. Aunque en muchos casos son procesos benignos, en otras ocasiones producen graves complicaciones e incluso pueden ser mortales como en el caso del sarampión.

- **Sarampión:** se caracteriza por fiebre elevada, erupción cutánea, tos, rinitis y conjuntivitis. Es más grave en lactantes y adultos pudiéndose complicar con neumonía o encefalitis.
- **Rubéola:** es una enfermedad de carácter leve en el niño pero de graves consecuencias en mujeres embarazadas que la padecen en las primeras semanas de gestación, ya que puede afectar al feto causando aborto o alteraciones congénitas (sordera, cataratas, malformaciones cardiacas y retraso mental). Por este motivo es necesario que todas las mujeres lleguen a la edad fértil correctamente vacunadas.
- **Parotiditis:** o paperas, se caracteriza por la inflamación de una o ambas glándulas salivares, las parótidas. Generalmente es una enfermedad leve, pero en ocasiones puede

ocasionar meningitis y sordera. En varones adolescentes y adultos produce con cierta frecuencia inflamación de los testículos (orquitis) y la posibilidad de esterilidad.

Se dan tres fases a los 12 meses, 3 y 6 años.

VARICELA

Es una enfermedad eruptiva producida por el virus varicela-zóster. La varicela es una enfermedad por lo general leve en los niños y que, tras pasarla, quedan inmunizados contra ella de por vida. Puede producir complicaciones graves cuando se padece durante la edad adulta y en personas con los problemas de salud.

La vacuna de la varicela está incluida en el calendario para los niños de 12 años que no hayan pasado esta enfermedad y no hayan sido vacunados anteriormente. Esta vacuna ha sido modificada en el año 2014, ya que antes se daba a los 11 años.

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH).

Representa una de las infecciones de transmisión sexual más común, conociéndose más de 100 tipos virales que, en relación a su patogenia oncológica, se clasifican en tipos de alto y de bajo riesgo oncológico. El objetivo de esta vacunación es contribuir a la prevención del cáncer de cuello de útero. El VPH es el principal agente causal de las lesiones precursoras y del cáncer de cuello de útero. Los dos principales factores determinantes de la infección por el VPH son la edad y la actividad sexual. En el año 2008 se introdujo la vacunación frente al VPH en el calendario de vacunación sistemático infantil a las niñas de 14 años. Se dan 3 dosis de esta vacuna cada 3 meses. En esta ocasión, la población diana para la campaña de 2013-2014 son las niñas residentes en Castilla y León nacidas entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2000.

Revisiones del niño sano:

No es un programa estanco, sino que debe adaptarse a las características del niño y las familias, así como al nivel sociocultural de la población a la que se encuentra dirigido. Constituye una actividad muy importante en la consulta de enfermería pediátrica y de pediatría de Atención Primaria, representando una gran carga de trabajo (25-50%).

Podríamos decir fundamentalmente 3 razones que justifiquen este hecho:

- Disminución de las tasas de mortalidad y natalidad infantiles, lo que hace que haya menos niños y más sanos.
- Presencia de una nueva morbilidad infantil derivada del estilo de vida en los países desarrollados y susceptibles de prevención primaria y secundaria: accidentes, toxicomanías, problemas del ámbito sexual y de adaptación social.
- Progresiva incorporación de la adolescencia a la edad pediátrica.

Prevención de la caries infantil

La salud bucodental es uno de los aspectos más importantes de la salud y el bienestar general de la sociedad.

La caries y la enfermedad periodontal suponen un importante problema de salud pública, debido fundamentalmente a su elevada frecuencia en la población. Además, estas enfermedades pueden evolucionar a la pérdida de dientes, alteraciones en la masticación, alteraciones respiratorias y alteraciones estéticas, si no se adoptan las medidas preventivas y el tratamiento adecuados. El Programa de Salud Bucodental (anexo V) ofrece medidas preventivas, educativas y de protección de la salud a los escolares de la Comunidad Autónoma de Castilla y León con la finalidad de reducir la incidencia de las enfermedades antes mencionadas. Las actividades del Programa van dirigidas a los niños de 6 a 12 años y se llevan a cabo en los centros docentes, tanto públicos como privados, con la inestimable colaboración del profesorado.

Estas actividades son:

- Enjuagues con solución de flúor: se realizan de forma semanal, durante 20 semanas, a lo largo del curso escolar. Se aconseja a las familias la conveniencia de seguir su aplicación durante el periodo vacacional.
- Educación para la salud. Tiene como objetivo principal la promoción de hábitos y comportamientos sanos en los niños y constituye una estrategia tanto de promoción de la salud (cepillado correcto de los dientes, alimentación adecuada, disminución del consumo de azúcares) como de prevención de la enfermedad (disminución de la afectación por caries). Para su adecuado desarrollo resulta imprescindible incluir temas de salud bucodental en la programación general anual de cada centro docente.

Atención al niño con asma

Los niños con asma activo que hayan sido diagnosticadas por el pediatra tienen que cumplir un criterio de los siguientes:

- Los síntomas se atribuyen a asma por sus características clínicas, y se considera que otros diagnósticos son improbables.
- Obstrucción del flujo aéreo que es reversible espontáneamente o con tratamiento.
- Variabilidad diaria media del FEM > 20% en medidas repetidas en un periodo de al menos dos semanas.
- Prueba de provocación bronquial específica o inespecífica.

A raíz de lo expuesto anteriormente propondremos un protocolo para la actuación de las escuelas antes las enfermedades.

f. PROTOCOLO EN LA ESCUELA

El control del contagio de enfermedades, tiene una importante precisión de información sobre los periodos de incubación y de infecciones. Los periodos de incubación e infección de enfermedades puede ser usado para calcular el tiempo durante el que promueve casos que puede ocurrir e indicar más tiempo para la eficaz por la introducción del control de medidas, como inmunización pasiva y prevención de antibióticos.

Según lo visto anteriormente, he elaborado un protocolo para la actuación en las escuelas sobre las enfermedades más comunes, que son las nombradas anteriormente, para así poderle ponerlo en práctica, en este protocolo (anexo VI) aparece el riesgo de transmisión, el tiempo de incubación, el tiempo de infección, el tiempo que se debe de quedar en casa y los intervalos serios.

También he querido hacer alusión en este protocolo, ya que está muy en la actualidad, algunos consejos, estrategias para la obesidad, Estrategias de prevención en niños con normopeso sin factores de riesgo en programa de salud infantil, y estrategias de prevención en niños con normopeso y factores de riesgo en programa de prevención anual.

Con este protocolo, también he investigado sobre la orientación sanitaria actual que hay para las escuelas y las familias.

g. ORIENTACIÓN SANITARIA PARA LA ESCUELA Y FAMILIA.^{17,18}

Tras los años, se ha ido mejorando la orientación sanitaria con la escuela y la familia, en la actualidad existen distintas maneras de llegar al pediatra sin ir a consulta, en Castilla y León

¹⁷ SACYL (2013). "Plan de atención pediátrica telefónica"

¹⁸ <http://www.telepediatria.es/>

hay un Plan de atención pediátrica telefónica (anexo VII) donde se puede hacer la Consulta telefónica al pediatra, es un servicio de atención sanitaria que SACYL pone a disposición de los usuarios y pacientes para orientar y ofrecer soluciones y consejos ante problemas de salud agudos y urgentes en la población infantil, así como recomendaciones ante necesidades de información sobre tratamientos, utilización de los medicamentos y uso de los servicios sanitarios. Este servicio, que se encuentra implantado en las 11 Áreas de Salud de la Comunidad, consiste en la posibilidad de llamar de forma gratuita al teléfono 900 222 000, donde le responderán profesionales cualificados y entrenados en este tipo de atención y le aconsejarán sobre pautas a seguir o los servicios a los que debe recurrir.

Es aconsejable utilizar este plan antes de acudir a urgencias cuando el niño presente algún síntoma de aparición repentina o aguda que le obligue a consultar de urgencia: *fiebre, tos, mocos, catarro, cólico del lactante, diarrea, vómitos, dolor de tripa, malestar, heridas, golpes o traumatismos, vacunaciones, etc.*; en general, ante cualquier síntoma de aparición aguda o cuando tenga *dudas sobre medicación* o precise *información* acerca de los servicios sanitarios. También se puede consultar la información escrita o los vídeos sobre determinados problemas de salud en el Aula de pacientes del portal de SACYL, que es otro nuevo programa para que las familias realicen sus dudas o vean como se debe de poner algún determinado medicamento que los pediatras le han aconsejado, incluso este plan del Aula del paciente se pueden llevar a las aulas de las escuelas, para que los mismos profesores puedan aplicarlo. Para visitar esta página puede hacerlo aquí: <http://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es>. En esta página te vienen consejos de distintas enfermedades, los síntomas, audios, vídeos...

En el Seminario Interinstitucional de Educación y Promoción de la Salud en la Escuela, celebrado en nuestro país en el año 2001, se establecieron una serie de recomendaciones sobre las intervenciones de promoción de la salud en los centros docentes, entre ellas:

- Todos los programas que se realizan en el ámbito escolar relacionados con la educación y promoción de la salud deben desarrollar acciones encaminadas a la educación en valores y habilidades para la vida.
- La administración educativa ha de potenciar su función de promotora favoreciendo la extensión y generalización de la educación y promoción de la salud en la escuela, contando para ello con todos los sectores con competencias en educación y promoción de la salud.
- Es preciso definir criterios mínimos comunes que garanticen la calidad de los programas y materiales que se utilizan en la escuela.

- La administración educativa debe garantizar una formación básica y permanente del profesorado en contenidos y herramientas de educación para la salud, pues deben ser los propios profesionales de los centros docentes, contando con el apoyo de expertos externos, los que lleven a cabo las actuaciones de educación para la salud en la escuela.
- Se debe potenciar que los programas abarquen a toda la comunidad educativa, especialmente a las familias.
- El proyecto educativo de cada centro debe ser el marco que dé coherencia a las actuaciones y debe ir encaminado a conseguir su adecuación como Escuela Promotora de Salud.
- Para una mayor eficacia, es preciso que las actuaciones se mantengan en el tiempo para que puedan producir mejoras en la salud y reducir desigualdades en la salud de la población.
- Debe existir apoyo legislativo y político para conseguir un desarrollo eficaz de la educación y promoción de la salud en la escuela, a través del desarrollo de modelos como los de las comisiones mixtas operativas, con participación de las diferentes administraciones implicadas.

También existen otras investigaciones para la relación de la escuela, familia y sanidad, como es por ejemplo Comunidad de Madrid una página web de telepediatría, donde se ofrece tranquilidad y seguridad a las familias y a las escuelas. Esta página llamada "Kids Care" "<http://www.telepediatria.es/>" lo que ofrece es optimizar los recursos sanitarios del centro educativo, realizar una detección precoz de los problemas de salud, prestar atención médica en los sucesos ocurridos en la escuela en tiempo real y tomar las decisiones adecuadas para mejorar la salud del niño con la colaboración del centro educativo. Para las familias con esta página se involucran en la toma de decisiones durante la jornada lectiva y además podrán acceder en todo momento a los informes y diagnósticos de sus hijos.

Este grupo lo que realiza es facilitar al centro un Kit de aparatos médicos, que incluye: un fonendoscopio digital, una cámara de ampliación, un equipo de aplicación, un termómetro digital, y un pulsioxímetro digital. En caso de que suceda algo en el centro, el profesor se pone en contacto a través de la página con un especialista, los padres recibirán la información dada en esta consulta a través de un correo electrónico, ellos también podrán hacer comentarios acerca de la consulta directamente con el especialista, interactuando paciente, familiar y especialista como si se tratara de una consulta. Finalizada la consulta, el pediatra envía las recomendaciones

al centro y el informe diagnóstico y tratamiento a las familias. Y todo ello queda registrado en el historial médico electrónico del niño.

Aunque he podido comprobar que se está mejorando la coordinación entre la familia, escuela y sanidad, aún queda mucho por hacer en este campo.

7. METODOLOGÍA.

El planteamiento seguido para llevar a cabo esta investigación ha comenzado por la búsqueda de información de distintas fuentes, pero una de la más utilizada ha sido la página de sanidad de Castilla y León (SACYL).

Para empezar a buscar información, lo primero que realicé en este trabajo fue una entrevista a las distintas pediatras del centro de salud de Medina del Campo, para informarme acerca de lo que trataba su trabajo, de los niños que atienden al cabo del día, del protocolo que se lleva, de las enfermedades más comunes.

Una vez realizadas estas entrevistas, comencé a buscar información sobre los datos recopilados, y así a raíz de distintas fuentes poder redactar mi trabajo. Una vez buscada esa información, realice un índice de los aspectos más importantes que pondría en el trabajo, por ello empecé a escribir sobre la introducción, justificación y los objetivos, para a continuación centrarme, en lo que para mí es la parte más importante de este trabajo, que es el marco conceptual, donde he podido desarrollar toda mi información buscada sobre los centros de salud, los pediatras y enfermeras pediatras y las enfermedades más comunes que me indicaron las pediatras. Una de las cosas que me ha resultado más difícil en este punto fue la búsqueda de los datos para poder realizar las gráficas y poder ver la evolución de las enfermedades.

Para finalizar lo que realice fue un protocolo sobre las enfermedades que había explicado anteriormente a través de informaciones buscadas en una página, dados por una de las pediatras a las que hice la entrevista, Grupo Independiente de Pediatras Informatizados (Gipi), donde allí encontré varios protocolos que me sirvieron de ayuda junto con las entrevistas, y la búsqueda de las enfermedades, pude realizar el protocolo para llevar a cabo en las escuelas.

También quise buscar información sobre los nuevos sistemas de pediatrías que se dan en España, es un punto que aún no se ha desarrollado mucho, dado que no se ha avanzado mucho en el campo de la pediatría fuera de los centros, o la relación de la pediatría y los colegios y familias.

8. CONCLUSIONES

Finalmente y para concluir los objetivos de este estudio, y de los cuales he partido para realizar este trabajo de fin de grado, he podido sacar varias conclusiones. Una de ellas surge del análisis de los cuestionarios realizado a los pediatras, donde me he podido dar cuenta de que es muy importante la labor de los pediatras para la salud de los niños y de sus familiares, al igual que su labor, es muy importante tener una relación entre los profesionales de la enseñanza y la familia ya que entre todos se podía mejorar el entorno de la salud de los niños.

También he podemos llegar es que tanto en las escuelas como en las familias necesitan tener un protocolo y saber algunos consejos dados por los pediatras. Esto es muy importante llevarlo a cabo todo lo que nos dicen, pero a la hora de la verdad y tras hablar con padres, profesores, y profesionales de la salud me han podido reconocer que no se cumple como se debería de cumplir, ya sea por no tener familias con los que el niño se pueda quedar en el horario escolar, porque los dos padres trabajen, o que los padres no quieren que sus hijos estén en casa por no perder materia... y esto repercute a los otros alumnos del aula, ya que puede infectarse, por no cumplir el protocolo.

Otra de las cosas a la que he podido llegar con este trabajo, es que aún queda mucho trabajo por hacer para que haya una buena relación entre las escuelas y los centros de salud, aunque se están empezando a dar nuevos programas de pediatría, por ejemplo los mencionados anteriormente, aún queda mucho para que ello mejore, se podrían realizar charlas en los colegios sobre hábitos a los propios niños y así se crearía un vínculo más fuerte de los pediatras con las escuelas.

Por último terminaré este trabajo diciendo que me ha aportado mucho personalmente, ya que no había tenido la oportunidad de profundizar a un nivel más avanzado sobre esta materia, creo que es una parte fundamental en la educación y la salud del niño el papel que desempeñan los pediatras y sobre todo los hábitos saludables que les debemos inculcar desde pequeños en una labor de equipo, (familia, escuela, pediatra..), y así como meta final poder en un futuro, llevar a la práctica el protocolo realizado.

9. ACTUACIONES DE FUTURO.

Tras ver las conclusiones sacadas en este trabajo, me gustaría realizar un último punto sobre las actuaciones que se podría realizar con el trabajo en un futuro, estas son varias:

- Para empezar una de las actuaciones como futura docente sería realizar más horas en la clase sobre la salud, sobre hábitos alimentarios, hábitos higiénicos a los alumnos, luego con los padres me gustaría tener unas charlas informativas para explicarles las enfermedades más comunes y explicarles el protocolo que se podría llevar en caso de tener alguna de las enfermedades explicadas, para así poder evitar tanto contagio en las aulas, ya que muchos padres, al tener que trabajar los dos y no tener más familia, llevan a los niños al colegio aún estando enfermos lo que provoca que contagien a otros alumnos o incluso a los mismos profesores y con el protocolo realizado intentamos evitar que esto suceda.
- También querría llevar una mayor unión entre los pediatras, la escuela y la familia, por ello realizaría jornadas donde los pediatras vinieran al colegio a hablarnos sobre los cuidados, a dar consejos a los propios niños, otro día podría venir a hablar a los padres sobre los cuidados, las enfermedades....
- También con los niños se podría realizar excursiones al centro de salud para que a la hora de ir ellos con sus padres no tengan tanto miedo, ese día se podría hablar con los enfermeros, se podrían hacer revisiones a los niños, por ejemplo revisiones de la salud bucodental, se podría ir también ha ponerse la vacuna.
- Otra cosa que se podría realizar en el centro, sería cursos para los profesores sobre primeros auxilios, cursos de salud, para que no estén únicamente formados en el área de educación, sino que también se les forme en el área de la medicina a nivel básico, para así los mismos profesores saber cómo actuar si sucede algo en la clase o dentro del colegio.

10. BIBLIOGRAFIA

AEPap (2009). "Programa de salud infantil". OMS.

Albert de la Torre, L; Roa Francia, M.A. (2012). "Gastroenteritis aguda" Guía ABE.

Álvarez Nogal, A. (2013) " Campaña de vacunación frente al virus del papiloma humano durante el curso escolar 2013-2014" Junta de Castilla y León.

Álvarez-Vargas C; Otros; "¿El número de revisiones y actividades del programa del niño sano es el adecuado?" SACYL.

Barrio, A; otros (2008). "Alergia alimentaria". Reunión del Grupo Gastro-Sur (Madrid)

Boletín Oficial de Castilla y León, Jueves 26, Diciembre de 2013. Num. 247. Pag. 82715.

Calvo Rey, C.; García García, M.L.; otros (2011) "Infecciones respiratorias virales. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica"

Castilla y León (2011). "Actividad Asistencial en Atención Primaria y Especializada. Plan Estadístico de Castilla y León 2010 – 2013 (Decreto 87/2009, de 17 de diciembre, por el que se aprueba el Plan Estadístico de Castilla y León 2010-2013) " Operación estadística nº 11018.

Cifuentes Águila, L. (1997) "Infecciones respiratorias agudas en pediatras de ambulatoria".

DECLARACION DE ALMA-ATA (1978). "Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978"

Díez Astorgano, A; Fernández Pascual, L; otros (2011). "Cartera de servicios de atención primaria". Gerencia Regional de Salud.

Domingues Aurreciechea, B (2012). "La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo XXI. Informe SESPAS 2012". Gaceta Sanitaria.

Drutman, J. (2002). "La educación para la salud"

Escribano Ceruela, E; otros (2012). "Obesidad. Guías de actuación conjunta Pediatría Primaria-Especializada" AMPap.

Esparza Olcina, M. J; grupo PrevInfad (2011). "Prevención en la infancia y la adolescencia AEPap / PAPPS"

Gavilán Martín, C.; García Avilés, B; otros (2011). "*Gastroenteritis aguda. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica*"

Gonzalo de Liria, C. R; Méndez Hernández, M.(2011). "*Fiebre sin foco. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica*"

Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (2013). "*Protocolos del GVR. Sinusitis. P-GVR-7*". Grupo vías respiratorias.

Junta de Castilla y León (2011). "*Documento de salud infantil*". Consejería de Sanidad.

Junta de Castilla y León (2006). "*Guía para la promoción de la salud en centros docentes de Castilla y León*".

Martín Rivas, D (2002). "*La educación para la salud en la escuela en la unión europea. Modelos, instituciones y programa*" Universidad de Salamanca.

Mellado Peña, M.J; otros. Junta directiva de la sociedad Española Infectología Pediátrica (SEIP) (2011). "*Protocolo de la AEP*". ERGON.

Moreno Pérez, D.; Baquero Artigao, F.; otros (2011). "*Tos ferina. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica*".

M.S.C (2007). "*Organización general de la atención primaria sistema de información de atención primaria (SIAP) sistema nacional de salud*"

Neil K.; otros (2012). "*Medline plus. Información de salud para usted*". ADAM.

OMS (1998): "*Promoción de la salud, Glosario*". Ministerio de Sanidad y Consumo.

Red centinela sanitaria de castilla y león centro nacional de gripe de Valladolid (2013). "*Programa de vigilancia integrada de la gripe en Castilla y León*"

Richardson M .; Elliman, D.; otros. (2001). "*Evidence base of incubation periods, periods of infectiousness and exclusion policies for the control of communicable diseases in schools and preschools*". *Pediatr Infect Dis J.* 2001 Apr; 20 (4) :380-91.

SACYL (2010): "*Gerencia regional de salud de Castilla y León*". Junta de Castilla y León.

SACYL (2013). "*Plan de atención pediátrica telefónica*"

SACYL (2013). "Población de tarjeta sanitaria de Castilla y León". Junta de Castilla y León.

SACYL (2014). "Vacunas infantiles".

Servicio de Vigilancia Epidemiológica y enfermedades transmisibles (2013). "Enfermedades de declaración obligatoria". Informes epidemiológicos.

Toquero de la Torre, F; otros (2008). "Guía de Buena Práctica Clínica en Infecciones Respiratorias de las Vías Bajas. Atención Primaria de Calidad" OMC. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Universidad de Valladolid. "Competencias, R. Decreto 1393/2007". Grado en Educación Infantil

Bibliografía Web.

http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/ORGANIZACION_GENERAL_DE_LA_ATENCION_PRIMARIA.pdf

<http://www.uchospitals.edu//online-library/content=S04151>

<http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/asistencia-sanitaria/asistencia-sanitaria-atencion-primaria>

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/infecrespag.html>

<http://www.aeped.es/documentos/protocolos-infectologia>

<http://elmundodemozart.com/que-relacion-tiene-el-pediatra-con-los-centros-de-educacion-infantil/>

http://www.jcyl.es/jcyl/cee/dgeae/congresos_ecoreg/CERCL/21183.PDF

http://www.jcyl.es/jcyl/cee/dgeae/congresos_ecoreg/CERCL/21183.PDF

<http://es.infodoctor.org/gipi/ciap.htm#A>

<http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/vacunaciones/vacunacion-infantil>

<http://www.guia-abe.es/>

<http://www.eps-salud.com.ar/educacionparalasalud.htm>

11. ANEXOS

ANEXO I. Entrevistas a las enfermeras y pediatras.

Pediatra

Objetivos:

- Descubrir el mundo de la pediatría.
- Recoger información sobre pediatría.
- Conocer el día a día de la pediatría y del centro.
- Conocer las enfermedades más comunes en las edades de 0-6 años.
- Aprender a apreciar la medicina.
- Observar la relación familia-medicina.

Entrevista:

Buenos días/tardes.

Lo primero gracias por dejarme realizarles esta entrevista. Me gustaría hacerles unas pequeñas preguntas.

1. Lo primero que le quería preguntar, es si me puede explicar un poco como funciona pediatría, qué es lo que realizan en este centro.

Las consultas de atención primaria de pediatría lo que realizan es a primera hora de la mañana hacen una revisión a los niños sanos, exploran a los niños y a los padres les dan consejos sobre la alimentación que deben de llevar los niños, prevención de las enfermedades, de cómo evitar el tabaquismo en la familia, la protección solar que se debe de aplicar a los niños. El resto del día se ve a los niños que están malos, que tienen citas.

Los primeros que cogen a los niños son los pediatras, si detectan algún problema se llevan al hospital o al especialista. También se atienden urgencia, en el horario del pediatra, y el resto del día se atienden en urgencias o en el hospital.

2. ¿Cuántos niños al día atienden?

Dependiendo la época del año, de media 25-30 niños, en veranos se ven menos, y en época de gripe unos 40-50. Los pediatras tiene asignado como 1000 niños cada uno.

3. ¿Podría explicarme cuales son las prevenciones que se realizan en este centro? ¿qué acciones se utilizan?

La prevención que se realiza es dar consejo de muerte súbita de lactante, colocar al niño boca-arriba... prevención del tabaquismo pasivo, prevención de accidente, las sillas del

vehículo, salud buco dental, desde primero de primaria se empiezan las revisiones yendo al dentista, protección solar...

Se dedica más tiempo a la prevención secundaria, aun que se den consejos de prevención primaria para evitar que se llegue a la prevención secundaria, pero no sucede así.

4. ¿Cuál es la enfermedad más común en los niños dependiendo del año? En todas las edades se la mayoría infecciones víricas, catarros...

Infecciones víricas, catarros viriales.

5. ¿Cuáles son los síntomas de las enfermedades más comunes en los niños?

Mocos y fiebre.

6. Ha habido una evolución de las enfermedades en los niños, ¿Cuáles son?

Con la vacunación sí que han cambiado las enfermedades, ahora no se ven sarampión, varicela, ya que se han cambiado las vacunaciones, y se dan unas nuevas.

7. Debido a la crisis, ¿se ha podido ver algún tipo de cambio en la salud de los niños?

No, lo que sucede en los niños es que hay errores de alimentación debido a los anuncios, por la alimentación, por la prisa de los padres, por la comida rápida...

Con la crisis ahora se pregunta mucho por lo que vale el jarabe, la gente hace esfuerzo por comprarlo ya que les importa la salud de sus hijos.

8. Usted como profesional, ¿nos podría dar algún protocolo establecido para docente o familiares?

Para prevenir el contagio es importante el lavado de manos, a menudo. En el año de la gripe A hubo menos catarros por estar todos el día lavándose las manos.

Protocolo: Que no vayan al cole con fiebre, y estar 2-3 días sin ir al cole, cada enfermedad tiene su protocolo.

9. A la hora de venir al médico, quien acompaña más a los niños, ¿los padres o las madres?

Las madres y muchos los abuelos.

10. Ustedes los médicos pediatras tienen que hacer una labor de análisis no solo físico, sino también del estado emocional de los niños. En niños con familias desestructuradas, ¿cuáles son los mayores problemas que podéis apreciar en los niños con este tipo de familias?

Muchos problemas escolares, y sobre todo de comportamiento.

Muchas gracias por haberme atendido.

Pediatría

Objetivos:

- Descubrir el mundo de la pediatría.
- Recoger información sobre pediatría.
- Conocer el día a día de la pediatría y del centro.
- Conocer las enfermedades más comunes en las edades de 0-6 años.
- Apreciar la medicina.
- Observar la relación familia-medicina.

Entrevista:

Bueno días/tardes.

Lo primero gracias por dejarme realizarles esta entrevista. Me gustaría hacerles unas pequeñas preguntas.

1. Lo primero que le quería preguntar, es si me puede explicar un poco como funciona pediatría, qué es lo que realizan en este centro.

Hay una parte a demanda del paciente para todos los problemas y otras citas programadas para los niños sanos.

2. ¿Cuántos niños al día atienden?

Sobre unos 30 en verano menos.

3. ¿Podría explicarme cuales son las prevenciones que se realizan en este centro? ¿qué acciones se utilizan?

La principal es la vacuna y luego siempre se hace educación para la salud de alimentación, de prevención de accidente, de higiene...

4. ¿Cuál es la enfermedad más común en los niños dependiendo del año?

Infecciones respiratorias, catarros, asma, infecciones digestivas

5. ¿Cuáles son los síntomas de las enfermedades más comunes en los niños?

Fiebre, tos, mocos, vómitos, diarrea

6. Ha habido una evolución de las enfermedades en los niños, ¿Cuáles son?

No, son parecido.

7. Debido a la crisis, ¿se ha podido ver algún tipo de cambio en la salud de los niños?

No, desde mi punto de vista yo no he notado cambios en la salud de los niños.

8. Usted como profesional, ¿nos podría dar algún protocolo establecido para docente o familiares?

Se dan algunas hojas de formación.

9. A la hora de venir al médico, quien acompaña más a los niños, ¿los padres o las madres?

En general las madres, pero también bastantes padres y abuelos

10. Ustedes los médicos pediatras tienen que hacer una labor de análisis no solo físico, sino también del estado emocional de los niños. En niños con familias desestructuradas, ¿cuáles son los mayores problemas que podéis apreciar en los niños con este tipo de familias?

En general no se adaptan bien a la sociedad y el rendimiento escolar no suele ser bueno.

Muchas gracias por haberme atendido.

Enfermera pediatra

Objetivos:

- Descubrir el mundo de la pediatría.
- Recoger información sobre pediatría.
- Conocer el día a día de la pediatría y del centro.
- Conocer las enfermedades más comunes en las edades de 0-6 años.
- Apreciar la medicina.
- Observar la relación familia-medicina.

Entrevista:

Bueno días/tardes.

Lo primero gracias por dejarme realizarles esta entrevista. Me gustaría hacerles unas pequeñas preguntas.

1. Lo primero que le quería preguntar, es si me puede explicar un poco como funciona pediatría, qué es lo que realizan en este centro.

Hacemos revisiones 1, 2 y 6 años y 3, 6 y 12 años solos y algunas compartidas con las pediatras.

También ponemos puntos cuando son caídas, y realizamos cosas pequeñas.

2. ¿Cuántos niños al día atienden?

Depende temporadas, las revisiones son de 20-30 min. Solemos hacer 10-12 al días, hay días que se realizan pocas y los días estamos por la tarde realizamos más. El mes de febrero es bajo, pero los meses de campañas de vacunas se realizan muchas más.

3. ¿Podría explicarme cuales son las prevenciones que se realizan en este centro? ¿qué acciones se utilizan?

Los pediatrias pocas, algunos niños son dependencia.

4. ¿Cuál es la enfermedad más común en los niños dependiendo del año?

Niños sanos, vacunas y revisiones.

5. ¿Cuáles son los síntomas de las enfermedades más comunes en los niños?

6. Ha habido una evolución de las enfermedades en los niños, ¿Cuáles son?

No.

7. Debido a la crisis, ¿se ha podido ver algún tipo de cambio en la salud de los niños?

No, no ha habido.

8. A la hora de venir al médico, quien acompaña más a los niños, ¿los padres o las madres?

La madres, pero vienen muchos padres, cuando son pequeños los suelen venir los dos.

9. Ustedes los médicos pediatras tienen que hacer una labor de análisis no solo físico, sino también del estado emocional de los niños. En niños con familias desestructuradas, ¿cuáles son los mayores problemas que podéis apreciar en los niños con este tipo de familias?

En familias los niños son más hiperactivos, se sigue menos a los niños en el centro que en el hospital.

Muchas gracias por haberme atendido.

Enfermera pediatra.

Objetivos:

- Descubrir el mundo de la pediatría.
- Recoger información sobre pediatría.
- Conocer el día a día de la pediatría y del centro.
- Conocer las enfermedades más comunes en las edades de 0-6 años.
- Apreciar la medicina.
- Observar la relación familia-medicina.

Entrevista:

Bueno días/tardes.

Lo primero gracias por dejarme realizarles esta entrevista. Me gustaría hacerles unas pequeñas preguntas.

1. Lo primero que le quería preguntar, es si me puede explicar un poco como funciona pediatría, qué es lo que realizan en este centro.

Tenemos una parte de actividades prevenidas, revisiones de niños sanos, alternan con la pediatra o conjuntas o separados, en la revisión de enfermeras le hacen encuestas, en hábitos de alimentación, cuanto biberón, leche, fruta, dieta equilibrada, eliminación, higiene, si les bañan todos los días o no, dentro de la higiene la higiene bucal, la escolaridad, y si hacen algún tipo de actividad extraescolar.

Luego se hace una sometría, peso, talla hasta los 2 años el perímetro cefálico, a partir de los 3 toman la tensión. Y luego exploración por aparatos, ojos, boca, oídos, pequeños formas, tórax si tiene algún tipo de abdomen, genitales, miembros y pies. En los pequeños valoración neurológica, y mayores caminar, andar de puntillas de talones, si saben andar a la pata coja, espalda, si se detecta algo se lo derivan a la pediatra, ultimo los optotipos, agudeza visual, si son pequeños patos, y cuando se saben las letras con letras y colores. Y lo último la vacunas.

2. ¿Cuántos niños al día atienden?

A primera hora revisiones consulta de 20-25 min, tiene 7 revisiones diarias, 9 consultas de demandas a mayores lo que se le ha derivado la pediatra, vendaje, cura, aerosol, inyección.

Mínimo 15 al día.

3. ¿Podría explicarme cuales son las prevenciones que se realizan en este centro? ¿qué acciones se utilizan?

Lo primero higiene, hábitos higiénicos, prevención sobre los malos hábitos de alimentación, caries y mucha promoción, de la salud en todos los ámbitos, dieta sana, ejercicios pero se llega poco, ya que cada vez se aumenta más el riesgo a la obesidad infantil.

También realizamos prevención de accidentes, y a partir de los 3 años se dan a los padres las normas de educación vial. se les dicen que no les dejen solo, que no deben de hacer las cosas mal, cruzar por donde se debe...

4. ¿Cuál es la enfermedad más común en los niños dependiendo del año?

Infecciones respiratorias: bronquitis, catarros, gripe.

Depende de la edad, gastroenteritis, alergias, tanto ambientales como alimentarias, dermatitis atópica en los lactantes, en mayores traumatismo accidentales, caídas, corriendo. Los que no se pueden poner vacunas, es por problemas respiratorios.

Obesidad cada vez más controlar el peso y la dieta.

5. ¿Cuáles son los síntomas de las enfermedades más comunes en los niños?

6. Ha habido una evolución de las enfermedades en los niños, ¿Cuáles son?

Si pero para mal, al haber mas alérgicos y haber más cosas tanto ambientales como alimentarias hay más demanda de atención. Mucho aumento de obesidad, es raro encontrar niños y niñas normales de peso y los que están por encima tienen mucho IMC.

Mucha más demanda aumento más alergias y problemas alimentarias.

7. Debido a la crisis, ¿se ha podido ver algún tipo de cambio en la salud de los niños?

Si, por ejemplo a la hora de hacer vacunas no obligatorias hay mucha gente que no se lo pueden poner, problemas de la falta de higiene, calefacción, electricidad. Problemas para comprar medicamentos.

8. A la hora de venir al médico, quien acompaña más a los niños, ¿los padres o las madres?

En primer lugar las madres, luego los padres y luego los abuelos, cada vez se van más parejas de padres que viene con los niños, y cada vez se vez más los que están sin trabajo por eso viene la pareja.

Aproximadamente vienen 10 niños con la madre, 5 con el padre y 5 con abuelos, los abuelos vienen por el tema del trabajo, ya que los padres, si trabajan, no pueden pedir horas libre para llevar al hijo al médico.

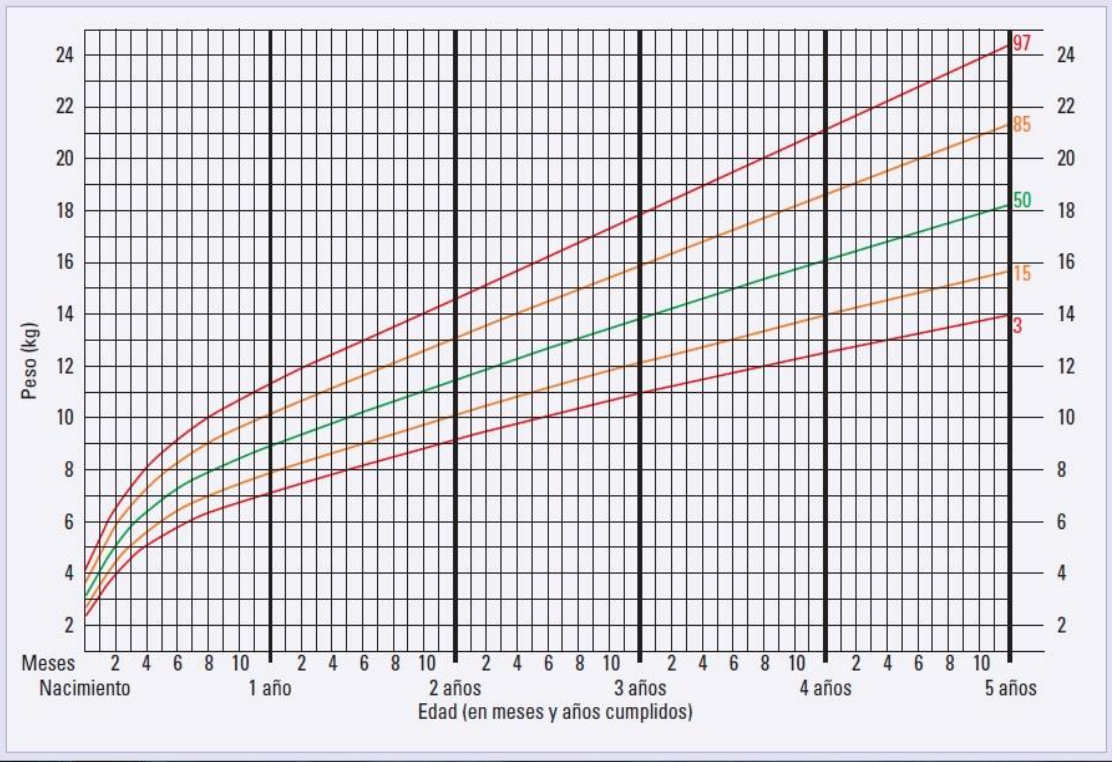
9. Ustedes los médicos pediatras tienen que hacer una labor de análisis no solo físico, sino también del estado emocional de los niños. En niños con familias desestructuradas, ¿cuáles son los mayores problemas que podéis apreciar en los niños con este tipo de familias?

Sobre todo la falta de comunicación entre los padres, esto lleva a acudir a la consulta más veces de la cuenta. Acuden más cantidad de veces porque cada día viene uno, porque cada uno tiene un criterio a la hora de traer al niño. Sus criterios de cuidar al niño son distintos.

Muchas gracias por haberme atendido

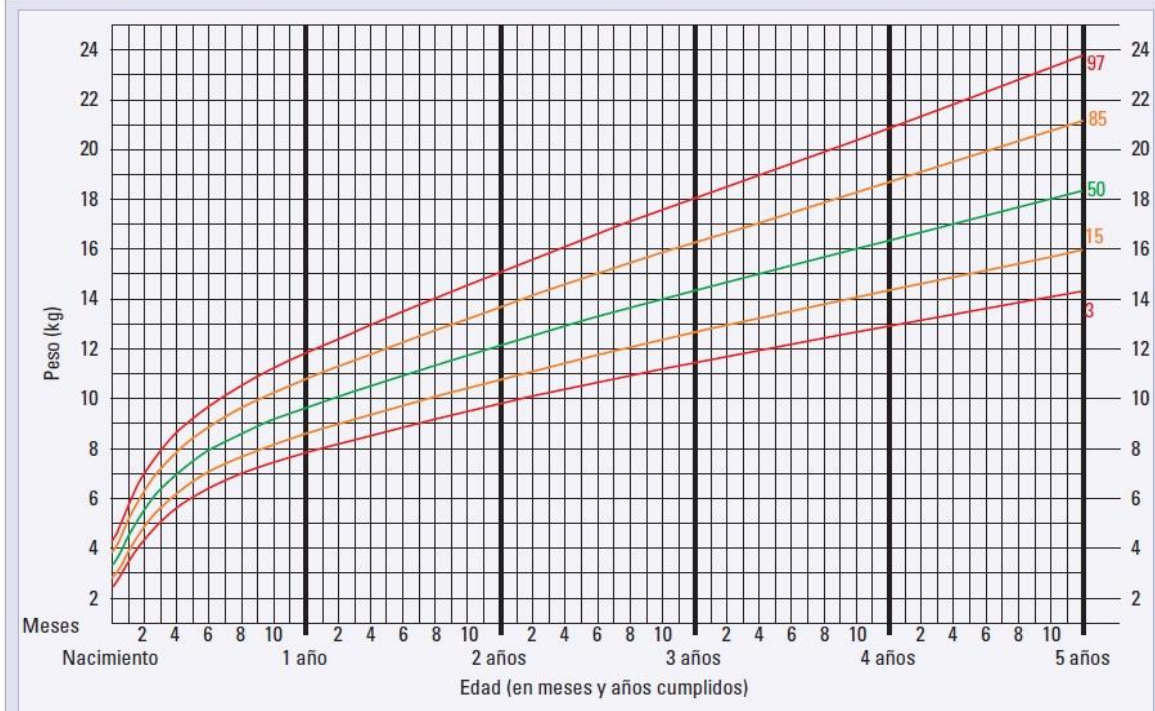
ANEXO II. Percentiles de niños y niñas.

Peso para la edad niñas. Percentiles (nacimiento a 5 años)



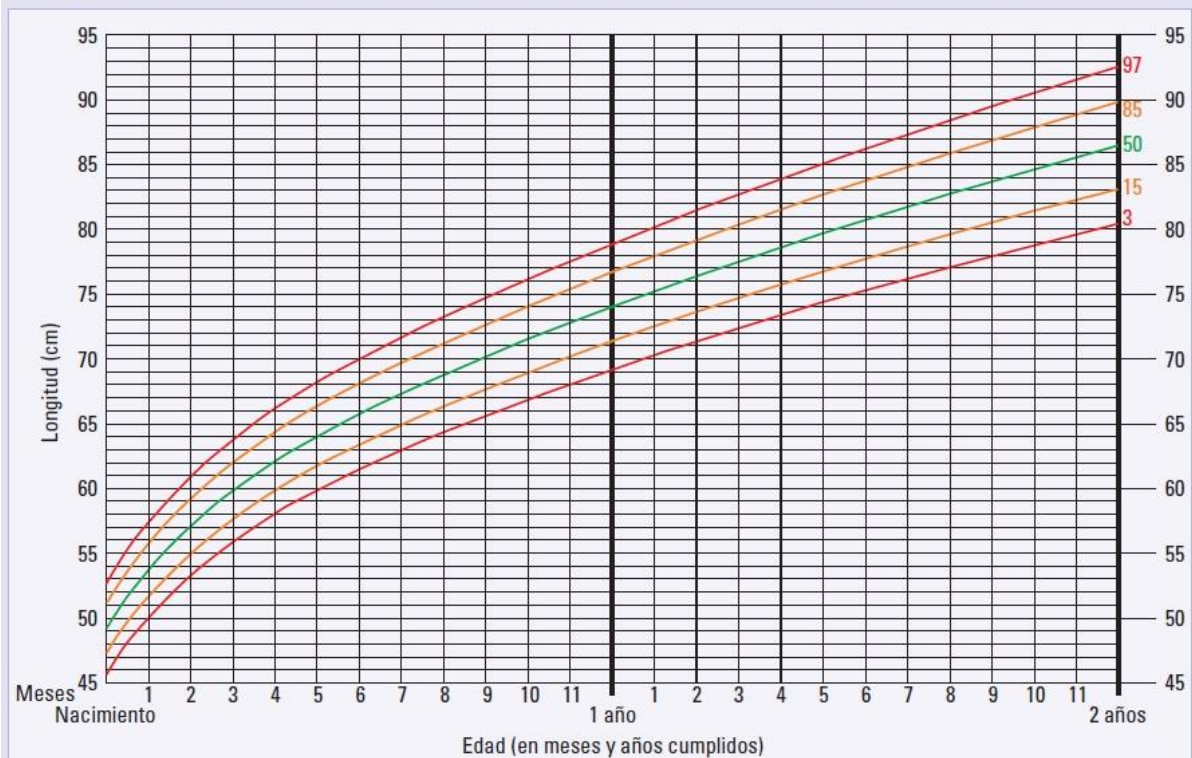
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Peso para la edad niños. Percentiles (nacimiento a 5 años)



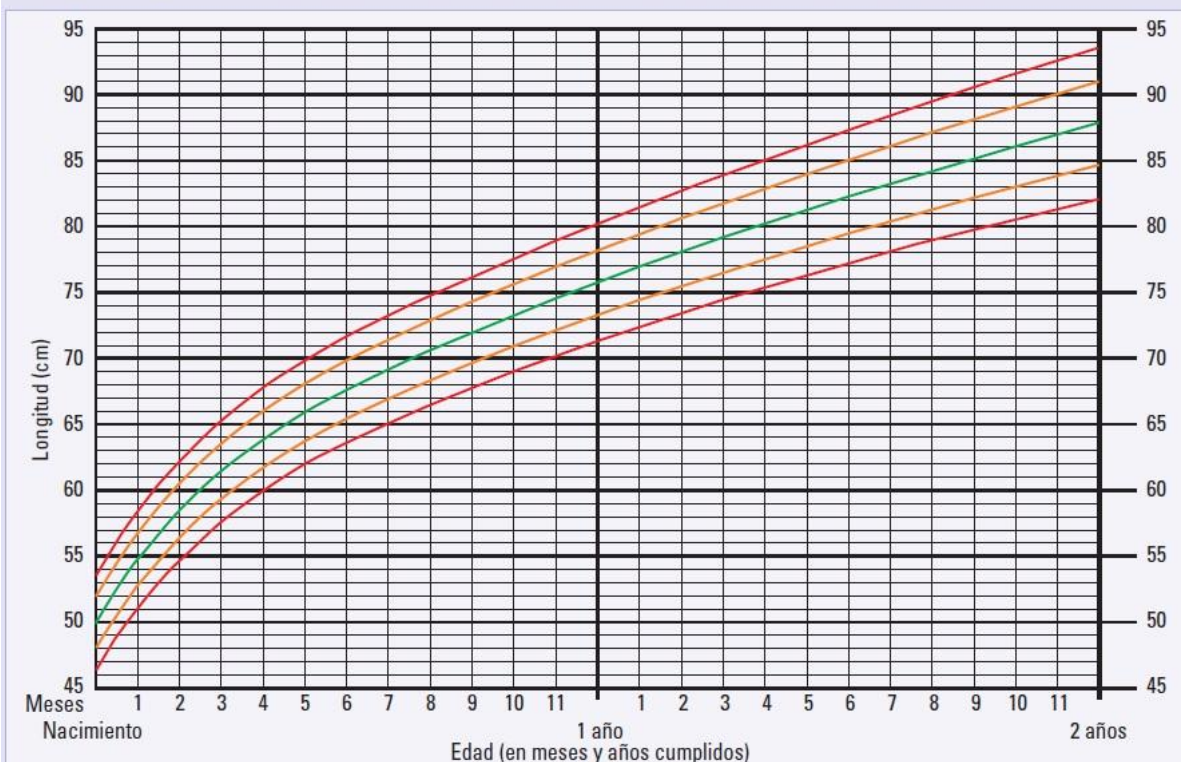
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Longitud para la edad niñas. Percentiles (nacimiento a 2 años)



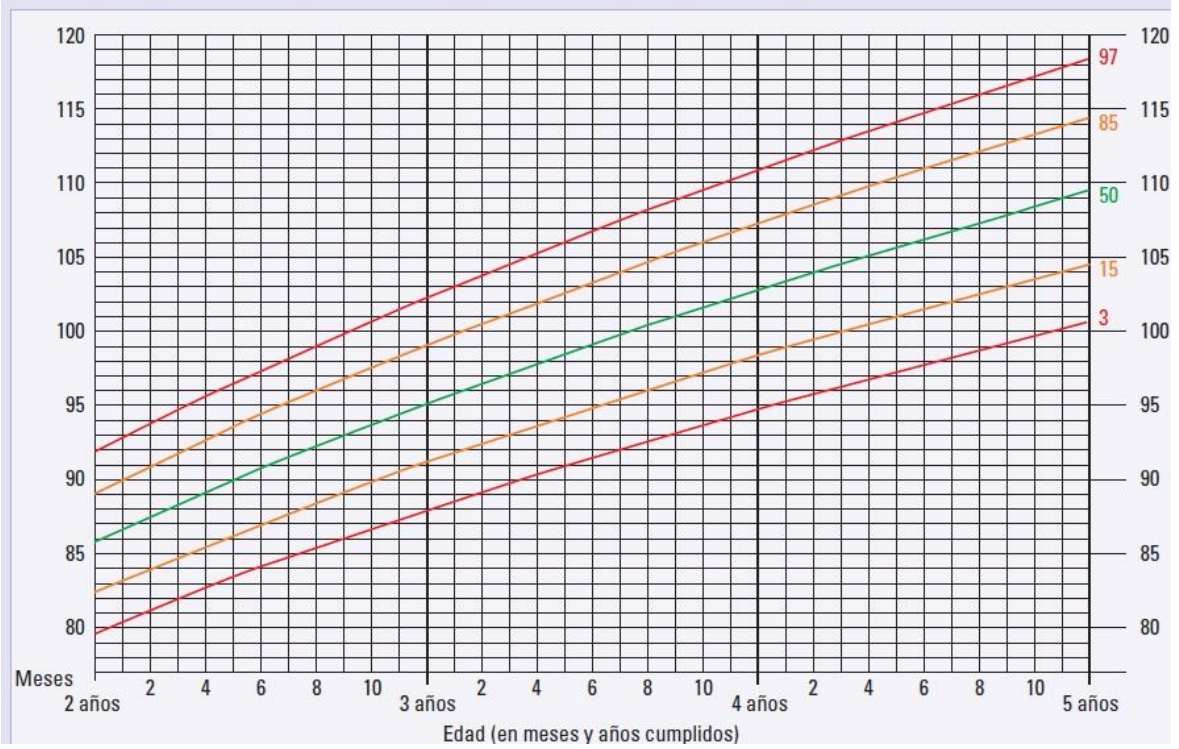
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Longitud para la edad niños. Percentiles (nacimiento a 2 años)



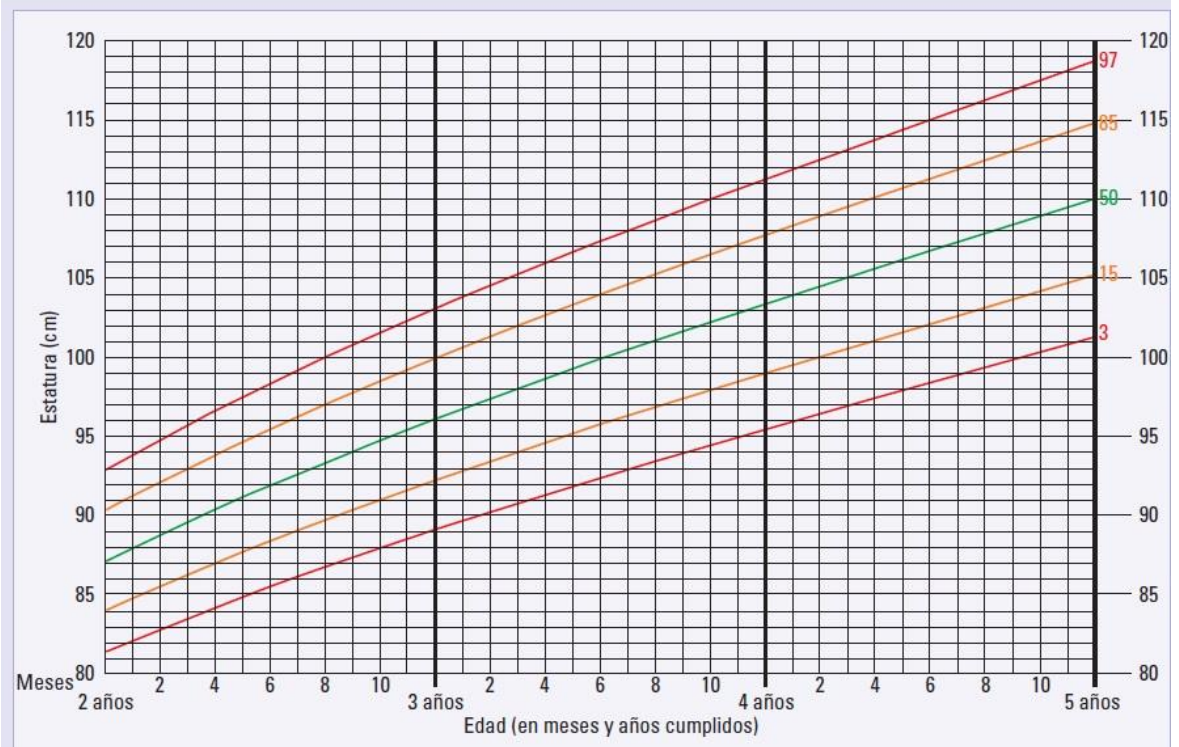
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Estatura para la edad niñas. Percentiles (2-5 años)



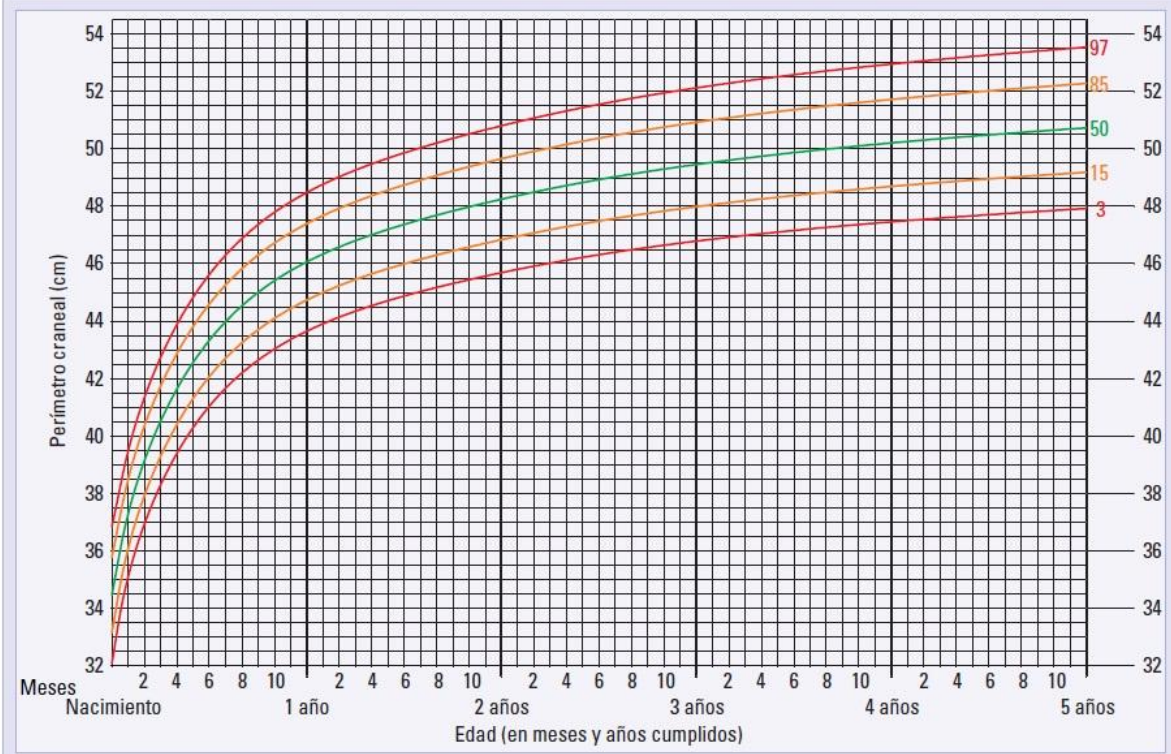
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Estatura para la edad niños. Percentiles (2 a 5 años)



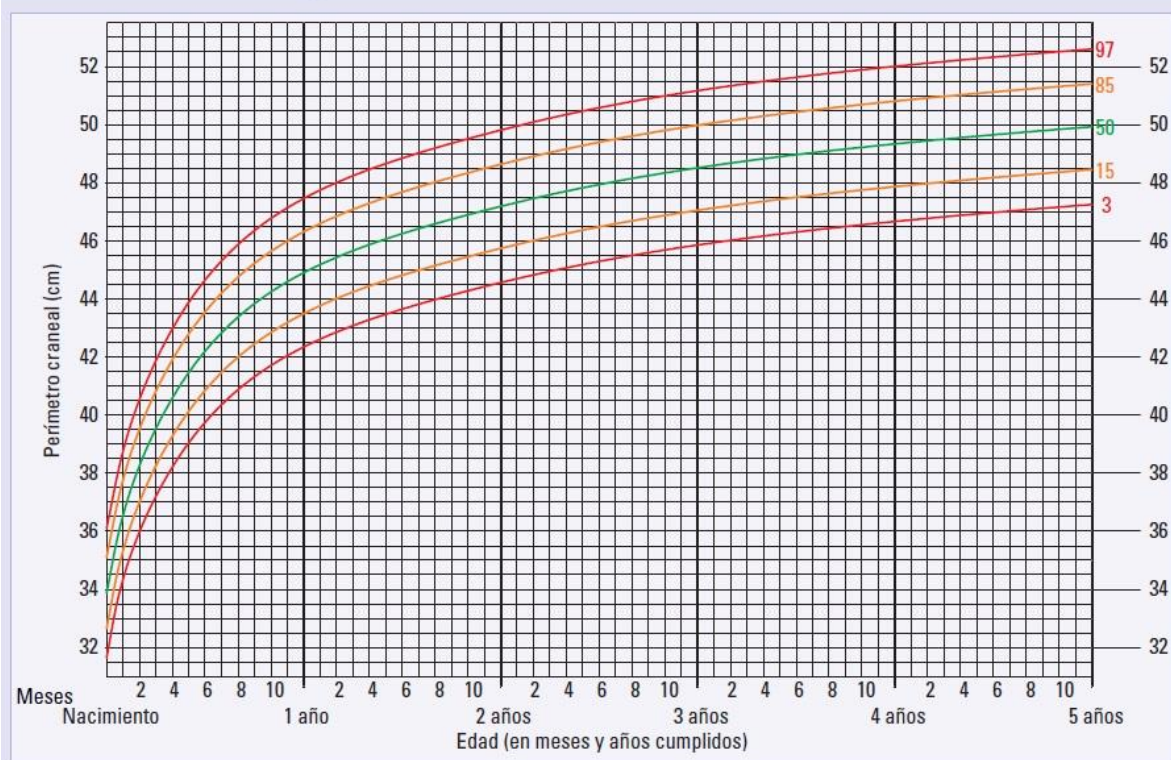
Patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Perímetro craneal para la edad niños. Percentiles (nacimiento a 5 años)



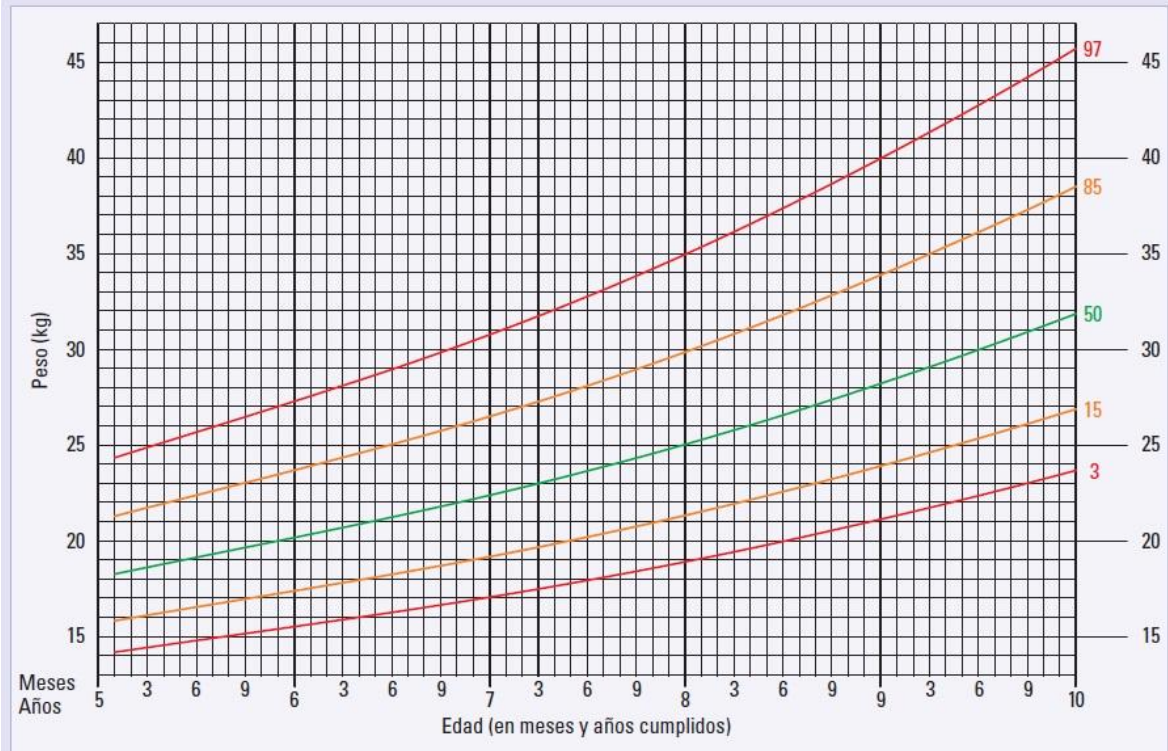
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Perímetro craneal para la edad niñas. Percentiles (nacimiento a 5 años)



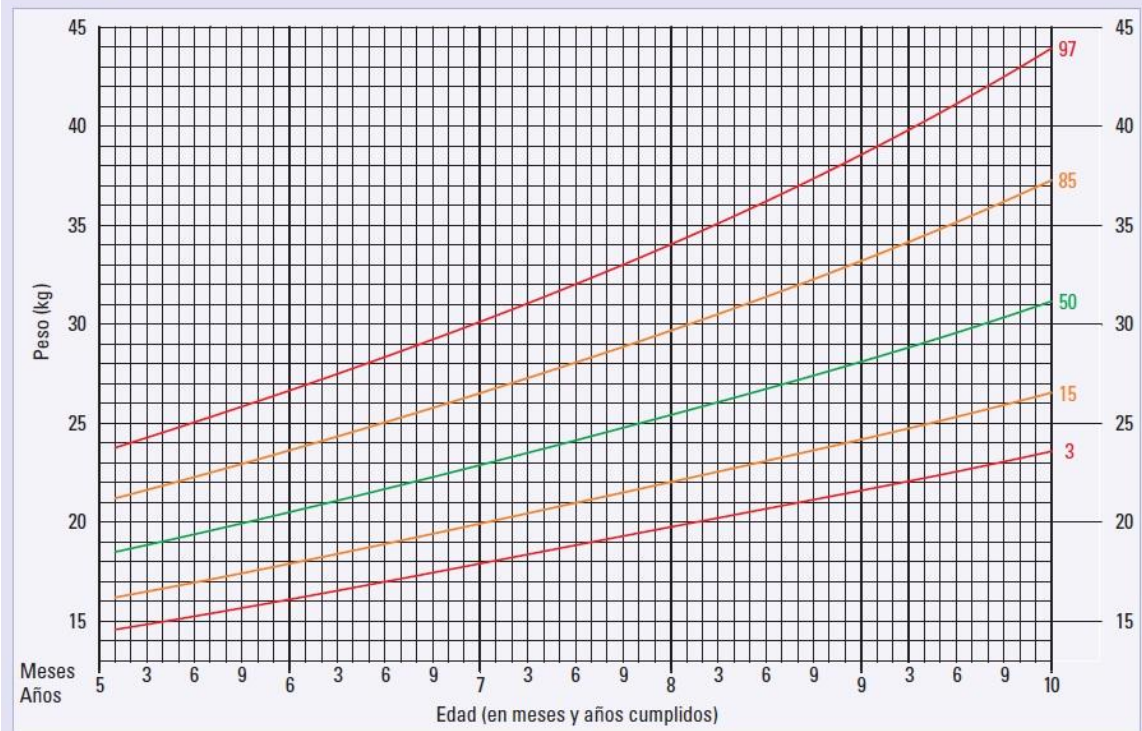
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la edad niñas. Percentiles (5-10 años)



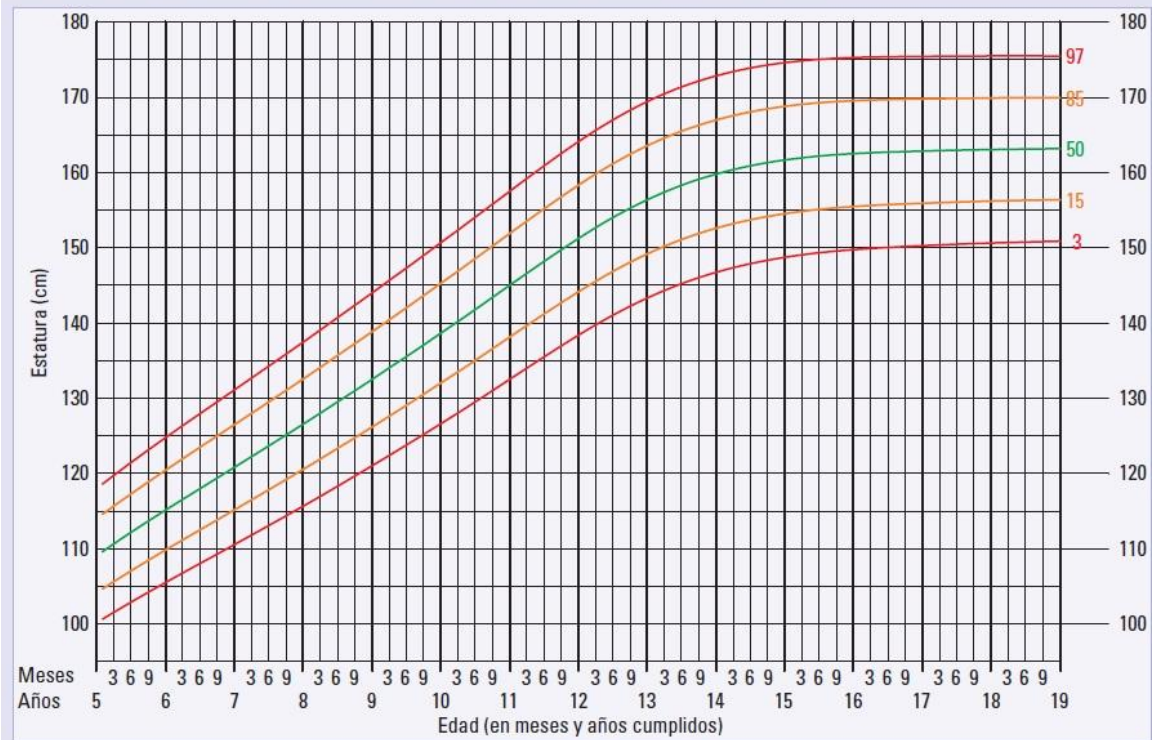
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la edad niños. Percentiles (5-10 años)



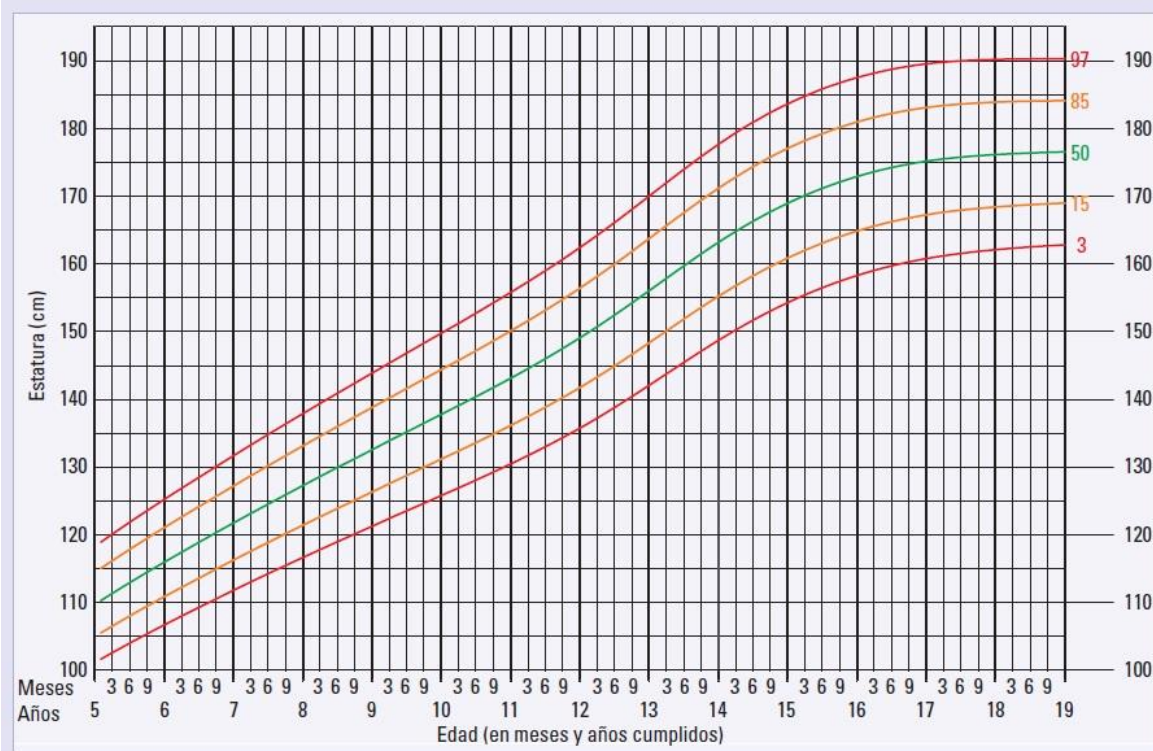
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Estatura para la edad niñas. Percentiles (5-19 años)



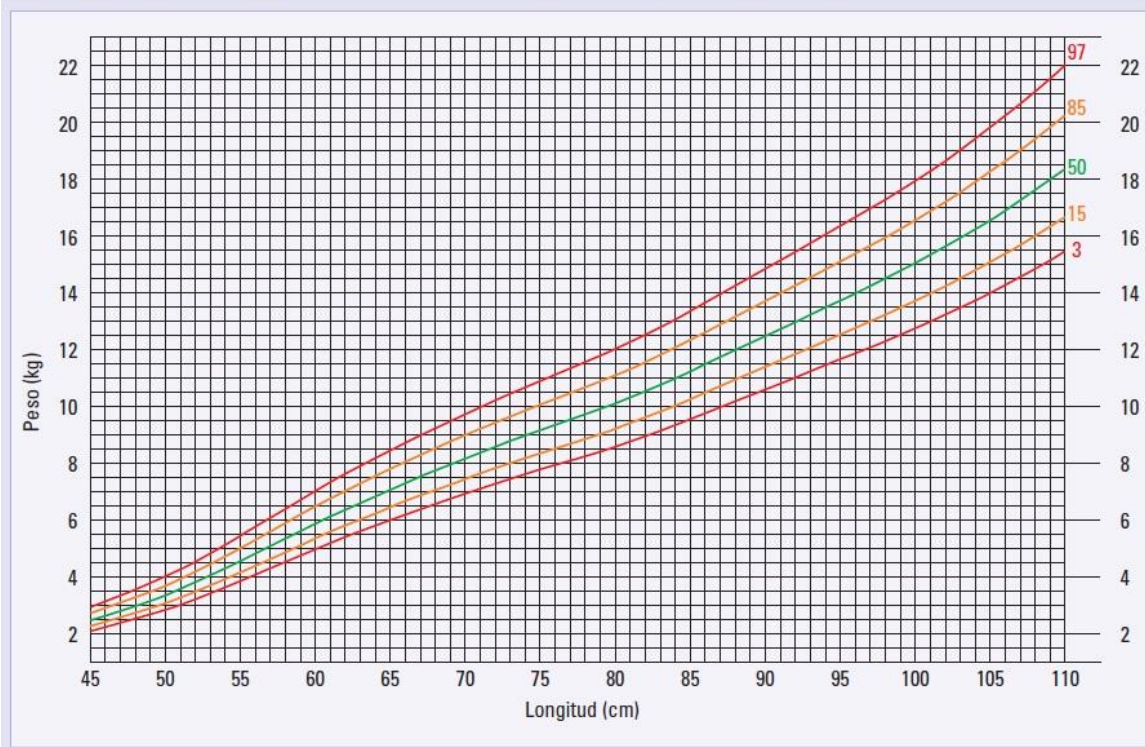
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Estatura para la edad niños. Percentiles (5-19 años)



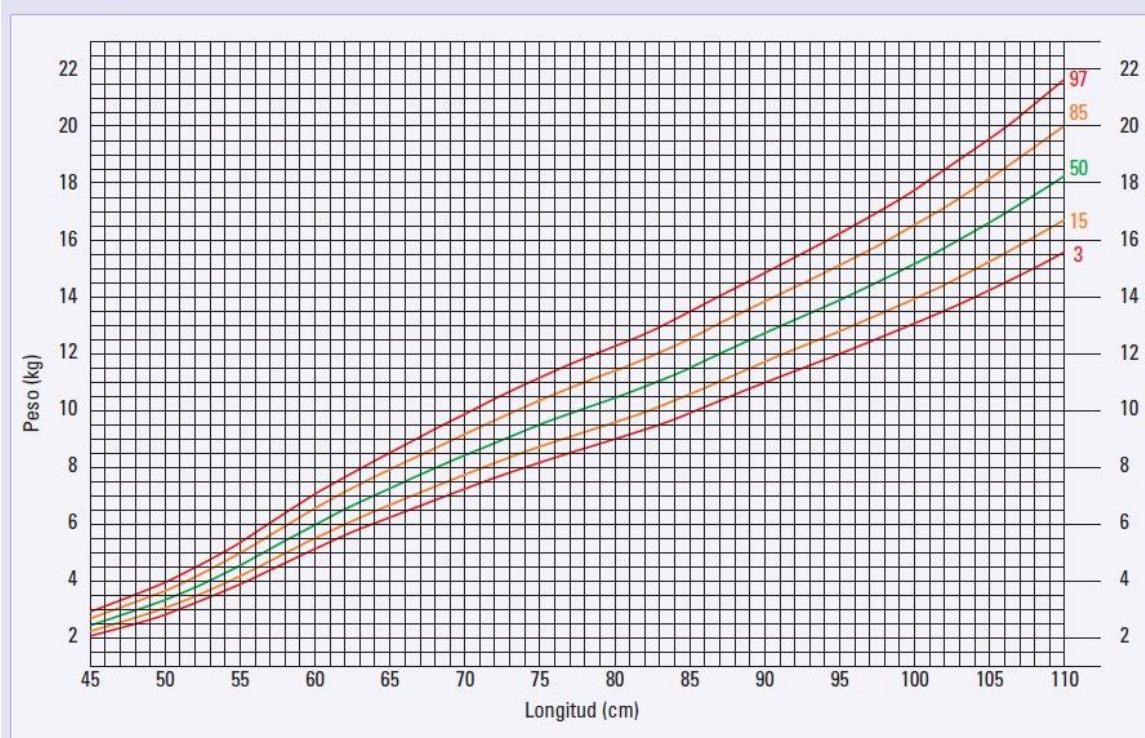
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la longitud niñas. Percentiles (nacimiento a 2 años)



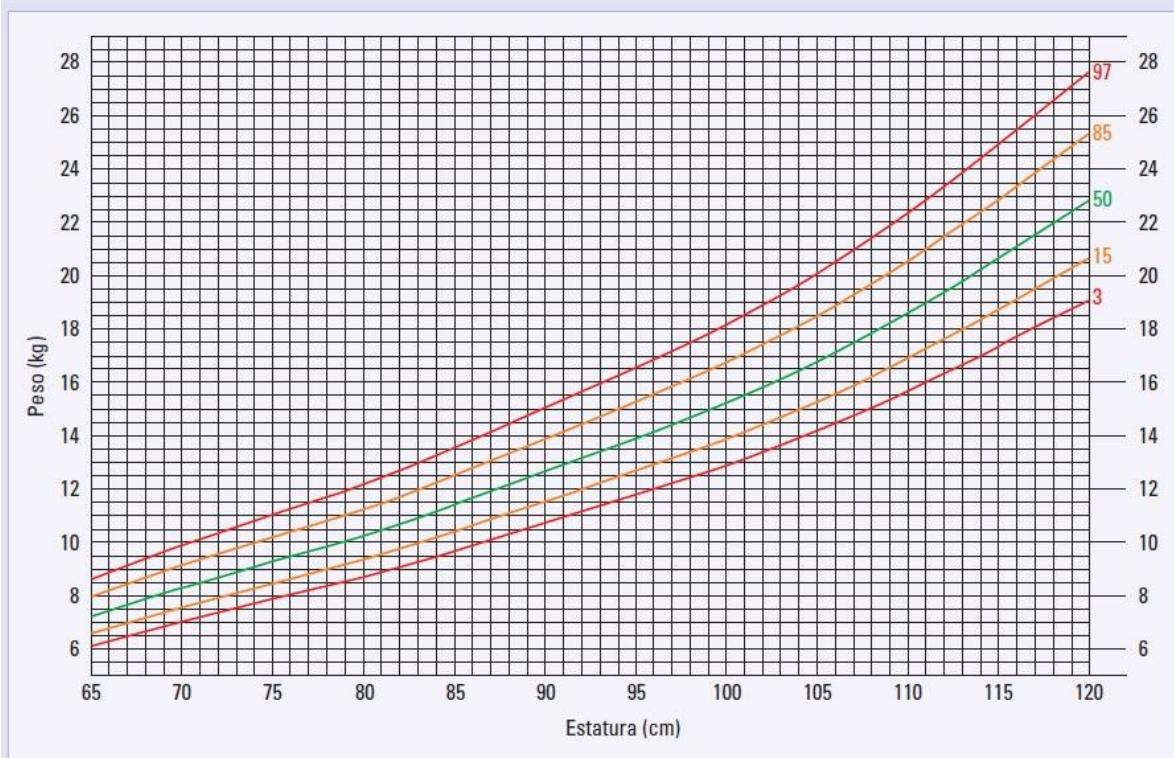
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la longitud niños. Percentiles (nacimiento a 2 años)



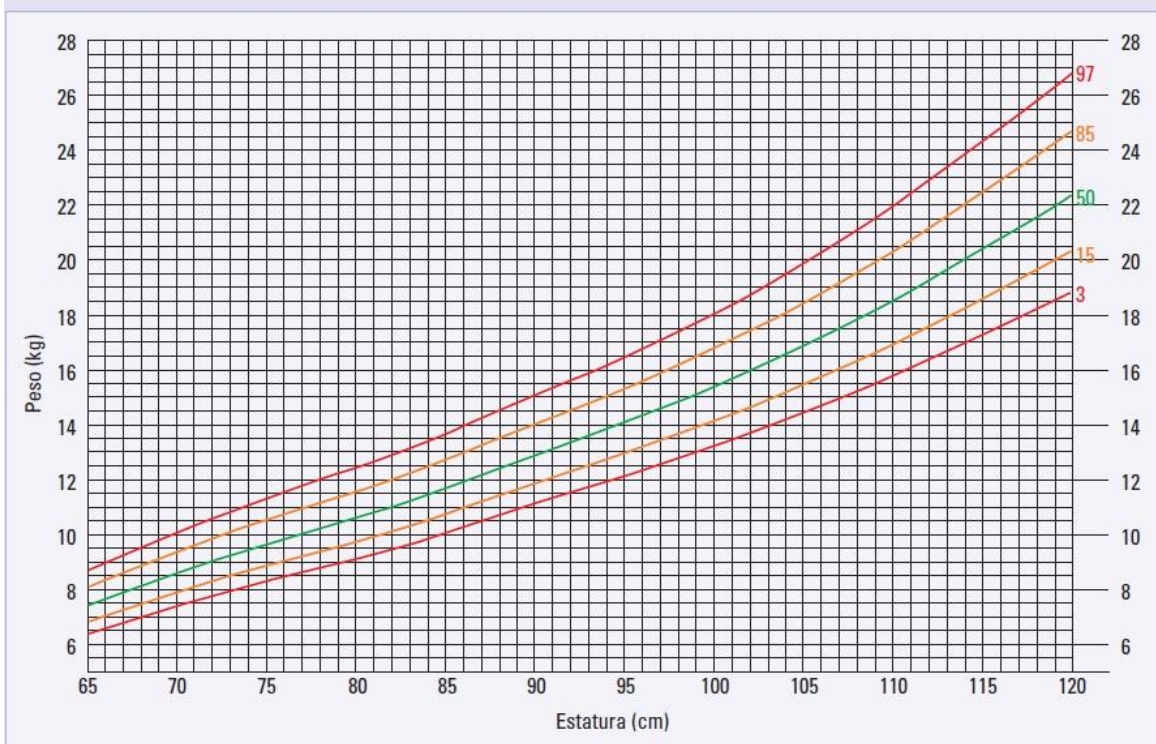
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la estatura niñas. Percentiles (2-5 años)



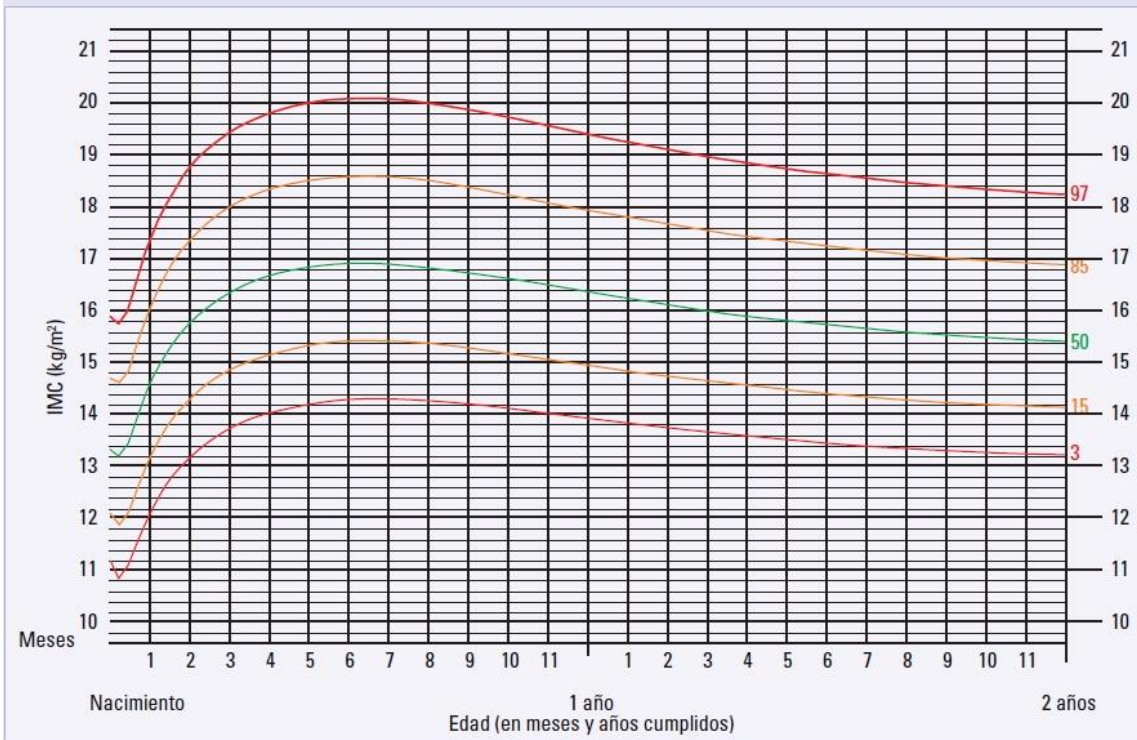
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la estatura niños. Percentiles (2-5 años)



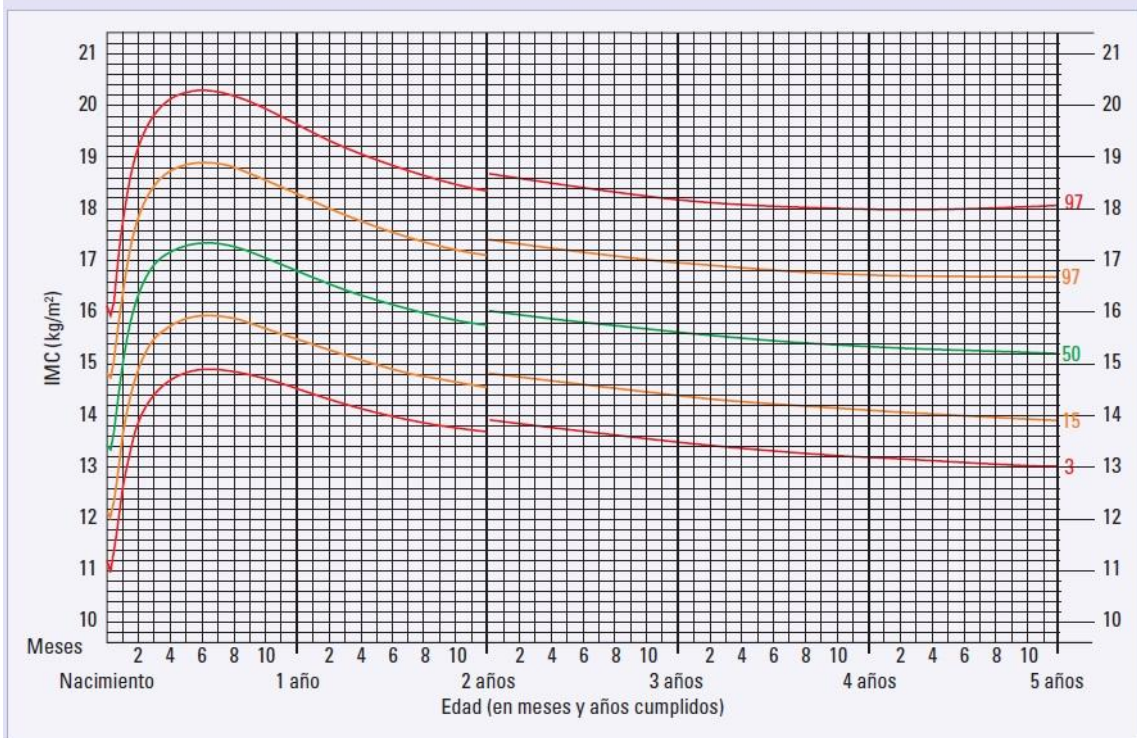
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

IMC para la edad niñas. Percentiles (nacimiento a 2 años)



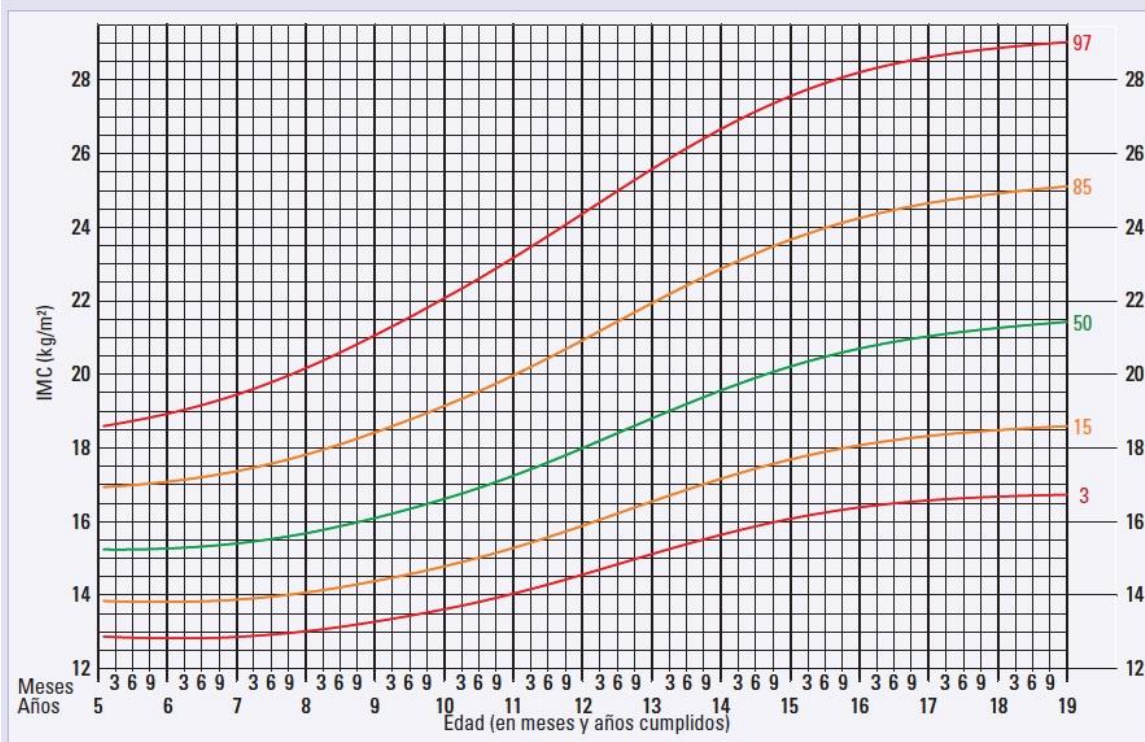
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

IMC para la edad niños. Percentiles (nacimiento a 5 años)



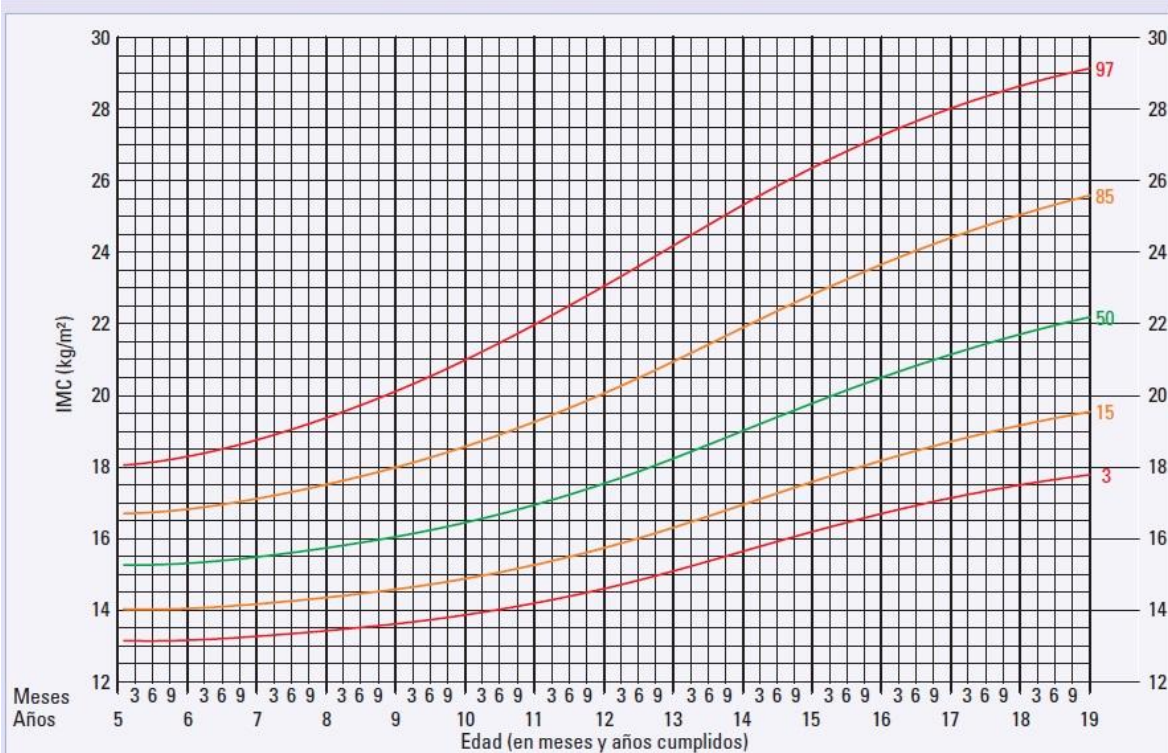
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

IMC para la edad niñas. Percentiles (5-19 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

IMC para la edad niños. Percentiles (5-19 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

CALENDARIO DE REVISIONES EN PEDIATRIA 2014

Centro de Salud Medina del Campo Urbano

15 días: Pediatra

1 mes: Pediatra

2 meses: Enfermera (*vacunas*)

4 meses: Pediatra y enfermera (*vacunas*)

6 meses: Enfermera (*vacunas*)

9 meses: Pediatra

12 meses: Enfermera (*vacunas*)

18 meses: Pediatra y enfermera (*vacunas*)

2 años: Pediatra

3 años: Enfermera (*vacunas*)

4 años: Pediatra

6 años: Enfermera (*vacunas*)

9 años: Pediatra

12 años: Enfermera (*vacunas*)

14 años: Pediatra y Enfermera (*vacunas*)

Las citas para revisión NO se pueden pedir en el CONTESTADOR:

Hay que pedir las en ventanilla o por teléfono directo al centro de salud.

ANEXO IV. Calendario de Vacunación

A continuación vamos a indicar los cambios en los dos calendarios de vacunación del 2013 y 2014



Calendario de Vacunaciones 2013

Recién Nacido	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	3 años	6 años	11 años	14 años
HEPATITIS B HEPATITIS B TETANOS DIFTERIA TOSFERINA acelular HAEMOPHILUS influenzae-b POLIO inactivada MENINGOCOCO-C MENINGOCOCO-C	HEPATITIS B TETANOS DIFTERIA TOSFERINA acelular HAEMOPHILUS influenzae-b POLIO inactivada MENINGOCOCO-C MENINGOCOCO-C	HEPATITIS B TETANOS DIFTERIA TOSFERINA acelular HAEMOPHILUS influenzae-b POLIO inactivada MENINGOCOCO-C MENINGOCOCO-C	TETANOS DIFTERIA TOSFERINA acelular HAEMOPHILUS influenzae-b POLIO inactivada MENINGOCOCO-C	TETANOS DIFTERIA TOSFERINA acelular HAEMOPHILUS influenzae-b POLIO inactivada MENINGOCOCO-C SARAMPIÓN RUBEOLA PAROTIDITIS	TETANOS DIFTERIA TOSFERINA acelular HAEMOPHILUS influenzae-b POLIO inactivada MENINGOCOCO-C SARAMPIÓN RUBEOLA PAROTIDITIS	TETANOS DIFTERIA TOSFERINA acelular SARAMPIÓN RUBEOLA PAROTIDITIS	TETANOS DIFTERIA TOSFERINA acelular SARAMPIÓN RUBEOLA PAROTIDITIS ** VARICELA	TETANOS DIFTERIA SARAMPIÓN RUBEOLA PAROTIDITIS ** VARICELA *** VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	TETANOS DIFTERIA SARAMPIÓN RUBEOLA PAROTIDITIS ** VARICELA *** VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

* Se mantendrá la vacuna Sarampión, Rubéola y Parotiditis de los 6 años hasta que las cohortes que se vacunan a los 3 años alcancen los 6 años.

** Para aquellos que no hayan pasado la enfermedad y que no se encuentren correctamente vacunados. Pauta de 2 dosis.

*** Sólo niñas. Por campaña específica curso escolar 2º de ESO. Pauta de 3 dosis.





Calendario de Vacunaciones 2014

Recién Nacido 2 meses 4 meses 6 meses

HEPATITIS B

HEPATITIS B
TETANOS
DIFTERIA
TOSFERINA
acelular
HAEMOPHILUS
influenzae-b
POLIO
inactivada

TETANOS
DIFTERIA
TOSFERINA
acelular
HAEMOPHILUS
influenzae-b
POLIO
inactivada

HEPATITIS B
TETANOS
DIFTERIA
TOSFERINA
acelular
HAEMOPHILUS
influenzae-b
POLIO
inactivada

MENINGOCOCO-C [1]

12 meses 18 meses

TETANOS
DIFTERIA
TOSFERINA
acelular
HAEMOPHILUS
influenzae-b
POLIO
inactivada

MENINGOCOCO-C

SARAMPION
RUBEOLA
PAROTIDITIS

3 años

SARAMPION
RUBEOLA
PAROTIDITIS

1+1=2
6 años

TETANOS
difteria
tosferina
acelular

SARAMPION
RUBEOLA
PAROTIDITIS [2]

12 años

MENINGOCOCO-C

VARICELA [4]

14 años

TETANOS
difteria

MENINGOCOCO-C [2]

VIRUS DEL
PAPILOMA
HUMANO [3]

[1] Para algunas vacunas comerciales se requieren dos dosis (2, 4 meses).
 [2] Se mantendrá la vacuna Meningococo C a los 14 años hasta que las cohortes vacunadas a los 12 años alcancen los 14 años.
 [3] Se mantendrá la vacuna Sarampión, Rubéola y Parotiditis a los 6 años hasta que las cohortes vacunadas a los 3 años alcancen los 6 años.



[4] Para aquellas que no hayan pasado la enfermedad y no estén vacunadas con anterioridad. Pauta de dos dosis.
 [5] Sólo niñas. Por campaña específica. Pauta según vacuna comercial.

Consultar información actualizada en www.salud.jcyl.es/vacunaciones

Cuida tus dientes

¿Cómo debemos cepillarnos los dientes?

- Se pondrá una pequeña cantidad de pasta en el cepillo.
- Los movimientos del cepillo deben ser cortos y repetirlos unas 10 veces.
- El cepillado debe durar de 3 a 5 minutos.
- También hay que cepillar la lengua, el paladar y la cara interna de las mejillas.



Los dientes de arriba hacia abajo y los de abajo hacia arriba



Igual por dentro que por fuera



Las muelas, por donde mastican, de delante hacia atrás y de atrás hacia delante



Diseño e impresión: IMP
Depósito legal: M-31244-2007


Junta de
Castilla y León

ANEXO VI. Protocolo

A continuación les propongo el protocolo de actuación.

Tabla 15. Protocolo de actuación.

En esta tabla se muestra el protocolo realizado por mí sobre recomendaciones de las enfermedades.

	Riesgo de transmisión	Periodo de incubación	Duración de casa	Periodo de infección	Intervalo serio	Recomendación de periodo de exclusión	Comentario.
Complylobacter enteritis	Baja	1-10 días (media, 3 días)	0-3 semanas (media, 2 semanas)	NK	1-3 semanas	24 horas desde la último episodio de diarrea (C)	1
Varicela	Muy alta, alta	11-20 días (media, 15 días)	NK	Desde -4 a + 5 días (siempre – 1 a +2 días)	10-23 días (media 13-15 días)	5 días desde empezar a la erupción en la piel.	2
Conjuntivitis	Bajo/ moderado	3-29 días (media 11 días)	NK	En piel 2 semanas	NK	Ninguno	3,4 dato referente principalmente a adenoviruses.
Cryptosporidiosis	Bajo. Moderado en jóvenes chicos.	1-14 días (medio7 días)	0-15 días después del resultado de la diarrea (medio 7 días)	NK	NK	24 horas desde la última episodio de diarrea	1
Infección enterovirus (sin polio, sin manos, comida y boca)	Moderado	2-7 días	1-3 semana (media 1 semana)	NK	1-15 días (media 6-7 días)	Ninguno, (exclusión puede ser necesaria en brote viral de meningitis)	3, 4, 5, 6
Escherichia coli enteritis	Bajo. Moderado en chicos jóvenes	EHEC: 1-10 días. (media 4 días) EPEC: 2-48 horas (media 18 horas) EIEC: 1 h-6 días (media 3 días)) ETEC: 3h-7 días (medio 4 días)	EHEC: 2-62 días (media, 17 días) EPEC: <12 días ETEC: <5 días	NK	EPEC: 2-14 días	EHEC (O157): 2 negativa heces. Otras: 24 horas desde el último episodio de diarrea.	1,4
5 enfermedad (infeccion eritema nudosa, parvovirus	Moderna	13-18 días	De 6 a 3 días	NK	7-11 días.	Ninguno	3 Solo infectiva porque la

infection)							transmisión por supuesto antes de una enfermedad.
Gastroenteritis adenovirus	NK (puede causar brotes)	8-10 días	>7 pero <14 días	NK	6-16 días	24 horas desde el último episodio de diarrea	1
Astrovirus	Moderado (en jóvenes chicos)	3 días	2-30 días (media 8 días)	NK	NK	24 horas desde el último episodio de diarrea	1
Calciviruses	NK	1-3 días	1-11 días (media 4 días)	NK	NK	24 horas desde el último episodio de diarrea	1, 4
Norwalk virus	Moderado	4-77 horas (media 36 h)	0-72 horas	De 2-3 días después de recuperación.	1-7 días (media 3 días)	3 días desde el último episodio de diarrea.	1
Rotavirus	Moderado	2-4 días.	De 1-8 días (máximo 3-5 días)	NK	Media 5-6 días	24 horas desde el último episodio de diarrea.	1
Giardiasis	Moderado (en jóvenes chicos)	5-20 días (media 7 días))	1-5 semanas (media 2 semanas)	NK	NK	24 horas desde el último episodio de diarrea.	Datos referente agudo bastante crónico.
Piojos	Moderado	7-10 días desde la aparición de la liendre.	Mientras que el piojo o la liendre viva.	Mientras que el piojo o la liendre viva.	NK	Ninguno.	3. No hay pruebas específicas.
Hepatitis A	Bajo. Moderado en chicos jóvenes	25-30 días (medio 33 días).	Subiendo de 12 días (media 1 día más). Normalmente menos de 10 más de 3 (máximo menos de 3 o 2)	Empieza en menos de 2 semanas. Termina no se sabe entre 0 y más de 8 días. >5 años:	20-32 días (media 27 días)	<5 años 5 días. >5 años: ninguno.	2. 3. 6. Exclusión de largamente infectado. Pero recomendado un día-precaución en

				ninguno.			el colegio porque el riesgo lo tienen los adultos.
Estreptocócicos.	Moderado.	2-23 días (media 8 días)	Semanas severas (sin tratar)	NK	2-12 días (media 4)	Mientras esté abierta la lesión continuar.	Seria intervención sujeto a más transmisión ocurre fácil en enfermedad.
Sarampión, rubeola.	Muy alta.	6-19 días (medio 13 días)	Desde menos de 2 a más de 3 días.	NK pero casos son infectados 1-2 días antes del comienzo de sarpullidos.	6-8 días (medio 10 días)	5 antes del comienzo de sarpullidos.	2. 7.
Enfermedad meningocócica.	Bajo.	NK. Invasión de enfermedades seguido al asentamiento de variable duración.	Sin tratamiento: 9 meses. Con tratamiento: 1-2 días desde que empieza.	NK	Brote: 1-31 días (media 9). Doméstico: 1-39 semanas (medio 7)	48 horas desde que empieza el tratamiento.	2. 5. 6.
Paperas	Moderado	15-24 días (media 19 días)	Desde -7 días a más +4 días	NK	10-31 día (medio 19 días)	5 días desde el comienzo de la papera.	2, 6, 7
Tos ferina	Muy alta.	5-21 días (comúnmente 7 días, rara vez >10)	Sin tratar: 60% casos de quedarse en casa >2 semanas, 20% de >6 semanas. Tratado: <7 días.	NK	4 días-8 semanas (medio 7 días)	Tratado: 5 días desde empezar los anticuerpos. Sin tratar: mínimo 3 semanas.	6, 7.
Fiebre	Bajo	2- 4 días	Sin tratar: >2 meses.	NK	NK	5 días desde empezar el tratamiento	6.

			Tratado: 3-4 días				
Salmonelosis	Bajo. Moderado en jóvenes.	4-6 días (medio 16 horas)	<5 años: sube a 12 meses (medio 4 semanas)	NK	NK	<5 años: mínimo una negativa de heces.	4
Otitis	Baja	No más de 72 horas.	No hace falta.	Tratamiento: 8-14 días (media 10 días)	NK	NK	3
Sinusitis	Baja	NK	No es necesaria	Menos de 4 semanas	Cuatro veces al año.	NK	3
Resfriado común	Moderada	1-8 días (medio 4 días)	2-3 días	3-7 días	2-4 días	2-3 días	7
Faringoamigdalitis	Moderado.	12 horas-5 Días	24 horas.	Tratamiento: 7-10 días.	NK	24 horas.	7
Faringitis	Moderada	2-5 días (media 3 días)	24 horas	10-14 días	NK	24 horas	7
Adenoiditis	Moderada	NK	SI no es grave, 24 horas. Si se opera 5 días.	Tratamiento: 10-14 días.	NK	24 horas.	3
Laringitis	Moderada	NK	No hace falta, evitar hablar.	2 días- 3 semanas.	NK	NK	3
Bronquitis	Alta	18-36 horas.	No necesario.	7-10 días.	NK	NK	NK
Neumonía	Alta	Varías horas- 6 días.	2-5 días	1- 6 semanas.	NK	2-5 días	NK

Riesgo de transmisión, duración de reposo, periodo de infección, intervalo serio y recomendación de exclusión para 41 estudio de infecciones

*Baja <10%, moderado 10 a 30%, alta de 30 a 75%, muy alta >75%

*1, exclusión larga (ejem 48 horas) puede ser apropiado los niños menores de 5 años de edad y aquellos imposibles de mantener la higiene de personas; 2 exclusión no estará completamente efectiva porque puede que haber algunos casos de infección antes del inicio de la enfermedad; 3, la exclusión no se requiere porque generalmente son suave en niños; 4, se refiere a la infección desde más de un agente: los intervalos pueden variar en consecuencia; 5, se refiere a la infección en más de un sitio: los intervalos pueden varia en consecuencia; 6, la exclusión no podría ser eficaz porque el portador sano de la infección pasa y puede ser involucrado en la transmisión; 7, los niños son protegidos por rutinas inmunizadoras.

NK (no saben, no es evidente), presuntamente; EPEC enteropathogeno E. coli; EHEC, enterohemorrhagic, E. coli; EIEC, enteroinvasive E. coli; EETEC, enterotoxigenic, E. coli.

Tabla 16. Estrategias de prevención en niños con normopeso sin factores de riesgo en programa de salud infantil.

Estrategias de prevención en niños con normopeso sin factores de riesgo EN PROGRAMA DE SALUD INFANTIL:
A. Control de Peso/Talla/IMC.
B. Confirmar no aparición de factores de riesgo.
<p>C. Consejos nutricionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lactante: <ul style="list-style-type: none"> ○ Promoción de lactancia materna ○ Evitar diversificación alimentaria precoz (nunca antes de los 4 meses y, de forma ideal, entre el 5 y 7 mes) • Niño preescolar, escolar y adolescente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Desayuno diario y completo (cereales, fruta y lácteos). ○ Dieta mediterránea (ingesta de frutas, verduras, hortalizas hasta 5 raciones al día), disminuir ingesta de grasa y proteínas animales. ○ Utilizar solo agua como fuente de bebida (limitando el uso de bebidas azucaradas). ○ Evitar comer fuera de casa (evitando locales de comida rápida).
<p>D. Consejos de ejercicio físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Recomendar juego activo en todas las edades. ○ Involucrar en actividades deportivas según capacidades y gustos
<p>E. Restringir ocio sedentario:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estimular actividad de ocio compartidas con el resto de la familia. ○ Recomendar limitar las horas de televisión y/o actividades sedentarias (ordenador, videoconsolas...) a menos de 2 horas/día.
<p>F. Educar hábito del sueño:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No TV en dormitorio. • Dormir las horas necesarias.

Tabla 17: Estrategias de prevención en niños con normopeso y factores de riesgo en programa de prevención anual.

Estrategias de prevención en niños con normopeso y factores de riesgo EN PROGRAMA DE PREVENCIÓN ANUAL
A. Control de Peso/Talla/IMC.
B. Reseñar factores de riesgo y aparición de nuevos.
<p>C. Consejos nutricionales:</p> <p>Lactante:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Promoción de lactancia materna. o Evitar alimentación complementaria precoz. <p>Niño preescolar, escolar y adolescente:</p> <ul style="list-style-type: none"> o No menos de 4 comidas diarias. o Desayuno diario y completo (cereales, fruta y lácteos). o Aumentar el número de raciones de fruta, verdura, hortalizas, hasta 5/día, y disminuir la ingesta de grasa y proteína animal. o Favorecer la ingesta de Hidratos de Carbono complejos (pan, pasta, arroz...) evitando los azúcares simples y de absorción rápida (golosinas, dulces, refrescos, zumos envasados azucarados...). o Beber agua, evitando bebidas y refrescos azucarados. o Variar los alimentos de cada grupo, para no caer en la monotonía y mantener la calidad nutricional. o Evitar el “picoteo” entre comidas, o que éste sea con alimentos “hipocalóricos” (fruta, yogur...). o Comer despacio y en familia, evitando la televisión. o Eliminar de la compra, de la despensa y neveras alimentos no saludables como embutidos, snacks salados, refrescos, bollería industrial y comida precocinada. o Evitar restaurantes de comida rápida.
<p>D. Consejos de ejercicio físico:</p> <p>En el niño pequeño y preescolar favorecer el ejercicio y el ocio en forma de juego activo.</p> <p>En el niño escolar y adolescente potenciar actividad física de 30-60 minutos diarios (ir caminando al colegio, subir escaleras, evitar ascensor, participar en juegos al aire libre...).</p> <p>Promocionar el ejercicio, incluyéndoles en un deporte que les guste 2-3 veces</p>

a la semana.

E. Disminuir actividad sedentaria:

Niños menores de 2 años: no TV.

Niños mayores de 2 años: menos de 2 horas al día de TV, ordenadores, videoconsolas...

Se recomienda no TV en habitaciones

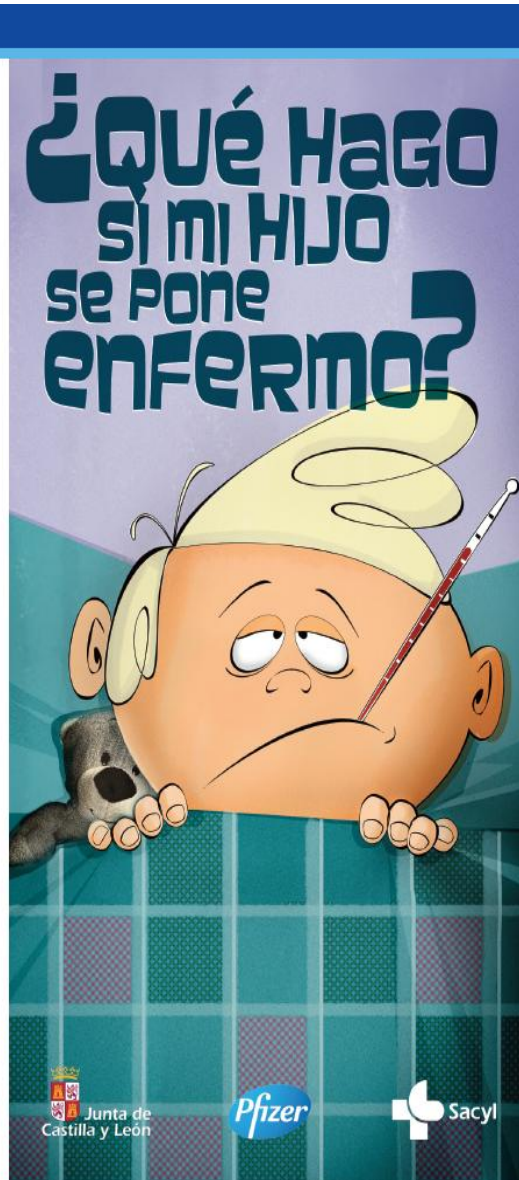
F. Favorecer unos adecuados hábitos de sueño:

No dormir menos de 7 horas al día.

No tener TV ni otras tecnologías de información, de conocimiento o de entretenimiento (ordenadores, videoconsolas...) en el dormitorio.

Anexo VII. Plan de atención pediátrica telefónica.

www.saludcastillayleon.es



LLAME a este número ANTES DE ACUDIR a URGENCIAS



ASISTENCIA PEDIÁTRICA TELEFÓNICA

900 222 000

número GRATUITO DE CONSEJO PEDIÁTRICO

HAGA USO DE
ESTE SERVICIO SI:

- Va a ir a urgencias por un problema leve.
- Necesita cualquier tipo de orientación relacionada con la salud de su hijo.
- Desconoce el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y no sabe dónde ir.

La llamada será atendida por profesionales sanitarios de Sacyl. La conversación será grabada por seguridad.

En caso de necesidad, le llamarán para comprobar la evolución del niño y su satisfacción con este servicio.

Horario de atención:

Lunes a viernes de 15:00h a 24:00h.

Sábados y domingos las 24h.

Puede consultar en el aula de pacientes del portal de sanidad de la Junta de Castilla y León:
<http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es>

ES RESPONSABILIDAD DE TODOS HACER BUEN USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD