

ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA



Órgano oficial de la Sociedad Venezolana
de Puericultura y Pediatría

Volumen 71
Suplemento 2, Septiembre 2008

PRIMER CONSENSO DE LA SVPP SOBRE GUARDERÍAS

Revista arbitrada e indexada en LILACS

Depósito legal p.p. 193602DF832 ISSN:0004-0649

ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA



- Creada en marzo de 1939 por el Dr. Pastor Oropeza.
- Es la publicación científica oficial de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría.
- Su objetivo principal es la divulgación de la producción científica en el área infanto-juvenil generada en Venezuela, así como la actualización permanente de temas relevantes de la pediatría.
- Publica artículos científicos arbitrados: originales, de revisión, casos clínicos, cartas al editor, informes técnicos y otros.
- También publica suplementos arbitrados sobre temas específicos de interés para el pediatra.
- Su frecuencia es trimestral.

Indizada en la Base de Datos

LILACS, LIVECS, LATINDEX

FONACIT reg.2005000004

Depósito legal p 193602DF832 ISSN 0004-0649.

Arch. Venez. Pueric. Pediatr.

Tiraje 3.000 ejemplares.



ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

ÍNDICE

Vol. 71, Suplemento 2

Septiembre, 2008

PRIMER CONSENSO DE LA SVPP SOBRE GUARDERÍAS

EDITORIAL

Huníades Urbina-Medina	S1	
NORMAS DE AMBIENTE FÍSICO EN GUARDERÍAS		
Armando Arias, Rafael Narváez Ramos, Flor Aguiar, Elizabeth Sosa, Gloria Mora, Nicolás Campero, Reina Rodríguez.	S2	
NUTRICIÓN Y EVALUACIÓN EN SALUD		
María J. Castro, Olga Figueroa de Quintero, Nolis Camacho Camargo, Carmela Salazar González, Daniel Villalobos Matos, Manuel Villarroel, Livia Machado, Rafael Santiago.	S7	
ENSEÑANZA EN LAS GUARDERÍAS		
María Eugenia Mondolfi Gudat, Argiñe Mugarra, Mariela Oropeza, Tamara Pacheco, Lucía García, Digna de Silveira, Aura Marina Mora.	S14	
HÁBITOS – JUEGOS – DEPORTES EN GUARDERÍAS		
Dolores Pérez Abad, M ^a Fátima Soares, Tamara Salmen, Marianella Herrera de Pages, Inés Ortíz, Bernabé Ruiz, Jorge Gaiti Benavides, Hector Luna Leonett.	S22	
VACUNAS Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS		
Marínés Vancampenhoud, Angela Troncone , María Alejandra Rosas, Marco Torres Espina, Aracelys Valera.	S31	
EMERGENCIAS EN GUARDERÍAS		
Ileana Rojas M., Huníades Urbina Medina, María Angelina La Cruz, Guadalupe Urdaneta de Barboza, Maribel García Lamoglia, Alfredo Yanlli, Julio Maneiro, Miriam Oduber.	S36	
NORMAS PARA LA PUBLICACION DE TRABAJOS EN LA REVISTA ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA.		VII



ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

ÍNDICE

Vol. 71, Suplemento 2

Septiembre, 2008

PRIMER CONSENSO DE LA SVPP SOBRE GUARDERÍAS

EDITORIAL

Huníades Urbina-Medina..... S1

ENVIRONMENTAL NORMS IN DAY NURSERIES

Armando Arias, Rafael Narváez Ramos, Flor Aguiar, Elizabeth Sosa, Gloria Mora,
Nicolás Campero, Reina Rodríguez. S2

NUTRITION AND HEALTH EVALUATION

María J. Castro, Olga Figueroa de Quintero, Nolis Camacho Camargo, Carmela Salazar González,
Daniel Villalobos Matos, Manuel Villarroel, Livia Machado, Rafael Santiago. S7

EDUCATION IN DAY NURSERIES

María Eugenia Mondolfi Gudat, Argiñe Mugarra, Mariela Oropeza, Tamara Pacheco,
Lucía García, Digna de Silveira, Aura Marina Mora. S14

HABITS - GAMES - SPORTS IN DAY NURSERIES

Dolores Pérez Abad, M^a Fátima Soares, Tamara Salmen, Marianella Herrera de Pages, Inés Ortíz,
Bernabé Ruiz, Jorge Gaiti Benavides, Hector Luna Leonett. S22

INFECTIOUS VACCINES AND DISEASES

Marínés Vancampenhoud, Angela Troncone, María Alejandra Rosas,
Marco Torres Espina, Aracelys Valera. S31

EMERGENCIAS IN DAY NURSERIES

Ileana Rojas M., Huníades Urbina Medina, María Angelina La Cruz, Guadalupe Urdaneta de Barboza,
Maribel García Lamoglia, Alfredo Yanlli, Julio Maneiro, Miriam Oduber. S36

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE TRABAJOS EN LA REVISTA ARCHIVOS
VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA..... VII



ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

FUNDADOR DE LA REVISTA
Pastor Oropeza (†)

COMITÉ EDITORIAL
Michelle López
Juan Marcano Lucero
Coromoto Macías de Tomei
Alejandro Mondolfi
Magdalena Sánchez
Juan Félix García
Alejandro Rísquez

ADMINISTRADORA
María Josefa Castro

CONSEJEROS ASESORES
Ricardo Archila G.
Alberto Bercowsky
Héctor L. Borges Ramos
Ernesto Figueroa Perdomo
Humberto Gutiérrez R.
Jesús Eduardo Meza Benítez
Nelson Orta Sibú
Guillermo Rangel
Nahem Seguías Salazar
Marco Tulio Torres Vera
Eduardo Urdaneta
Jesús Velásquez Rojas
Gladys Perozo de Ruggeri
Juan Félix García
Peter Gunczler
Víctor Siegert
Francisco Carrera Michelli
Elizabeth Chacón de Gutiérrez

DELEGADOS DE LAS FILIALES PARA EL COMITÉ
EDITORIAL

ANZOÁTEGUI
Flor Isabel Aguiar
APURE
Elizabeth Sosa de Bermúdez
ARAGUA
Gloria Mora de Sánchez
BARINAS
Carmela Salazar González
BOLÍVAR
Alfredo Antonio Yanlli
CARABOBO
Aracelys Valera de Magdaleno
COJEDES
Nicolás Camperos
DELTA AMACURO
Julio Maneiro
FALCÓN
Miriam Oduber
GUÁRICO
Digna de Silveira
LARA
Jorge Gaiti Benavides
MÉRIDA
Nolis Camacho Camargo
MIRANDA
David Alberto Rincón M.
MONAGAS
Héctor Luna Leonett
NUEVA ESPARTA
Bernabé Ruiz
PORTUGUESA
Daniel Villalobos
SUCRE
Manuel Villarroel
TÁCHIRA
Maribel García Lamoglia
TRUJILLO
Inés Ortiz
VARGAS
Vilma Palma de Rodríguez
YARACUY
Lucía García
ZULIA
Marco Torres Espina

EDICIÓN Y DISTRIBUCIÓN FACUNDIA EDITORES C.A.
Apartado 70341, Ipostel Los Ruices Caracas, 1071-A.
Telf.: (0212) 258.1537 / 1906 Fax: (0212) 257.1962.
e-mail: gabriel@misninosyoyo.com

SOCIEDAD VENEZOLANA DE
PUERICULTURA Y PEDIATRÍA
Urb. La Castellana, Av. San Felipe, entre 2da. Transversal,
y calle José Angel Lamas, Centro Coinasa, Mezzanina, Local 6
Telf.: (0212) 263.7378 / 2639. Fax: (0212) 267.6078
e-mail: svpp@reacciun.ve / Web Site: pediatria.org

Volumen 71,
Suplemento 2,
Septiembre
Año 2008



SOCIEDAD VENEZOLANA DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

JUNTA DIRECTIVA CENTRAL 2007 - 2009

Presidente: Dr. Huniades Urbina Medina
Vicepresidenta: Dra. María Eugenia Mondolfi
Secretario Ejecutivo: Dra. Ileana Rojas Marcano
Secretaria de Finanzas: Dra. María Josefa Castro.
Secretaria de Información: Dr. Rafael Narváez Ramos
Difusión y Divulgación: Dr. Dolores Pérez Abad
Secretaria de Educación: Dra. Armando Arias
Médica Continua:
Secretario de Relaciones
Institucionales:

Presidente:
Vicepresidente:
Secretario Ejecutivo:
Secretaria de Finanzas:
Secretaria de Información:
Difusión y Divulgación:
Secretaria de Educación:
Médica Continua:
Secretario de Relaciones
Institucionales:

BOLÍVAR
Dr. Alfredo Yanlli.
Dr. Marco Gudiño.
Dr. Jesús Romero.
Dra. Rita Pérez.

Dra. Milanyela Madera.

Dra. Ana María Mavares.

Dr. Freddy Rodríguez.

Presidenta:
Vicepresidenta:
Secretaria Ejecutiva:
Secretaria de Finanzas:
Secretario de Información:
Difusión y Divulgación:
Secretaria de Educación:
Médica Continua:
Secretario de Relaciones
Institucionales:

CARABOBO
Dra. Aracelys Valera de Magdalena.
Dr. Luis Izaguirre.
Dra. Reina Vielma.
Dra. Mirian Pinto.

Dra. Milagros Soto.

Dra. María Tomat.

Dr. Federico Ortega.

JUNTAS DIRECTIVAS DE LAS FILIALES 2007 - 2009

Presidenta: ANZÓATEGUI
Vicepresidenta: Dra. Flor Isabel Aguiar
Secretaria Ejecutiva: Dr. Dr. Ismael Viñoles
Secretaria de Finanzas: Dra. Dra. María Isabel Da Silva.
Secretaria de Información: Dra. Rícnia Vizcaino
Difusión y Divulgación: Dra. Gladys Ibrahim
Secretario de Educación: Dr. Luís Indriago
Médica Continua:
Secretaria de Relaciones: Dra. Betsy de Bonilla
Institucionales:

Presidente:
Vicepresidenta:
Secretaria Ejecutiva:
Secretario de Finanzas:
Secretario de Información:
Difusión y Divulgación:
Secretaria de Educación:
Médica Continua:
Secretario de Relaciones
Institucionales:

COJEDES
Dr. Nicolás Camperos.
Dra. Reina Rodríguez.
Dr. Laura López.
Dr. Wladimir Ochoa.

Dr. Wladimir Ochoa

Dra. Mara Hidalgo.

Dr. Franco Concenza.

Presidenta: APURE
Vicepresidenta: Dra. Elizabeth Sosa de Bermúdez
Secretaria Ejecutiva: Dr. Henry Sánchez
Secretaria de Finanzas: Dra. Maritza Carreño de Marchena
Secretaria de Información: Dra. Zaida Vielma
Difusión y Divulgación: Dra. Dra. Gisela Ocando
Secretaria de Educación: Dra. Yubelis Pérez
Médica Continua:
Secretaria de Relaciones: Dra. Alicia Berdugo
Institucionales:

Presidente:
Vicepresidenta:
Secretaria Ejecutiva:
Secretaria de Finanzas:
Secretaria de Información:
Difusión y Divulgación:
Secretaria de Educación:
Médica Continua:
Secretario de Relaciones
Institucionales:

DELTA AMACURO
Dr. Julio Maneiro.
Dra. Ana T. León.
Dr. Julio Romero.
Dra. Digna Pinto.

Dra. Labibi Kabchi.

Dra. Oseglys Pérez.

Dr. Miguel Álvarez.

Presidenta: ARAGUA
Vicepresidenta: Dra. Gloria Mora de Sánchez.
Secretaria Ejecutiva: Dra. Gladys Hurtado.
Secretaria de Finanzas: Dra. Yajaira Pérez.
Secretaria de Información: Dra. Editza Sánchez.
Difusión y Divulgación: Dra. Gloria Colmenares.
Secretario de Educación: Dr. Luís Chacón.
Médica Continua:
Secretario de Relaciones: Dr. José Graterol.
Institucionales:

Presidenta:
Vicepresidenta:
Secretaria Ejecutiva:
Secretario de Finanzas:
Secretaria de Información:
Difusión y Divulgación:
Secretario de Educación:
Médica Continua:
Secretaria de Relaciones
Institucionales:

FALCÓN
Dra. Miriam Oduber.
Dra. Yoli Eduarte.
Dra. María Añez.
Dr. Hernán Medina.

Dra. María Romero.

Dr. José Guanipa.

Dra. Keyla Montaña.

Presidenta: BARINAS
Vicepresidenta: Dra. Carmela Salazar.
Secretaria Ejecutiva: Dr. Carlos Castillo.
Secretaria de Finanzas: Dra. Blanca Vega.
Secretaria de Información: Dra. Doris Diaz.
Difusión y Divulgación: Dra. María Vidal.
Secretaria de Educación: Dra. Judith González.
Médica Continua:
Secretaria de Relaciones: Dra. Xiomara Parra.
Institucionales:

Presidenta:
Vicepresidenta:
Secretaria Ejecutiva:
Secretario de Finanzas:
Secretario de Información:
Difusión y Divulgación:
Secretaria de Educación:
Médica Continua:
Secretario de Relaciones
Institucionales:

GUÁRICO
Dra. Digna de Silveira.
Dra. Gina Campos.
Dr. Manuel Parra Jordán.
Dra. Zaida Paz.

Dr. Carlos Hernández.

Dra. María Mercedes García.

Dr. Leonardo Montani.



SOCIEDAD VENEZOLANA DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

LARA

Presidente:
Vicepresidenta:
Secretaria Ejecutiva:
Secretaria de Finanzas:
Secretaria de Información
Difusión y Divulgación:
Secretaria de Educación
Médica Continua:
Secretaria de Relaciones
Institucionales:

Dr. Jorge Gaiti.
Dra. Ana L Rojas.
Dra. Lorena Duque.
Dra. Gloria Quiroz.

Dra. Gisela Barreto.

Dra. María Ferrer

Dra. María C. Cardozo.

Presidente:
Vicepresidenta:
Secretario Ejecutiva:
Secretario de Finanzas:
Secretaria de Información
Difusión y Divulgación:
Secretaria de Educación
Médica Continua:
Secretario de Relaciones
Institucionales:

MÉRIDA
Dra. Nolis Camacho.
Dra. Magdalena Correa.
Dr. José Javier Díaz.
Dr. Luis Alfonso Molina.

Dra. Ivette Guillén Salas.

Dra. María Angelina Lacruz.

Dr. José Miguel Cegarra.

Presidente:
Vicepresidenta:
Secretaria Ejecutiva:
Secretaria de Finanzas:
Secretaria de Información
Difusión y Divulgación:
Secretaria de Educación
Médica Continua:
Secretaria de Relaciones
Institucionales:

MIRANDA
Dr. David Alberto Rincón M.
Dra. Dina Figueroa.
Dra. Aura Marina Mora.
Dra. Reyna de Villalobos.

Dra. Pastora Urrieta.

Dra. Kenia Flores.

Dra. Carmen Rivas.

Presidente:
Vicepresidenta:
Secretaria Ejecutiva:
Secretaria de Finanzas:
Secretaria de Información
Difusión y Divulgación:
Secretario de Educación
Médica Continua:
Secretario de Relaciones
Institucionales:

MONAGAS
Dr. Héctor Luna.
Dra. Yssis Lunar.
Dra. Vilma Carrizales
Dra. María A. Dasilva.

Dra. Jenny Pérez.

Dr. Juan Rodolfo.

Dr. Samir Hanna.

Presidente:
Vicepresidenta:
Secretario Ejecutiva:
Secretaria de Finanzas:
Secretario de Información
Difusión y Divulgación:
Secretario de Educación
Médica Continua:
Secretario de Relaciones
Institucionales:

NUEVA ESPARTA
Dr. Bernabé Ruiz Vidal.
Dra. Osveira Rodríguez.
Dr. Antonino Cibella.
Dra. Angélica Hoyte

Dr. Ignacio Iglesias.

Dr. Gilberto Rojas.

Dr. Simón Gómez.

Presidente:
Vicepresidente:
Secretaria Ejecutiva:
Secretaria de Finanzas:
Secretario de Información
Difusión y Divulgación:
Secretario de Educación
Médica Continua:
Secretaria de Relaciones
Institucionales:

PORTUGUESA
Dr. Daniel Villalobos.
Dr. Zaldibar Zuñiga.
Dra. Analiese Cordero.
Dra. Lesbia Vásquez.

Dr. Giovanni Alvarado.

Dr. Frank Alejo.

Dra. Alba Velásquez.

Presidente:
Vicepresidenta:
Secretaria Ejecutiva:
Secretaria de Finanzas:
Secretario de Información
Difusión y Divulgación:
Secretario de Educación
Médica Continua:
Secretaria de Relaciones
Institucionales:

Presidenta:
Vicepresidenta:
Secretaria Ejecutiva:
Secretaria de Finanzas:
Secretaria de Información
Difusión y Divulgación:
Secretario de Educación
Médica Continua:
Secretario de Relaciones
Institucionales:

Presidenta:
Vicepresidente:
Secretaria Ejecutiva:
Secretario de Finanzas:
Secretario de Información
Difusión y Divulgación:
Secretaria de Educación
Médica Continua:
Secretaria de Relaciones
Institucionales:

Presidenta:
Vicepresidenta:
Secretaria Ejecutiva:
Secretario de Finanzas:
Secretaria de Información
Difusión y Divulgación:
Secretaria de Educación
Médica Continua:
Secretaria de Relaciones
Institucionales:

Presidenta:
Vicepresidente:
Secretario Ejecutivo:
Secretario de Finanzas:
Secretario de Información
Difusión y Divulgación:
Secretaria de Educación
Médica Continua:
Secretaria de Relaciones
Institucionales:

Presidente:
Vicepresidente:
Secretaria Ejecutiva:
Secretaria de Finanzas:
Secretaria de Información
Difusión y Divulgación:
Secretaria de Educación
Médica Continua:
Secretaria de Relaciones
Institucionales:

SUCRE

Dr. Manuel Villarroel.
Dra. Ruth Meneses.
Dra. Nubia Blohm.
Dra. Lourdes Rodríguez.

Dr. Diego Martínez.

Dr. Pedro Dji Dji.

Dra. Mercedes Crespo.

TÁCHIRA

Dra. Maribel García Lamoglia.
Dra. Imelda Carrero Flores.
Dra. Betzabé Roa Moreno.
Dra. Dilia López de González.

Dra. Carmen Hercilia Mora

Dr. José Franco.

Dr. José de Jesús Patiño

TRUJILLO

Dra. Inés Ortiz Alemán.
Dr. Rafael Santiago.
Dra. Migdaly Mendoza.
Dr. Iacobellis Corrado.

Dr. Juan José Pineda.

Dra. Andreina La Corte

Dra. Ana Terán Araujo

VARGAS

Dra. Vilma Palma de Rodríguez.
Dra. Rosa Méndez de González.
Dra. Iris Thamara Pacheco.
Dr. José Mata B.

Dra. Gisela Bruzual de Almeida.

Dra. Zaida Velásquez de Monascal.

Dra. Iris Cárdenas.

YARACUY

Dra. Lucía García de Torres.
Dr. Rafael Salas.
Dr. Alfredo Trejo.
Dr. Freddy Sánchez.

Dr. Pablo Leisse.

Dra. Alimagda Tovar.

Dra. Mariana Hart.

ZULIA

Dr. Marco Torres Espina
Dr. Mervin Chávez
Dra. Thais Alvarez
Dra. Nelly Petit

Dra. Fabiola Barboza.

Dra. Diamira Torres

Dra. Aura Castillo De G.



SOCIEDAD VENEZOLANA DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

COMISIÓN CIENTÍFICA

Guadalupe Urdaneta de B. Ángela Troncone
Marines Vancampenhoud Livia Machado
Marianella Herrera de P. Janette Carolina Bedoya
Rafael J. Santiago

ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

Michelle López Juan Marcano Lucero
Coromoto de Tomei Alejandro Mondolfi
Magdalena Sánchez Juan Félix García
Alejandro Rísquez

COMISIÓN DE INMUNIZACIONES

Olga Castillo de Febres Ivelisse Natera
Juan Carrizo María Alejandra Rosas
Jacqueline Izaguirre María Teresa Ghersy
María Graciela López Amando Martín

COMISIÓN DE CREDENCIALES

Manuel Álvarez Gómez José Antonio González
Juan Marcano Lucero Elizabeth de Pérez Carreño
Miriam Maldonado

COMISIÓN LACTANCIA MATERNA

Isabel Cluet de Rodríguez Xiomara Delgado
Flor Aznar Thais Cani
Scarlett Salazar

COMISIÓN BIOÉTICA

Luis Maldonado Gladys Velásquez
Francisco Finizola Liz Cisneros
Enriqueta Sileo

COMISIÓN PEDIATRÍA SOCIAL

José Francisco María Mercedes Castro
Xiomara Sierra Juan María Arroyo
Jorge Rísquez Francisco Ciccone
Guillermo Stern Gloria Bonilla
Humberto Gutiérrez

COMISIÓN ESTADÍSTICA Y SALUD PÚBLICA

José San Miguel Berenice Del Nogal
Luis Gazzotti Ana López
Ana María Dos Santos Alejandro Rísquez

COMISIÓN DEPORTES

Jacqueline Panvini Lucrecia Carneiro
José Garibaldi Soto Herrera Fernanda Simoes

COMISIÓN ASMA

Mary Carmen Rodríguez B. Ismenia Chaustre

Guillermo Istúriz Eliana Rísquez
Jesús Meza Benítez

COMISIÓN DE CULTURA

María Fátima Soares Rosy Barroso Sánchez
Zaira Arévalo Rafael Godoy
Eloy Manrique Joselit Torres
América González de Tineo

COMISIÓN DE FORTALECIMIENTO Y APOYO INSTITUCIONAL

Soraya Santos Lissys Castillo
Dina Figueroa Lisbeth Aurentis
Luis Daniel González Concetta Messina
Ma. Auxiliadora Villarroel Rosario Rodríguez
Luz Marina Rondón Neri Rivas
Francisco Valery Miriam Lea

COMISIÓN EDITORIAL PÁGINA WEB

María Eugenia Mondolfi Paul G. Leisse
José V. Franco Manuel Andrade
Darinka E. De Pascuali

CONSEJO DE LA ORDEN AL MÉRITO "DR. GUSTAVO H. MACHADO"

Nelson Orta Sibú María Eugenia Mondolfi
Gladys Carmona de Castillo Gladys Perozo de Ruggeri

COMISIÓN DE ENLACE CON INSTITUTOS DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Ma. Angelina La Cruz (Mérida)
Alberto Hoheb (UCV)
Mercedes Materán (Carabobo)
Thays Álvarez (Zulia)
Jesús Romero (Bolívar)
Marielba Montilva (Lara)
Carmen Cabrera

COMISIÓN DE ESCUELA PARA PADRES

Rita Pérez (Bolívar)
Luisa Jiménez (Carabobo)
Aracelys Valero de Magdalena (Carabobo)
Jorge Gaiti (Lara)
Ada Rivero (Lara)
David Rincón (Miranda)
Carmen Rivas (Miranda)
Delia Lavado (Portuguesa)
Xiomara Serres (Portuguesa)
Carolina Arraiz (Zulia)
Gerardo Fernández (Zulia)
Lic. Ma. Alejandra León (Nva. Esparta)



ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS EN LA REVISTA ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUEERICULTURA Y PEDIATRÍA

Directora: Dra. Michelle López.
Dirección: Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría,
Urb. La Castellana, Av. San Felipe,
Entre 2ª Transversal y calle José Ángel Lamas,
Centro Coinasa, Mezzanina 6, Caracas, Venezuela.
Teléfonos: (58) (0212)263.73.78 / 26.39.
Fax: (58) (0212)267.60.78. e-mail: svpp@reacciun.ve
Página Web: www.pediatria.org

INTRODUCCIÓN:

La Revista "Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría" (AVPP) es el órgano oficial de divulgación de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (SVPP). Su objetivo fundamental es la publicación de trabajos científicos (originales, de revisión, casos clínicos, cartas al editor, informes técnicos y otros), relacionados con las áreas de competencia de la Pediatría. Igualmente, la SVPP publica suplementos en forma de monografías sobre temas de actualización en Pediatría que, generalmente, son aportados por los diferentes capítulos y Consejos Nacionales de la SVPP.

NORMAS GENERALES PARA PUBLICACIÓN:

Para la publicación de artículos científicos en la Revista AVPP, se deben cumplir los Requisitos Uniformes para manuscritos, enviados a las Revistas Bio-médicas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (), Normas de Vancouver, www.icmje.org, las cuales son:

- Todas las partes del manuscrito deberán imprimirse a doble espacio.
- Enviar al Comité Editorial de la Revista AVPP, original y dos (2) copias del trabajo, en físico, y una copia en formato electrónico.
- Cada sección o componente comenzará en página aparte.
- La estructura del artículo será la siguiente: -título, -autores y resumen en español e inglés (Summary), -palabras clave (en español e inglés), -introducción, -métodos, -resultados, -discusión, -agradecimiento y -referencias.
- La portada es la página número uno, la cual debe contener:
 - Título, conciso con toda la información que permita la recuperación electrónica del artículo con un máximo de 15 palabras.
 - Autores: Nombres y apellidos completos, especificando el orden de aparición de los autores, cargos institucionales, nombres y direcciones de las instituciones. Nombre, dirección postal, teléfono, fax y correo electrónico de quien recibirá la correspondencia.

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE:

- La segunda página debe contener un resumen estructurado no mayor de 250 palabras, con las siguientes secciones: -introducción, -objetivos, -métodos, -resultados, -discusión y -conclusiones principales.
- Debe reflejar con exactitud el contenido del artículo y recalcar aspectos nuevos o importantes del estudio, o de las observaciones. Debe anexarse resumen traducido al inglés precedido de la palabra Summary y acompañado por palabras clave (Key Words).
- Palabras clave: 3 a 6 palabras clave que permitan captar los temas principales del artículo, para lo cual se recomienda el uso de la lista "Medical Subject Headings" (MESH) del Index Medicus, los Descriptores en Ciencias de la Salud (DECS) y la clasificación de enfermedades de la OMS, o de los anuarios de epidemiología y estadísticas vitales del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS).

INTRODUCCIÓN:

- Enunciar los antecedentes de importancia del estudio y el objetivo de la investigación. Se sugiere limitar la extensión a cuatro (4) páginas.

MÉTODOS:

Se deben precisar con detalle los siguientes aspectos:

- Selección y descripción de los participantes del estudio.
- Información técnica que identifique los métodos, los aparatos y los procedimientos.
- Describir los métodos estadísticos.

RESULTADOS:

- Presentarlos en una secuencia lógica, dando primero los resultados principales o más importantes.
- Limite los cuadros y figuras al número necesario para explicar el argumento del artículo y evaluar los datos en que se apoya. Se sugiere limitar el número de cuadros a cinco (5) y el de las las figuras a cuatro (4).
- No describir en el texto todo el contenido de los cuadros y figuras.

DISCUSIÓN:

- Hacer énfasis en los aspectos nuevos e importantes del estudio y en las conclusiones que se derivan de ellas.
- Relacione sus conclusiones con otros estudios y con los objetivos de su investigación.
- Señale las limitaciones del estudio.
- Ver Ejemplos de (Cuadro 1) y (Figura 1).



ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

REFERENCIAS:

- Las referencias deben aparecer al final del artículo, escritas a doble espacio.
- Las referencias de artículos que han sido aceptados, pero no publicados, se designarán como “en prensa”. Por favor, verifique que la referencia coincida correctamente con la cita en el cuerpo del artículo.
- Enumérelas en forma consecutiva, tal como aparecen mencionadas por primera vez en el texto.
- Identifique las referencias en el texto, tablas y figuras con números arábigos, entre paréntesis.
- Las referencias citadas solamente en las tablas o figuras se numerarán siguiendo la primera mención que se haga de ese cuadro o figura en el texto.
- Los títulos de las revistas se abreviarán según el estilo del Index Medicus. La lista se puede obtener en el sitio Web: <http://www.nlm.nih.gov>

EJEMPLOS DE REFERENCIAS:

1. Artículo de revista (Enumere los primeros seis autores y añada la expresión et al). Nweihed L, Moreno L, Martín A. Influencia de los padres en la prescripción de antibióticos hecha por los pediatras. Arch Venez Puer Ped 2004; 65:21-27.
2. Libros y otras monografías: Espinoza I, Macias Tomei C, Gómez M. Atlas de maduración ósea del venezolano. Caracas: Fundacredesa; 2003; p.237.
3. Capítulo de Libro: Baley JE, Goldfarb J. Infecciones Neonatales. En: Klaus MH, Fanaroff AA, editores. Cuidados del Recién nacido de alto riesgo. 5ª Edición México: Mc Graw- Hill Interamericana; 2.002. p. 401-433.

FOTOGRAFÍAS:

- Enviar un máximo de tres (3) fotografías en blanco y negro, en papel brillante y de buena calidad fotográfica y científica.
- Serán aceptadas por el Comité Editorial, las fotografías a color que sean indispensables para afianzar el diagnóstico, según la patología o el tema en estudio.
- Debido a la connotación legal que puede tener la plena identificación de una persona, especialmente su cara, deberá anexarse la autorización del representante legal. Si es imposible, el autor asumirá por escrito, ante el Comité Editorial, la responsabilidad del caso y sus consecuencias legales.
- Las fotos deben ser identificadas a lápiz, en la cara posterior, con la siguiente información: -número correspondiente según el texto, -nombre del autor y -título del trabajo.
- En una hoja aparte, blanca, anotar la leyenda de cada foto, con letra de imprenta y el número correspondiente

de la foto.

- Si es posible, deberá enviar las fotografías en formato digital, de acuerdo con las siguientes recomendaciones técnicas: Formato TIFF a 300 dpi, tamaño de 10 cms. ancho por la altura que tenga la foto.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

El artículo de revisión facilita la actualización y revisión de un aspecto científico, realizado por un especialista versado en el tema: ofrece al lector interesado una información condensada sobre un tema, realiza interpretaciones y adelanta explicaciones en tópicos médicos de actualidad y, pueden sugerir algunas investigaciones en aspectos dudosos del tema.

El artículo requiere de, al menos, 40 referencias de los últimos años, con prioridad de los últimos cinco (5). El texto deberá expresar con claridad las ideas a ser desarrolladas, y tratará de transmitir un mensaje útil para la comprensión del tema central del artículo de revisión.

Las secciones básicas del artículo de revisión son: - página inicial, -resumen, -introducción, -texto, -referencias bibliográficas.

La estructura del texto puede variar de acuerdo al alcance del mismo. Así, por ejemplo, en una revisión descriptiva de una enfermedad, la secuencia más apropiada es: - introducción, -etiología, -patogenia, -manifestaciones clínicas, - hallazgos de laboratorio, -tratamiento, -prevención o pronóstico. Si se va a revisar sólo un aspecto, por ejemplo, el tratamiento de la enfermedad, el texto tendrá las siguientes secciones: -introducción, -tratamiento establecido, -nuevas formas de tratamiento, -perspectivas terapéuticas.

La discusión del tema también puede plantearse de lo general a lo particular; por ejemplo, en un nuevo tratamiento, las secciones serán: -introducción, -efectos sistémicos del medicamento, -efectos en sistemas específicos: cardiovascular, renal, neurológico y cromosómico.

El autor de un artículo de revisión debe plasmar su interpretación crítica de los resultados de la revisión bibliográfica, con claridad y precisión, y dejar siempre la inquietud sobre aquellos tópicos del tema que requieren más o mejor investigación.

REQUISITOS ADICIONALES

Enviar, anexo al trabajo científico, una comunicación dirigida al Editor, la cual deberá contener lo siguiente:

- Solicitud de la publicación de dicho manuscrito, la cual debe incluir:
 - Aceptación de todas las normas de publicación de la revista.
 - Información acerca de publicaciones previas del manuscrito, ya sea en forma total o parcial (incluir la referencia correspondiente en el nuevo documento), así como el envío a cualquier otra revista médica.



ARCHIVOS VENEZOLANOS DE PUERICULTURA Y PEDIATRÍA

- Una declaración de relaciones financieras u otras que pudieran producir un conflicto de intereses.
- Una declaración donde se señale que el manuscrito ha sido leído y aprobado por todos los autores, y el acuerdo entre los mismos, sobre el orden en que deben aparecer, cumpliendo con los requisitos de autoría explícitos en las normas de Vancouver 2004, la cual debe ser firmada por el autor principal y por todos los coautores.

INFORMACIÓN PARA LOS SUSCRIPTORES

Precios de la suscripción:

- a) Miembros solventes: Sin costo
- b) Miembros no solventes: BsF. 10,00 cada número
BsF. 36,00 anual

Todos los pedidos de suscripción deben enviarse a las oficinas de "Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría". Apartado 3122 Caracas -1010-A Venezuela.

Los cheques deben emitirse a nombre de "Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría".

INFORMATION FOR SUBSCRIBERS

Annual Subscription Rates: USA Libraries and Institutions: US\$ 15,00. For all other countries, mail charges will be added.

Subscription orders shall be sent to the following address: Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. Apartado 3122 Caracas 1010-A Venezuela.

Checks should be made out to "Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría".



PARA NUEVAS SUSCRIPCIONES ENVÍE FOTOCOPIA DE ESTE CUPÓN

*Cuando nos escriba le agradecemos informarnos sobre:

- * Cambio de Dirección
- * Renovación de la Suscripción
- * Preguntas sobre la Suscripción

*Escriba en el espacio indicado

Nombre

Dirección

.....

TeléfonoFax:e-mail:.....

Remita la fotocopia de este cupón a "Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría" Apartado 3122- Caracas1010A. Venezuela.



**PARA NUEVAS SUSCRIPCIONES ENVÍE
FOTOCOPIA DE ESTE CUPÓN**

*Cuando nos escriba le agradecemos informarnos sobre:

- * Cambio de Dirección
- * Renovación de la Suscripción
- * Preguntas sobre la Suscripción

*Escriba en el espacio indicado

Nombre

Dirección

.....

Teléfono Fax: e-mail:

Remita la fotocopia de este cupón a "Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría" Apartado 3122- Caracas1010A, Venezuela.

PARA MANTENERTE AL DÍA CONÉCTATE A:



www.pediatria.org

EDITORIAL

Una vez finalizado el permiso postnatal comienza el gran dilema para las familias, en especial para la madre trabajadora, “¿Dónde y con quién dejar a mi bebé?”. Es la pregunta más difícil de contestarles a estas atribuladas madres, quienes por lo general están confundidas y con sentimientos encontrados, teniendo usualmente pocas opciones: los abuelos, la niñera y la guardería. Ninguna es mejor que la otra, la elección dependerá de las necesidades del niño y las expectativas de los padres.

Si bien los abuelos los cuidarán con el amor y el esmero con los cuales cuidaron a sus hijos, a veces entran en contradicción entre las órdenes de los padres y las de los abuelos, excesiva delegación de responsabilidades a personas mayores y con ciertas limitaciones físicas dadas por la edad. La niñera tiene la ventaja de que el niño permanece en su entorno, fácil de ser vigilado, pero no dejan de tener sus desventajas, entre otras: al estar en casa socializa menos, si no son entrenadas desconocen las áreas del desarrollo infantil, al igual que la prevención de lesiones no intencionales en el hogar, quedando la alternativa de las guarderías.

En la actualidad las guarderías son un “mal muy necesario” para las madres que deben salir del hogar a buscar el sustento de sus hijos. Se presentan como una necesidad imperiosa y comienza otro dilema; “¿dónde conseguiré una guardería accesible a mis posibilidades económicas, que además cumpla con las necesidades de mi hijo, donde esté bien cuidado y reciba las atenciones, el estímulo adecuado y el cariño necesario para su formación?”

En general una guardería permite al niño el desarrollo de sus habilidades sociales y facilitan el desarrollo del lenguaje, debiendo contar con personal especializado que

se encarguen de trabajar y fortalecer los repertorios básicos para el inicio de la educación preescolar, facilitando la adquisición de hábitos positivos, como la siesta, el orden, la higiene, la alimentación, el compartir, entre otros. Los padres deben estar conscientes que en estos lugares los niños son más propensos a contraer enfermedades y en algunos casos ocasionan dificultades de adaptación por apegos marcados del niño a sus padres o abuelos. Aun así, las guarderías representan una opción atractiva para los padres modernos y quizá la más popular, por lo cual debe cumplir una serie de condiciones que deben ser conocidas por los padres y por los pediatras, ya que es a nosotros como médicos de cabecera, a quienes, muchas veces las madres consultan sobre este aspecto.

Motivados por todo esto, la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, se dio a la tarea de reunir un grupo de pediatras, psicólogos, nutricionistas, educadores, infectólogos, e intensivistas para realizar el Primer Consenso de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría sobre Guarderías, en el cual trataremos puntos importantes como programa educativo, alimentación, hábitos, deportes, vacunas, condiciones ambientales y emergencias que pueden ocurrir en estos lugares, para orientar al pediatra y éste a su vez a los padres sobre las condiciones ideales que debe cumplir de una guardería.

Esperamos que este documento sea de verdadera utilidad para los pediatras y las familias, al momento de emprender la búsqueda de estos lugares tan necesarios y en ocasiones tan problemáticos como lo son las guarderías.

Huniades Urbina-Medina, Ph.D.
Presidente de la SVPP

NORMAS DE AMBIENTE FÍSICO EN GUARDERÍAS

COORDINADOR: Dr. Armando Arias

INTEGRANTES: Dr. Rafael Narváez Ramos, Dra. Flor Aguiar, Dra. Elizabeth Sosa, Dra. Gloria Mora,

Dr. Nicolás Campero, Dra. Reina Rodríguez

1. INTRODUCCIÓN:

El cambio de estilo de vida familiar en el cual la madre ha pasado a tener una actividad productiva que la aleja de la casa por el mismo tiempo que al padre, ha convertido a las guarderías en el nuevo hogar de infinidad de niños de 0 a 3 años. Este modo de vida actual que obliga a trabajar a madres y padres, a la ausencia de los niños del hogar familiar y a la estancia de estos niños en centros o guarderías, donde se les prestará atención durante gran parte del día, impone la necesidad de crear una normativa que determine las condiciones higiénico-sanitarias y arquitectónicas de dichos establecimientos, en los que los niños han de iniciar, en los primeros años de su vida, su desarrollo físico, intelectual, emotivo y social. La función de las guarderías no sólo es atender a los niños en sus necesidades más básicas (comida, limpieza, sueño, juego vigilado), sino en otras necesidades igual de importantes: afectivas, sociales, psicológicas, educativas, todo esto dentro de un entorno adecuado y con un personal especialmente preparado.

Estas guarderías deben ser lugares alegres, saludables y favorecedores del desarrollo del niño. En estas unidades se comienza con la educación inicial, según lo señalado en la revista *Educere* del Ministerio de Educación y Deportes: “la educación inicial con estrategias formales o convencionales, se brinda en establecimientos educativos, guarderías infantiles, maternales, servicios y centros de atención integral al niño, independientes o de convenio institucional, incluyendo los servicios mantenidos por las empresas... en estas áreas se afianzan las capacidades cognitivas, las destrezas psicomotoras y se desarrolla el lenguaje, se fortalece la afectividad y la socialización del niño”(1).

La función original y primordial de una guardería es velar por la seguridad del niño durante su permanencia en ese lugar, pero también resulta conveniente que las actividades que se realicen en ellas, incluso los juegos, favorezcan su desarrollo y educación, de esta manera se asegura el derecho a la educación, contemplado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), en su artículo 103 que expresa “La educación es obligatoria en todos sus niveles, desde el maternal hasta el nivel medio diversificado”(2). En el caso de los niños que acuden a guarderías (lactantes y preescolares), se debe cumplir lo estipulado por el Ministerio de Educación y Deportes (MED) en el Proyecto Simoncito, cuando describe a la Educación inicial de la siguiente manera: “la educación inicial o Proyecto Simoncito

es la primera fase de la educación bolivariana y tiene como finalidad el desarrollo integral de niñas y niños entre cero y seis años de edad, con el fin de garantizar sus derechos a un desarrollo pleno...”(3).

Un factor importante a considerar es que estas guarderías cuenten con un adecuado ambiente físico, condiciones higiénicas y de seguridad especiales, a fin de evitar o minimizar la ocurrencia de problemas. El diseño de las guarderías debe plantearse en términos arquitectónicos a manera de asegurar que estos niños que están desarrollando su capacidad física, intelectual y psicoemocional no tengan obstáculos que limiten su autonomía o pongan en riesgo su seguridad. Igualmente, se deben realizar diseños integradores que puedan ser utilizados por distintos tipos de niños (incluyendo niños con algún tipo de discapacidad), que cubran sus necesidades y que les garantice el derecho a hacer uso adecuado de los espacios. Es importante que las guarderías tomen en cuenta la diversidad de los niños, en algunas estarán niños con discapacidad o niños especiales, que deben compartir el espacio físico con niños normales, por lo que además de actividades integradoras entre los dos grupos de niños, se minimicen las diferencias en las habilidades motoras, aptitud y desarrollo social.

Integrar a un niño con discapacidad en una escuela pública es beneficioso para el niño, pero también para todos sus compañeros, hace crecer en ellos los valores, muy necesarios en nuestra sociedad como son: la aceptación, la comprensión y sobre todo el reconocimiento, estos criterios están señalados en una ordenanza emanada del Municipio Sucre, que señala en su Artículo 1. “criterios de diseño para edificaciones y espacios de uso público, con la finalidad de hacerles accesibles y utilizables a las personas con discapacidad y/o movilidad reducida. Asimismo facilitar su integración al entorno social en general...”(4).

El espacio físico de las guarderías infantiles debe facilitar el crecimiento y la adecuada formación y un ambiente cálido donde el niño se sienta respetado y seguro, donde se le brinde la oportunidad de observar, jugar, explorar, intervenir, expresarse en un ambiente estimulante, feliz, independiente que favorezca las habilidades motoras como: correr, saltar, deslizarse, sentarse, moverse en una variedad de trayectorias (rectas, curvas, zigzag, y círculo) y de esta manera contribuir al desarrollo integral del niño, tanto en el área social como física e intelectual. En este sentido debemos recordar lo que afirma un informe de la UNESCO: “Una vez

que está en marcha el aprendizaje, el descubrimiento de la vida por el niño, puede prosperar si el entorno es receptivo y lo apoya sin apremiarlo...un contexto estimulante y receptivo puede poner al niño en el camino del descubrimiento de la apertura al mundo exterior y de la capacidad de integrar informaciones”(5).

Por todo lo anterior se recomienda a las madres que elijan bien la guardería para sus hijos y comparen más de una opción, no se guíen sólo por la cercanía o la comodidad de los padres y tomen en cuenta la importancia del espacio físico, las condiciones de seguridad e higiene como elementos importantes para la adecuada atención y desarrollo de sus hijos.

2. CONDICIONES IDEALES DE AMBIENTE FÍSICO DE GUARDERÍAS

La manera como se organice el ambiente en el que van a crecer y desarrollarse los niños, va a ser determinante en su posterior desempeño. Un ambiente cálido, nutritivo y enriquecedor facilita y promueve sus potencialidades, contribuye a su desarrollo integral y a la construcción de sus aprendizajes. En esta dimensión física se vincula el tamaño, condiciones estructurales del espacio, materiales, equipos y mobiliario dispuestos en él, así como los aspectos estéticos y ambientales(6).

La función principal de la guardería es brindar los servicios de cuidado y enseñanza-aprendizaje del niño, por lo cual todos sus espacios giran alrededor de esos servicios, que como consecuencia necesitan de otras áreas de apoyo.

2.1. ÁREA EXTERNA Y CONDICIONES DEL EDIFICIO (7-12):

Es importante tener en cuenta las características externas de la edificación del centro, ya que esto va a influir directamente en el diseño interno y en la calidad de atención a los niños. Es indispensable que se tomen en cuenta las condiciones arquitectónicas ideales para el acceso y circulación de niños con alguna discapacidad física.

2.1.1 UBICACIÓN:

Deben estar situadas en lugares de fácil acceso, nunca en sitios cercanos a vías de circulación rápida, con el objeto de evitar ruidos, vibraciones, contaminación atmosférica y accidentes. Igualmente no deben estar cerca de sitios insalubres, nocivos o peligrosos.

Lo ideal es que funcionen en locales independientes de una sola planta y dotados de jardines o patios de recreos. La guardería debe estar en un local para uso exclusivo, con acceso desde el exterior y contará al menos con tres aulas. En el caso que estén situadas en edificios, se ubicarán en la planta baja.

Deben tener acceso independiente y exclusivo. En caso de tener niños con discapacidades deben suprimirse las barreras arquitectónicas que les impidan su integración al ambiente.

2.1.2 PISOS:

Deben ser resistentes al uso, de material liso, impermeable, fácilmente lavables y antideslizantes. La distancia mínima del suelo a las ventanas será de 1.20 mts.

2.1.3 TECHOS Y CIELORRASOS:

La altura mínima de los techos será de 2.60 mts, lo ideal es que estén dotados de aislamiento acústico o material absorbente de ruidos. Los cielorrasos deben ser de material que garantice condiciones de incombustibilidad, higiene, frescura y protección.

2.1.4 PAREDES:

De superficies lisas, fácilmente lavables, sin angulaciones o bordes agudos, con materiales que no lleven uniones donde se acumule el sucio.

2.1.5 PUERTAS Y VENTANAS:

Puertas con un ancho mínimo de 90 cms, con protector en ambos lados de la puerta de al menos 30 cms. Deben contar con dispositivo de cierre automático y abrirse fácilmente desde el exterior. Las puertas de acceso a las aulas o espacios educacionales, deben abrir hacia afuera.

Ventanas con sistema de apertura que no cause peligro y que permita la limpieza desde el interior del edificio. Lo ideal es que tengan protección solar y contra insectos. Dispuestas de manera que los niños no puedan subirse a ellas.

2.1.7 SALIDAS:

Las puertas de salida deben abrir hacia fuera y con un ancho mínimo de 1.50 mts. Todas deben contar con sistema de amortiguación de cierre. Si existen escaleras a la salida, deben tener pasamanos proporcionales a la altura de los niños más pequeños y un sistema que impida el libre acceso de los niños a ellas y tener condiciones adecuadas para niños discapacitados. Lo ideal es que cuente con salidas de emergencia con señalamientos apropiados.

2.2 ÁREA INTERNA Y ÁREAS DE ATENCIÓN

El ambiente interno de la guardería debe basarse en principios de flexibilidad y armonía, donde se atiendan las necesidades e intereses del niño y donde el marco de enseñanza y aprendizaje, gire en torno a una distribución del espacio, diferenciado por áreas de trabajo en las cuales se encuentren los recursos y materiales adecuados a las mismas, de manera que las actividades allí realizadas sean de experiencias vivenciales, y por lo tanto se maneje un proceso de aprendizaje que atienda la individu-

alidad del niño. Si el niño va a recibir educación formal debe desenvolverse en un ambiente que presente las características determinadas en el programa de preescolar. Debe estar organizado de acuerdo a las necesidades, características e intereses de los niños.

2.2.1 HABITACIONES:

La forma debe ser geométrica regular, con espacios exentos de obstáculos o columnas. La superficie mínima será de 2 mts cuadrados por cada niño. Las aulas o locales educacionales, deben disponer de iluminación natural directa y de sistemas para graduarla. En caso de utilizar iluminación artificial esta será semidirecta, es decir, puntos de luz protegidos por material traslúcido. La ventilación y aireación de los espacios debe ser suficiente, sin que se produzcan corrientes de aire molestas o enfriamientos bruscos. En caso de guarderías con régimen completo, debe asegurarse área para descanso o dormitorio con una superficie ideal de 6mts cúbicos por niño y una altura mínima de 2.60 mts con todas las normas de seguridad posibles y adaptadas a la edad del niño. En los ambientes de temperatura elevada, se recomienda el uso de aire artificial (aire acondicionado) con una temperatura agradable para los niños y con mantenimiento periódico. No deben usarse ventiladores, en caso tener solo la opción de ventiladores, éstos deben estar fuera del alcance de los niños y con una limpieza semanal.

2.2.2 BAÑOS:

Debe contar con un baño para cada 15 niños, las paredes deben tener cerámicas o baldosas hasta una altura de 2mts, con lavamanos de altura adecuada, además de una bañera o ducha para la adecuada higiene de los niños. Las piezas sanitarias serán de un tamaño adecuado para los niños. Debe contar con un baño solo para el personal y el de los niños no debe ser usado por los adultos. Las puertas no deben tener seguro interior. El piso debe ser continuo y lavable. Todos los servicios higiénicos deben contar con agua caliente y fría, dotados además de espejos, toalleros, portarrollos y jaboneras. Todos los baños deben ser mantenidos en buen estado, aseados diariamente y no deben tener acceso directo a las cocinas.

2.2.3 COCINA:

Debe contar de campana con dispositivo de extracción de humo, gases o vapores, mesón de material fácilmente lavable (acero inoxidable, granito o cerámica, entre otros), lavaplatos con agua fría y caliente. La ventilación e iluminación debe ser adecuada. El piso debe ser impermeable y

continuo. Las paredes revestidas de cerámica. Las puertas y ventanas exteriores provistas de protectores para evitar el ingreso de insectos y roedores. Además deben contar con un mecanismo de cierre de seguridad, para impedir el ingreso de los niños. Debe contar con una zona de almacenamiento y manipulación de alimentos con una superficie mínima de 7m². En caso de elaborar comidas, éstas deben ajustarse a las normas de higiene de elaboración y distribución de comidas. Los centros donde tengan lactantes, deberán estar dotados de aparatos e instalaciones necesarias para la preparación de alimentos apropiados para ellos. Las vajillas y cubiertos deben ser de material irrompible y uso exclusivo para el uso de los niños.

2.2.4 ÁREAS DE RECOLECCIÓN DE BASURA:

La disposición de basura debe ser alejada de las áreas donde se encuentran los niños y de los sitios donde se preparan y almacenan los alimentos. Deben ser ambientes secos, cerrados, ventilados y protegidos de la entrada de cualquier tipo de animal.

2.2.4 OFICINA:

Debe contar con espacio para oficina y funciones administrativas, con una superficie mínima de 7m².

2.2.5 SALA ESPECIAL PARA LACTANTES:

Los lactantes (menores de 2 años) deben estar en un área especial y separada de los niños más grandes. Debe contar de un área para cambiarlos. En el caso de tener a niños menores de un año, debe existir áreas para dormitorios de alrededor de 1.5 metros por niño. Los colchones de las cunas deben ser planos, firmes, de material antialérgico y estar bien ajustados, y cuando los niños hagan siestas, no deben usarse almohadas, ropas de camas blandas o edredones y nunca colocarlos a dormir boca abajo.

2.2.5 SALAS DE JUEGO:

Son áreas que deben tener condiciones adecuadas de acuerdo al número de niños matriculados. Las cortinas y persianas no deben tener cordones, ser de material resistente y estar a una altura de 1.50 mts del piso. Los muebles, bancos y todos los elementos de juego deben ser seguros para los niños, libre de objetos pequeños que puedan llevar a la boca. Este espacio debe estar limpio, claramente identificado e independiente del resto de las otras áreas. Se recomienda que tengan una superficie mínima de 30 m², es decir 2 m² por cada niño. El patio de juegos con una superficie que, en ningún caso, podrá ser inferior a 75 metros cuadrados y de uso exclusivo para los niños.

2.2.7 COMEDOR:

Su existencia será obligatoria en el establecimiento donde se sirvan una o más comidas diarias. Podrá compartir su uso con la sala de juegos. Igualmente debe contar con paredes y pisos resistentes al uso y fácilmente lavables, con condiciones de iluminación y ventilación adecuadas. El mobiliario debe estar ajustado a las diferentes edades de los niños

2.2.8 SALA DE PRIMEROS AUXILIOS:

Debe ser obligatoria en todas las guarderías. Debe contar con un botiquín debidamente equipado y actualizado permanentemente.

2.2.9 MOBILIARIO:

La selección de los muebles para los distintos espacios debe estar ligada a las características antropométricas de los niños y al uso que se les va a dar, deben estar empotrados, desprovistos de aristas y ángulos agudos, livianos y fáciles de limpiar. Debe ser cómodo, funcional, de buena calidad, seguro, resistente, estable, que ofrezca seguridad, elaborado con pintura lavable y no tóxica(6).

Si en la guardería existen cunas para niños pequeños, la base para colocar el colchón debe ser firme, de madera, metal, entre otros, y sus listones no deben estar separados por más de 7cms.

Puede haber corrales de fibra de vidrio o plástico, con bases duras, con acolchado ajustado a sus dimensiones y de fácil limpieza.

2. 2. 9 PINTURA:

Las pinturas deben ser lavables, no tóxicas. Las paredes y techos deben estar pintadas con colores claros (pasteles). Las ventanas y puertas con colores alegres en contraste con los colores de las paredes.

3. MEDIDAS DE SEGURIDAD EN EL INMUEBLE:

Es muy importante que las madres, cuando vayan a seleccionar una guardería, no sólo tomen en cuenta la cercanía a sus casas, lo bonito del centro, sino también que verifiquen las normas de seguridad que existen y se cumplen en ese centro de educación inicial, ya que de esta manera podrán evitar muchos problemas o accidentes. Las siguientes son normas que debe cumplir toda guardería:

- En cuanto a la ubicación, es importante que esté alejado de las vías de alto tránsito vehicular.
- En caso que la guardería quede en el primer piso, las escaleras requieren pasamanos. No tendrá "hueco" de escalera, o si lo tiene, estará adecuadamente protegido. Las barandas deben estar pegadas a la pared a 60 centímetros de altura, y con separaciones de 5 centímetros y el piso con antideslizante.
- Debe estar provisto de rejas, paredes o cualquier

otro material que impida la salida de los niños hacia la calle o vereda

- Debe disponer de un alumbrado de emergencia y señalización en vías de evacuación y salidas al exterior.
- Todas las aulas o espacios educacionales deben estar dotados de armarios empotrados que sirvan de guardarropas o para guardar material educativo.
- Si en la guardería existe un terreno de juego al aire libre, este debe tener una superficie segura, eliminando obstáculos y materiales que puedan producir caídas y lesiones. El área de juegos debe tener superficies para absorber impacto en caso de caídas, como pedacitos de madera picados, arena o grava, debajo de los columpios o toboganes.
- Contar con equipo antiincendio: extinguidores, distribuyendo una unidad de 5Kg por cada 70 metros cuadrados de superficie del local, ubicados en los lugares de mayor riesgo y cerca de las salidas, igualmente contar con alarmas de incendio colocadas en lugares fácilmente accesibles por el personal encargado de cuidados.
- Debe contar con seguros de responsabilidad civil y accidentes
- Equipamiento de gas ajustado a las normas dictadas por las empresas de gas del estado
- Las sustancias tóxicas y/o de limpieza, deben ser almacenadas en sitios altos, fuera del alcance de los niños y bajo llave.
- Instalación eléctrica: debe estar embutida en la pared o protegida con cable canal. Esta instalación debe estar hecha y garantizada por un profesional especializado.
- Interruptores de luz fuera del alcance de los niños y debidamente protegidos.
- Debe contar con detectores de humo en el techo.
- Contar con cortacorriente y Brekers fácilmente accesibles
- Debe tener un plan de prevención de emergencias y desastres y que como rutina frecuentemente se hagan simulacros de evacuación y de medidas ante desastres, solicitando capacitación o apoyo por personal debidamente certificado.
- Debe contar con un teléfono o radio para una comunicación rápida en caso de emergencias y con los números de emergencia claramente visibles.
- En cuanto a la recepción y entrega de niños, es un aspecto importante de seguridad, los padres deben asegurarse de entregar a sus hijos a un personal debidamente identificado y conocido, dentro del área de la guardería. A su vez en la guardería deben tomar las precauciones para entregar al niño a sus padres o a una persona debidamente identificada y

previamente autorizada y que haya sido hablado con el personal de guardería.

- Debe contar con área de acceso vehicular que garantice facilidad y seguridad en la entrega y retiro de los niños.

4. CONSIDERACIONES GENERALES:

Es importante además que las guarderías cumplan con las siguientes condiciones, para dar un adecuado manejo a los niños y niñas menores de 6 años:

- El centro debe contar con una autorización dada por el ministerio de educación y ministerio de salud, para su debido funcionamiento, la cual puede ser suspendida si no cumple con las condiciones mínimas exigidas, que deben contemplar: requisitos físicos, arquitectónicos, equipamiento, personal idóneo, condiciones higiénicas sanitarias y seguridad.
- Las personas encargadas del cuidado de los niños deben ser profesionales en el área correspondiente, en caso de contar con niños especiales, debe tener personal debidamente entrenado para su atención.
- Deberá igualmente disponer de unas condiciones arquitectónicas que posibiliten el acceso y la circulación a los alumnos con problemas físicos.
- Las aulas con alumnos de cero a dos años contarán con áreas diferenciadas para el descanso e higiene del niño. También contarán con un espacio adecuado para la preparación de alimentos cuando haya niños menores de un año, con capacidad para los equipamientos establecidos.
- Existirá también una sala de baño que deberá ser visible y accesible y que contará con dos lavabos y dos inodoros. Habrá una sala de baño para el personal docente separado de los servicios de los niños, con un lavabo, un inodoro y una ducha.
- En las ciudades donde las temperaturas sean muy elevadas, deben contar con servicio de aire artificial (aire acondicionado), mantenido a temperatura agradable para los niños.
- Lo más recomendable es que no tengan alfombras para evitar enfermedades como alergias o problemas de piel. En caso de tenerlas, éstas deben retirarse fácilmente para limpiarlas.
- No deben tener animales domésticos o mascotas.
- Debe disponer de un depósito general de agua adecuado y que garantice la disponibilidad permanente, con facilidad para su cuidado y mantenimiento. Además debe contar con sistemas que garanticen el agua potable.
- Se debe contar con un plan de fumigación periódica sin la presencia de los niños

- Lo ideal es que estas guarderías tengan como máximo:
 - 8 Niños menores de un año por cada aula para este grupo de edad
 - 13 Niños de 1 a 2 años por cada aula para este grupo de edad
 - 20 niños de 2 a 3 años por cada aula para este grupo de edad
 - 25 niños de 3 a 6 años por cada aula para este grupo de edad

De esta manera, el número de niños a matricular dependerá de la anterior especificación y del número de aulas o espacios que tenga la guardería.

REFERENCIAS

1. Educere. Entrevías educativas. Ministerio de Educación y Deportes. Año 5. N° 15. p 364. Octubre. Noviembre. Diciembre. 2001
2. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Artículo 107. Venezuela 1999
3. Ministerio de Educación y Deportes. Proyecto. Simón-cito. Una Educación Inicial de Calidad. Caracas. Noviembre 2004
4. Municipio Sucre. Ordenanza sobre accesibilidad arquitectónica y urbanística para personas con discapacidad y/o Movilidad reducida. Caracas. 2003
5. UNESCO. Sector de educación. Informe Temático. Cuidado y Desarrollo de la Primera Infancia. p5.1999
6. Ministerio de Educación y Deportes. Educación Inicial. Ambiente de Aprendizaje para la Atención Maternal. Caracas. 2005
7. Ministerio De Salud. Mexico. Norma Oficial Num. 167-SSA1 para la Prestación de Servicios de Asistencia Social a Menores. 1997
8. Ayuntamiento de Bilbao. Sección de Sanidad Ambiental e Higiene Urbana. Real Decreto 1004 de Normas higiénico sanitarias de guarderías- escuelas infantiles. España. 1991
9. Municipalidad de Monte. Provincia de Buenos Aires. Ordenanza de funcionamiento de guarderías y jardines maternos. Junio 2001
10. Concejo deliberante de corrientes. Ordenanza n° 1623/81 para el funcionamiento de guarderías infantiles y establecimientos similares. España. Mayo 1998.
11. Ayuntamiento de Valladolid. Reglamento de guarderías infantiles. España. Junio. 1983
12. Servicio Canario de Salud. Decreto 32/1195. Reglamento de organización y funcionamiento de guarderías. Canarias. 1995.

NUTRICIÓN Y EVALUACIÓN EN SALUD

COORDINACIÓN: Dra. María J. Castro

INTEGRANTES: Dra. Olga Figueroa de Quintero, Dra. Nolis Camacho Camargo, Dra. Carmela Salazar González, Dr. Daniel Villalobos Matos, Dr. Manuel Villarroel, Dra. Livia Machado, Dr. Rafael Santiago

Durante los últimos años se ha reconocido la importancia de una alimentación sana y balanceada desde los primeros años de vida y su relación con un mejor y completo crecimiento, óptimo estado de salud e inclusive con la longevidad del ser humano. Muchos padres y cuidadores, en general no conocen como implementar esta alimentación, debido a la escasa o nula orientación que reciben individual y socialmente.

Los hábitos alimentarios del niño son establecidos por la familia, el pediatra y el ambiente que rodea al niño, cuidado diario (guardería, escuela, medios de comunicación, etc.). Estos hábitos buenos o malos los acompañan generalmente hasta la edad adulta, por lo que aprender a comer de forma saludable desde edades tempranas es vital para la salud(1.4).

Un equilibrado y balanceado aporte de nutrientes es fundamental para obtener un adecuado estado de salud, un óptimo crecimiento y desarrollo y contribuir a prevenir problemas de salud en la edad adulta(2).

OBJETIVOS DE UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN EN LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA:

1. Promover y fomentar la lactancia materna por el mayor tiempo posible.
2. Establecer y/o enseñar hábitos de alimentación adecuados, para que persistan durante la vida.
3. Mantener un peso saludable acorde a la edad, sexo y estatura del niño, estableciendo un equilibrio entre el aporte y el gasto energético.
4. Promover e implementar el consumo de frutas, verduras y alimentos naturales ricos en fibra como cereales y leguminosas.
5. Incrementar la ingesta de pescado, como mínimo a dos veces por semana.
6. Disminuir el consumo de sal y azúcar.
7. Evitar la utilización excesiva de aceites o grasas en la preparación de los alimentos, así orientar el consumo de grasas saludables, tipo insaturadas o con omega 3.
8. Mantener la tradición gastronómica familiar y poblacional, así como ofrecer una variedad de alimentos y recetas.
9. Estimular la actividad física, de ser posible facilitar la práctica de un deporte programado.
10. Evitar el consumo de alimentos alergénicos, con el fin de prevenir la aparición de alergia alimentaria
11. Prevenir enfermedades crónicas no transmisibles.

del adulto y con base nutricional desde la infancia, para lograr evitar la aparición de estas enfermedades desde etapas cada vez más precoces en la vida y con mayor riesgo a la incapacitación temprana. (Enfermedad cardiovasculares, oncológicas, metabólicas)

LA ALIMENTACIÓN DE ACUERDO A GRUPOS DE EDAD

- **Niños de 0-12 meses de edad**

Características de esta etapa

- Depende de otras personas para alimentarse.
- Muy vulnerable a presentar malnutrición (desnutrición y obesidad).
- Alta velocidad de crecimiento. Peso, aumentan de 600 a 900 grs por mes los primeros seis meses y 500 grs por mes el segundo semestre. Talla: aumenta 3 cms por mes los primeros seis meses y dos centímetros por mes el segundo semestre.
- A partir de los cuatro meses existe ya un patrón de deglución más coordinado, sin embargo puede ser difícil administrar sólidos o semi-sólidos, ya que el bebé aún presenta protrusión de la lengua.

Recomendaciones dietéticas

- **0 a 6 meses**
- La lactancia materna exclusiva es la alimentación ideal para esta edad, debiendo proveer las guarderías, refrigeradores adecuados para la conservación. Las madres pueden extraerse la leche, guardarla en recipientes que puedan administrarse con biberón, cucharilla o taza. En aquellas condiciones especiales en las que el pediatra haya indicado una fórmula para lactancia artificial, se debe cumplir estrictamente la indicación de cantidad y preparación, ya que el uso indiscriminado de cualquier producto puede comprometer la salud del niño. No se debe agregar azúcar a la leche.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Beneficios para el bebé:

- Menor riesgo de presentar infecciones en general: cuadros diarreicos, infección respiratoria, infección

- urinaria y otitis
- Potencia la inmunidad del niño
- Reduce el riesgo de enfermedades alérgicas como el eccema y el asma
- Menor riesgo de alimentación excesiva o mal diluida
- Se favorece el adecuado desarrollo de la mandíbula y demás estructuras de la boca
- Disminución del riesgo de contaminación de los alimentos
- El bebé se siente seguro

Beneficios para la madre:

- Menor riesgo de cáncer de mama y ovarios
- Reduce la pérdida de sangre, ya que el útero vuelve antes a su tamaño real.
- Recuperación de un peso más saludable en menor tiempo
- Favorece la relación madre-hijo.
- Es económica y natural

6 a 12 meses

Recomendaciones generales para iniciar la alimentación complementaria

- El primer año de vida es el período en el que se deben inculcar los hábitos alimentarios e introducir todos aquellos alimentos que se consideren beneficios para la salud, aun cuando sean rechazados por los padres por preferencias individuales, ya que la aceptación es individual. El niño aprende con el ejemplo.
- Se recomienda iniciar el primer alimento diferente a la leche a los seis meses de edad. Nunca antes de los cuatro meses ni después de los seis meses.
- Introducir nuevos alimentos en forma progresiva, es decir separados cada tres o cuatro días. Esto permitirá observar su tolerancia y permitirá al niño familiarizarse con cada nuevo sabor y consistencia.
- Comenzar con cereal precocido de arroz o maíz que son más fáciles de tolerar, preparados en papillas y darlos con cucharillas. Si el niño tiene sobrepeso o ganancia de peso muy acelerada no debe recibir cereal.
- La consistencia de los alimentos debe ser líquida los primeros 6 meses, e ir aumentando en forma progresiva para adaptarse al proceso de deglución y masticación.
- Iniciar los vegetales y verduras amarillos (apio, auyama, zanahoria) que requieren menos procesamiento digestivo y posteriormente los verdes y blancos tales como, calabacín, brócoli, berenjena; en sopas o puré. Los vegetales verdes pueden iniciarse después de los 6 meses, ya que puede oca-

sionar fermentación y dolor abdominal. Se sugiere postergar los verdes tipo acelga y espinaca después del año, por el riesgo de metahemoglobinemia.

- Ofrecerle los vegetales antes que las frutas, en caso contrario preferirá el sabor dulce y rechazará los vegetales.
- Iniciar las frutas en forma de puré o en trozos. No añadir azúcar ni miel para endulzarlos. Evitar el consumo de frutas cítricas, altamente alergizantes, y las compotas comerciales por su alto contenido de azúcar y almidón, en relación con la proporción de fruta.
- Iniciar las carnes (pollo o res), preparadas en sopa licuada o añadir molidas o picada al puré de vegetales. Preferir iniciar con carnes blancas, menos alergizantes que las rojas.
- A los 9 meses, introducir cereales tales como trigo, avena y cebada, al igual que los granos y la yema del huevo.
- No debe introducirse alimentos tales como la leche entera, clara de huevo, pescado y los cítricos antes del primer año de edad.
- No utilizar elementos dispersantes y distractores, TV, juguetes, etc.

Aspectos Prácticos

- Debe inculcarse la instrucción en el lavado rutinario de las manos antes y después de comer, así como la limpieza de los dientes después de cada comida.
- Los alimentos deben ser dados con cucharilla, taza y vaso. Familiarizar progresivamente al niño en el uso de dichos utensilios, con la finalidad de que progresivamente los aprenda a usar. Evitar la utilización de la tetina, que minimiza el desarrollo maxilar e incrementa el riesgo de infecciones respiratorias.
- Ofrecer el alimento hasta 8-10 veces antes de considerarlo rechazado.
- El momento de la comida debe ser en ambiente tranquilo y sin prisas por parte de la madre.

Niños de 1-2 años de edad

Características de esta etapa

- Período llamado “adulto modificado”
- Aún depende de otras personas para su alimentación, pero se debe permitir la ingesta de los alimentos también por parte del niño.
- Período fundamental para incorporar hábitos y reforzar destrezas para la alimentación.
- Aumento de peso 3 Kg/año en promedio.
- Aumenta de talla en aproximadamente 12 centímetros en este año.

Recomendaciones dietéticas

- Debe estar incorporado a la dieta familiar y sentado a la mesa o en una silla adaptada
- Se recomienda realizar 3 comidas y dos meriendas. Repartidas por raciones de acuerdo a los grupos de alimentos
- Los grupos de alimentos son seis: -Leche y derivados, -Vegetales, -Frutas, -Cereales y harinas, -Carnes y sustitutos y -Grasas. Estos grupos de alimentos se esquematizan bien en la pirámide de alimentación.
- Deben recibir al día:
- Leche y derivados: 2-3 raciones al día. Emplear fórmulas lácteas destinadas a este grupo de edad en lugar de leche entera de vaca, la cual debe evitarse por su alto contenido en grasas saturadas y su baja disponibilidad en minerales como el hierro y calcio. La leche entera de vaca debe iniciarse después de los cuatro años de edad. No agregar azúcar a la leche
- Vegetales: ½ a 1 ración al día
- Frutas: 2-3 raciones al día
- Cereales y Harinas: 4-6 raciones al día
- Carnes y sustitutos: 1-2 raciones al día
- Grasas: 2-4 raciones al día

EJEMPLOS DE RACIÓN

- Leche y derivados: 80 calorías
1 Vaso de leche
2 cucharadas de queso
1 rebanada de queso
1 vaso de yogurt
- Vegetales: 25 calorías
½ taza de vegetales
- Frutas: 50 calorías
½ taza de fruta picada
½ vaso de jugo natural
- Cereales y harinas: 75 calorías
1 paquete de galletas
½ arepa
1 rebanada de pan
½ taza de arroz, pasta, granos
- Carnes: 55 calorías
½ bistec o 3 cucharadas de carne
1 presa de pollo
½ filet
1 huevo
- Grasas: 45 calorías

- 1 cucharadita de aceite
- 1 cucharadita de mantequilla

Aspectos Prácticos

- Debe seguir fomentándose la instrucción en el lavado rutinario de las manos antes y después de comer, así como la limpieza de dientes después de cada comida.
- Permitir al niño alimentarse solo, enseñándole el debido uso de los utensilios para comer
- El momento de la comida debe ser tranquilo, sin distracciones y estimulante, integrando al niño a la mesa familiar.
- Iniciar el cambio de vaso o taza en lugar de tetero, en aquellos niños que aún lo usan.
- Estimular la masticación de forma progresiva con aumento del tamaño de los bocados, acorde a las posibilidades del niño.
- Evitar los horarios muy rígidos de alimentación
- Permitir que el niño establezca cuando se siente sa-tisfecho, evitando la alimentación excesiva o carencial.
- Evitar el consumo de golosinas, refrescos, alimentos con alto contenido de azúcar, etc. ya que son de escaso valor nutricional, que sólo fomentan obesidad y preferencias alimenticias inadecuadas, especialmente en niños inapetentes.

Niños de 2-3 años de edad**Características de esta etapa**

- Disminución del apetito, ya que las necesidades calóricas se hacen menores por desaceleración del crecimiento. Se inicia un período de maduración caracterizado por un rápido aprendizaje del lenguaje, de la marcha y de la socialización, lo cual ofrece al niño otros intereses diferentes a los alimentos y el tiempo “sedentario y poco entretenido” de la alimentación.
- Rechazan la introducción de nuevos alimentos (Neofobia), lo cual lo lleva a dietas monótonas. Por ello, debe insistirse en cubrir todos los grupos de alimentos, aunque el menú sea repetitivo. Algunas veces se hace necesario agregar al menú 2 o 3 veces un nuevo alimento para que el niño se incentive a probarlo e incorporarlo a su dieta habitual.
- Aumento de peso entre 2 a 2,5 kg por año.
- Aumenta de talla en aproximadamente 8-9 centímetros en este año.

Recomendaciones dietéticas

- Se recomienda realizar 3 comidas y dos meriendas.
- La dieta debe ser variada y equilibrada. Incluir alimentos de todos los grupos.

- Un menú variado y acorde a la pirámide alimentaria, cubre todas sus necesidades nutricionales.
- Deben recibir al día:
- Leche y Derivados: 1-3 raciones al día
- Vegetales: 1-1 ½ ración al día
- Frutas: 4-6 raciones al día
- Cereales y Harinas: 6-9 raciones al día
- Carnes y sustitutos: 2-4 raciones al día
- Grasas: 5 raciones al día

Aspectos Prácticos

- Debe estimularse el lavado rutinario de las manos antes y después de comer, así como la limpieza de dientes después de cada comida.
- Combinar alimentos preferidos con aquéllos de menor aceptación para promover su consumo.
- Presentar los alimentos en forma atractiva y en un ambiente agradable y tranquilo.
- Integrar al niño a la alimentación en familia o en grupo, recordar que aprende con el ejemplo.
- Incentivar el correcto uso de los utensilios para comer.
- El momento de comer no debe ser menor a 20 minutos ni mayor a 30 minutos.
- Antes de sentarse a la mesa el niño debe estar tranquilo y relajado. La hora de la comida debe estar alejada del horario de juego para evitar el apuro o el rechazo a la actividad de comer.
- Incentivar la actividad física como parte de la rutina diaria, especialmente al aire libre.
- Acostumbrarle a realizar las comidas en familia o con otros niños si lo hace en guarderías, evitando la televisión o distracciones, en un buen ambiente.
- No utilizar el alimento como premio o castigo, ni emplear distractores para incentivar la alimentación.
- Respetar las inapetencias transitorias. No obligar a comer. Si esta condición se hace permanente y acentuada, se debe consultar con el médico.
- Si hay dificultad aún para masticar algunos alimentos o para admitir nuevos, ofrecer alternativas en la preparación de los alimentos: cortar las frutas como figuras, servir los alimentos armonizando los colores o formando siluetas.

LA IMPORTANCIA DEL DESAYUNO

Iniciar el día con un buen desayuno ofrece múltiples beneficios, ya que mejora el rendimiento físico e intelectual, disminuye el consumo de alimentos sin valor nutricional entre comidas y contribuye con la prevención de la obesidad. Al iniciar el día, el niño viene de un ayuno prolongado que se puede prolongar si se difiere el desayuno, con lo cual el

aporte de azúcar (glucosa) al cerebro y los músculos es mínimo e interfiere en los procesos cognitivos y del aprendizaje, además de disminuir la energía necesaria para la actividad física, pudiendo también favorecer episodios de pérdida de conciencia y desmayo. Esto es particularmente significativo en el grupo nutricionalmente en riesgo.

Se aconseja la tríada compuesta por lácteos (leche, yogurt), cereales o pan y frutas frescas. Es conveniente dedicar al desayuno entre 15-20 minutos de tiempo, sentados en la mesa, en lo posible con la familia.

SEGURIDAD ALIMENTARIA

La seguridad con los alimentos se refiere a las condiciones y hábitos que preservan la calidad de los alimentos para evitar su contaminación y las enfermedades a causa de intoxicación alimentaria, además de preservar el alimento para obtener de él un mayor potencial nutricional.

La seguridad alimentaria comienza en el supermercado, al momento de escoger los alimentos a comprar, y de allí se deberán cumplir ciertas pautas en la conservación y preparación de los alimentos que recibirán los niños.

La intoxicación alimentaria es el resultado del consumo de organismos o toxinas en alimentos contaminados o en proceso de descomposición. Puede afectar a una persona o puede presentarse como un brote en un grupo de personas que comieron el mismo alimento contaminado. Los síntomas, que aparecen entre 6 horas y 10 días después de la exposición, incluyen: calambres, abdominales, diarrea (a menudo sanguinolenta), náuseas, vómitos, sequedad de la boca, visión doble, dificultad para tragar, fiebre, escalofrío, dolor de cabeza y dolor de espalda. Para evitar esta enfermedad se deben cuidar estrechamente las medidas de seguridad alimentaria.

Al momento de comprar

- No compre alimentos enlatados cuyos recipientes tengan abolladuras, rajaduras o que estén abombados.
- Separe las carnes, las aves, los pescados y mariscos crudos de otras comidas en su carrito del mercado y en su refrigeradora.
- Compre los alimentos fríos en último lugar. Llévelos de la tienda, inmediatamente al hogar o al lugar de destino.
- Observe los huevos, abra el cartón y mire si alguno está roto o si las cáscaras se han quebrado. Compre únicamente huevos que han estado bajo refrigeración en la tienda.

Al guardar los alimentos

- Almacene alimentos no perecederos como granos, cereales y alimentos enlatados sin abrir a temperatura ambiente. Escoger un área fresca y seca, en

estantes que puedan limpiarse fácilmente y que estén al menos a 20 cms del piso o en armarios de cocina. Envasar en un recipiente tapado en forma hermética, si lo extrae de su envase original. Etiquete el recipiente, no la tapa, con el nombre del alimento.

- Nunca guarde alimentos bajo cualquier línea de plomería o en el piso, ya que pueden quedar expuestos a polvo, agua, roedores, insectos, etc.
- Antes de guardar los alimentos, asegúrese de que la temperatura en el refrigerador es de 5°C ó menos y que la temperatura del congelador es de -18° C ó menos.
- Los alimentos preparados para lactantes y preescolares no deberían almacenarse ni volverse a refrigerar para posteriores comidas.

Al preparar los alimentos

- Lávese las manos y limpie las superficies donde se va a preparar el alimento con frecuencia. Mantenga sus manos alejadas de la boca, la nariz y el cabello. El cabello debe estar recogido e idealmente se recomienda la utilización de gorros. Vigilar el aseo de las uñas.
- Use agua potable.
- Lave bien las frutas y hortalizas con agua (aunque se vayan a pelar) para eliminar restos de pesticidas, tierra o suciedad. Esto, incluso, debe hacerse con frutas de cubierta dura (patilla, lechoza, melón) para evitar arrastrar bacterias de la corteza a la pulpa de la fruta cuando se realiza el corte. Extraiga y no utilice las hojas exteriores de las verduras, como las espinacas o la lechuga. No utilice jabón para el aseo de los alimentos.
- No descongele nunca a temperatura ambiente, sino en la nevera, microondas o con agua fría. Refrigerar o cocinar el alimento inmediatamente después de descongelado.
- Cocine los huevos hasta que las claras y las yemas estén firmes. No se deben ofrecer alimentos preparados con huevos crudos.
- Nunca caliente la leche materna, sino que se debe dejar que alcance la temperatura ambiental para evitar la disminución de la actividad de los alimentos inmunológicos que ella contiene.
- Los alimentos deben ser clasificados y colocados en recipientes cerrados y poco profundos en el refrigerador, evitando que éste esté muy lleno.
- Los alimentos cocinados y envasados al vacío comercialmente se deben calentar a 140 °F (60 °C), mientras que aquéllas que han sido cocinadas con anticipación y enfriadas deben ser recalentadas a 165 °F (74 °C), llevando a hervor en el caso de las

sopas, salsas y salsas de carne.

- Nunca ofrezca los alimentos directamente del envase comercial. Éstos se deben pasar a un plato o recipiente.

Durante la comida

- Los utensilios de comer no deben ser compartidos. Igualmente, debe emplearse un cubierto limpio e higienizado para cada recipiente y bandeja de servir.
- La comida o utensilios que hayan caído al suelo no deben ser usados y deben retirarse para su lavado.

Después de la comida

- Los alimentos que no fueron consumidos deben ser desechados, incluso la leche. Los únicos alimentos que pueden guardarse y servirse más tarde son las frutas sin pelar y los alimentos envasados no pederados sin abrir.
- Los alimentos preparados que no fueron servidos pueden guardarse en el refrigerador hasta dos días después de su preparación. Los alimentos que contienen carne roja, pescado, carne de ave y productos lácteos deberán enfriarse rápidamente para evitar el crecimiento de bacterias. Los alimentos cocinados que van a ser guardados por largo tiempo deben congelarse inmediatamente, una vez enfriados.

Lavado de manos

Las manos deben lavarse:

- Antes y después de comer
- Al usar el baño, especialmente si se usó el inodoro. También se deben lavar si se ayudó a un niño a usar el inodoro
- Luego de cambiar pañales (En este caso, también se deben lavar las manos del niño)
- Durante la elaboración de alimentos:
- Antes de preparar, servir o comer alimentos
- Luego de tocar carne roja, carne de ave, pescado o huevos crudos
- Siempre que las manos entren en contacto con fluidos corporales (vómito, saliva, moco, heces, orina, sangre)

Para el lavado de manos se debe usar agua corriente tibia y jabón líquido, manteniendo las manos debajo de la corriente de agua durante 20 segundos, asegurando el lavado entre los dedos, por encima y debajo de las uñas y cutículas, de ser posible utilizar un cepillo de manos.

Alimentos provenientes del hogar

- Debe entregarse a los padres las normas relacionadas a las comidas traídas del hogar, ya que

- ésta debe cumplir las mismas normas de preparación y almacenaje descritas anteriormente
- Se debe incentivar a la madre a extraerse y almacenar la leche materna para ofrecerla al niño. Ésta debe cumplir las siguientes normas:
 - Debe ser extraída previo lavado adecuado de manos en un lugar limpio
 - Debe ser transportada en biberones o recipientes limpios, identificados claramente con los datos del contenido, nombre del niño, fecha y hora de extracción.
 - Debe mantenerse en refrigerador por hasta 24 horas. En el congelador puede almacenarse por 3 meses
 - Deseche la leche materna que quede en el biberón después de haber alimentado al bebé
 - Los alimentos deben ser comprados en tiendas y estar en su envoltorio original.
 - Los almuerzos y los refrigerios proporcionados para un niño deben estar etiquetados con el nombre del niño, la fecha y el tipo de alimento. No deben compartirse con otros niños.
 - Los alimentos perecederos deben guardarse en el refrigerador de inmediato.

Personal

- El personal que labora en la preparación de los alimentos debe recibir un entrenamiento en nutrición y manejo de alimentos y estar entrenado en el uso apropiado de las técnicas de lavado de las manos.
- Debe existir una política para evitar la presencia de empleados enfermos en las áreas de preparación de comida. Los empleados deben realizarse evaluaciones médicas periódicas y garantizar la ausencia de enfermedades contagiosas
- El uso de gorro debe ser obligatorio, y, si el personal que maneja alimentos tiene alguna herida deberá usar guantes.

Ambiente

- La cocina debe permanecer limpia, al igual que el refrigerador, el cual requiere permanecer con una temperatura adecuada.
- Usar toallas y paños limpios. Las toallas para secar los platos deberán ser diferentes de aquéllas para otros usos.
- Los platos, mostradores, tablas de cortar y refrigerador deben ser desinfectados.
- Antes de cada uso, los biberones reutilizables deben ser lavados y desinfectados, al igual que sus tapas y tetinas, enjuagándolos bien y dejando hervir durante 5 minutos justo antes de preparar.
- Desinfectar periódicamente el fregadero y/o lavavajillas.

- Realizar control de plagas domésticas y otros animales. Para ello, se debe realizar un adecuado depósito de basura y excretas, manteniendo los respectivos reservorios tapados. La basura húmeda debe ser cubierta con papel absorbente o periódicos y luego con bolsas plásticas.

EVALUACIÓN DE SALUD EN GUARDERÍAS

En el momento de admisión del niño se pedirá un informe médico del estado de salud y del cumplimiento del esquema de inmunizaciones.

Se debe aconsejar a los padres o representantes mantener un control pediátrico periódico de acuerdo al grupo de edad. Se recomiendan controles en recién nacido y a los 2, 4, 6, 9, 12 y 15, 18, 21 y 24 meses y después cada tres o seis meses a partir de los 2 años.

El personal de guardería es fundamental para la detección temprana de problemas de salud en el niño.

Se recomienda la existencia en la guardería de una historia clínica, que incluya antecedentes médicos del niño, al igual que un registro escrito donde esté reflejado las alteraciones detectadas con el fin de llevar el control individual de cada niño.

Es importante vigilar el estado nutricional (peso, talla, perímetro cefálico) y su evolución periódica para prevenir malnutrición por déficit o por exceso.

La detección precoz de alteraciones del desarrollo psicomotor y su referencia para evaluación médica permite una intervención temprana, lo cual disminuiría las secuelas y favorecerá un desarrollo óptimo del niño.

Algunos signos de alarma:

- Desviación de los ojos
- Frunce el ceño cuando trata de ver algo o no reconoce objetos de uso común
- Llanto constante o inexplicable
- Falta de respuesta adecuada a ruido o a voces
- Alteración del desarrollo del lenguaje y el habla
- Cambios en el comportamiento (Letargia, somnolencia, hiperactividad)
- Erupciones cutáneas en piel o cuero cabelludo, piojos
- Fiebre o frialdad excesiva
- Alteraciones motoras en agarre, marcha, coordinación
- Sospecha de abuso o maltrato
- Inadecuado progreso en peso y talla
- Falta de apetito repetidamente o por tiempo prolongado y acentuado
- Cambios en el patrón de evacuaciones

Ante estos síntomas y signos de alarma, el personal de la

guardería debe informar a los padres, o en su ausencia a un servicio médico acreditado para tal fin, para la respectiva evaluación pediátrica.

Las consideraciones de alimentaciones en condiciones especiales o enfermedades crónicas deben ser seguidas estrictamente de acuerdo a las indicaciones realizadas por el médico.

Salud del niño en guardería

- Control pediátrico acorde a edad
- Inmunizaciones
- Detección de Alteraciones del desarrollo
- Fomentar hábitos saludables
- Conocimiento de los signos o síntomas de alarma

**Ejemplo de Menú para Desayunos o Meriendas
Menú para Niños de 1 a 3 años**

Comida	Preparación	Cantidad
Desayuno	Bollitos	½ unidad pequeña
	Huevos (perico)	1- ½ cucharada
	Margarina	1 cucharadita
	Fruta	½ unidad pequeña
Merienda	Mango picadito	½ taza
	Sopa de pollo	½ taza
Almuerzo	Arroz con pollo y vegetales	½ taza
	Pan	1 robanada
	Jugo de naranja	½ vaso
Merienda	Tortitas de zanahoria	1 unidad
	Pudin de plátano	½ taza
Cena	Queso blanco	- ½ cucharada
	margarina	1 cucharadita

Menú 1

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Pan, queso blanco rallado	Arepa con tortilla de huevo	Arepa rellena (Pollo, carne mechada, jarrón de pavo)	Panqueca de Zanahoria queso rallado margarina	Cereal/leche
Fruta	Fruta	fruta o jugo	fruta o jugo	Fruta o jugo

Menú 2

Tortitas de arroz	Panqueca de auyama, queso rallado	Galletas	Pan margarina	Bizcocho
	Fruta o jugo	Jugo de fruta	Fruta o jugo	Fresco de avena

Esquema básico de alimentación en menores de 3 años

Edad Años	Consejos sobre alimentación	Consejos sobre hábitos	Actividad física
0-6 meses	Lactancia materna	Exclusiva hasta los 6 meses	Fomentar actividades de acuerdo a la edad para mantener equilibrio entre ingesta y gasto para combatir el sedentarismo
6 - 12 meses	Lactancia materna	Introducción de uso de cucharilla, taza y vaso	
	Alimentación complementaria Incorporación a la dieta familiar		
1- 3 años	Lactancia materna	Sentarlo en la mesa y comer acompañado	
	Dieta equilibrada acorde a la pirámide de alimentación	No usar distractores mientras (TV, juguetes, juego)	
	Padres modelos.	No usar el alimento como premio o castigo	
	Importancia del Desayuno	Respetar inapetencias Transitorias	
	Meriendas saludables		

REFERENCIAS

1. Comité de Nutrición de la Sociedad Uruguya de Pediatría. Guías de Alimentación del niño preescolar y escolar. Arch Pediatr Urug 2004; 75(2): 159-163
2. Peña Quintana L, Serra Majem L. Nutrición y salud pública: programas de educación y prevención nutricional. En: Tojo R (ed.). Tratado de Nutrición Pediátrica. Barcelona, Ediciones Doyma, 2001; 1169-1182.
3. Food and Nutrition Board, National Academy of Sciences. Dietary Reference Intakes for Calcium, Phosphorus, Magnesium, Vitamin D and Fluoride. The National Academy Press. Washington, 1997.
4. Food and Nutrition Board, National Academy of Sciences. Dietary Reference Intakes for Thiamin, Riboflavin, Niacin, Vitamin B, Folate, Vitamin B12, Pantothenic Acid, Biotin and Choline. The National Academy Press. Washington, 1998.
5. Food and Nutrition Board, National Academy of Sciences. Dietary Reference Intakes for Vitamin E, Vitamin C, Selenium, and Carotenoids. The National Academy Press. Washington, 2000.
6. Recommended Dietary Allowances, Food and Nutrition Board, National Research Council. 10ª ed. National Academy Press, Washington. DC, 1989.

ENSEÑANZA EN LAS GUARDERÍAS

COORDINADORA: Dra. María Eugenia Mondolfi Gudat.

INTEGRANTES: Lic. Argiñe Mugarra, Lic. Mariela Oropeza, Dra. Tamara Pacheco, Dra. Lucía García, Dra. Digna De Silveira, Dra. Aura Marina Mora.

INTRODUCCIÓN:

Cuando se nos planteó el tema de la “Enseñanza en las Guarderías” y la elaboración de pautas por parte de médicos pediatras junto a licenciadas en educación, lo primero que nos preguntamos fue:

- ¿Qué papel o rol puede desempeñar el pediatra en dicho entorno?
- ¿Cuál o cuales pueden ser sus aportes?

Para ello se hizo, en primer lugar, una revisión del fascículo basado en el documento oficial titulado “Bases Curriculares de Educación Inicial” del Ministerio de Educación y Deportes (2005), el cual va dirigido a docentes y otros adultos significativos que atienden niños y niñas entre 0 y 6 años(1,2)

Este lapso de tiempo entre los 0 y 6 años se desprende de la Declaración de Panamá emanada en la X Conferencia Iberoamericana de Educación (Julio 2000), con el propósito de analizar y debatir los problemas propios de la Educación Inicial en el siglo XXI, la cual reza así:

“... Que la educación es un proceso social ininterrumpido que comienza desde el momento de la concepción y se extiende a lo largo de toda la vida y, dentro de ella, la educación inicial (desde el nacimiento y hasta la educación primaria o básica, según las distintas acepciones en los países) es una etapa en sí misma, en la cual se sientan las bases para la formación de la personalidad, el aprendizaje, el desarrollo afectivo, la capacidad de diálogo y tolerancia en las relaciones interpersonales, así como el entendimiento entre pueblos y culturas.”

Igualmente, es oportuno aclarar que se entiende por “guarderías” aquellos espacios de atención integral de niños y niñas entre los 0 a 3 años, lo cual se corresponde con el nivel “maternal” de la educación inicial.

La educación inicial en los niveles “maternal” y “preescolar” se lleva a cabo a través de dos modalidades de atención:

- La atención “convencional”, institucionalizada en: maternales, preescolares, centros de educación inicial y otros servicios e instituciones de atención del niño y la niña, incluyendo los sostenidos por las empresas para la atención integral de los hijos de los trabajadores y los de coordinación interinstitucional; y,

- La atención “no convencional” que se desarrolla en locales y espacios diversos que incluyen ambientes comunitarios, familiares, ludotecas, centros comunitarios de atención integral y arreglos espontáneos de cuidado infantil.

Ahora bien, en dicho fascículo se hace una presentación de las tres áreas de aprendizaje con sus respectivos componentes, objetivos y aprendizajes esperados, tanto a nivel maternal como preescolar.

Esta revisión se realizó con la finalidad de conocer en cuál o cuáles áreas, y, a nivel de cuáles componentes en específico podemos contribuir los pediatras con ciertas recomendaciones, así como en la elaboración de pautas dirigidas a los docentes.

En segundo lugar, en vista de que la educación inicial y el cuidado de los niños puede tener repercusiones sobre su desarrollo emocional, físico y el estado de su salud, “la calidad de los servicios” que prestan las guarderías constituye una preocupación válida tanto para las familias como para los pediatras. Por ese motivo, el pediatra debe estar en disposición de orientarlas sobre la selección de la guardería a escoger(3,4).

Y, en tercer lugar, a través de la labor que le corresponde como “agente educador”, es decir, multiplicador de información hacia la comunidad en general, incluyendo las guarderías.

ENSEÑANZA EN GUARDERÍAS:

En relación a las tres áreas de aprendizaje y sus respectivos componentes podemos señalar que el pediatra puede contribuir aportando algunas “recomendaciones” o bien llamando la atención sobre “signos de alerta” a tener en cuenta por parte del personal que labora en las guarderías en relación a determinados componentes.

I. ÁREA DE APRENDIZAJE: “FORMACIÓN PERSONAL Y SOCIAL”

Componentes:

- Identidad y Género
- Autoestima
- Autonomía
- Expresión de sentimientos y emociones
- Cuidado y seguridad personal
- Convivencia (Interacción social, normas, deberes y derechos)

- Convivencia (Costumbres, tradiciones y valores)

II. ÁREA DE APRENDIZAJE: “RELACIÓN CON EL AMBIENTE”

Componentes:

Tecnología y calidad de vida

- Características, cuidado y preservación del ambiente
- Procesos Matemáticos (espacio y formas geométricas)
- Procesos Matemáticos (la medida y sus magnitudes: peso, capacidad, tiempo y longitudes)
- Procesos Matemáticos (Serie Numérica)

III. ÁREA DE APRENDIZAJE: “COMUNICACIÓN Y REPRESENTACIÓN”

Componentes:

- Lenguaje Oral
- Lenguaje escrito (lectura y escritura)
- Expresión Plástica
- Expresión Corporal
- Expresión Musical
- Imitación y Juego de Roles

Como podemos apreciar en dicho diseño curricular, el papel de la educación hoy en día debe orientarse no sólo a la transmisión de valores culturales de una sociedad, sino a “posibilitar que el niño desde su nacimiento tenga todas las oportunidades posibles para desarrollar sus potencialidades”.

Para ello, es necesario propiciar aprendizajes en ambientes que favorezcan el desarrollo afectivo y psico-motriz del niño, reconociendo y estimulando las capacidades infantiles.

DESARROLLO EMOCIONAL Y SOCIAL:

En relación al “Desarrollo Emocional y Social” son áreas importantes que definen la personalidad y la vida futura del individuo; y van a depender de cómo el niño es tratado por la gente que tiene a su alrededor y los factores de su medio ambiente, según los cuales se pueden generar efectos positivos o negativos.

Es necesario que los padres, docentes y cualquier otro adulto significativo conozcan estas áreas, y de esta manera lograr un desarrollo integral óptimo.

El “Desarrollo Emocional” es un proceso que se da a lo largo de toda la vida y consiste en la expresión de los sentimientos que se tiene con todo lo que existe alrededor del individuo. Prestar atención a las necesidades emocionales de los niños es una tarea importante dentro del contexto familiar, escolar y social. El aprender determinadas habilidades emocionales en los primeros años de vida del niño es una garantía de éxito en su futuro desarrollo escolar y social.

El apego es uno de los primeros factores importantes que pueden favorecer o afectar la vida del ser humano.

Todo niño necesita establecer un vínculo emocional con su madre, padre u otro ser cercano que esté con él y, esto es necesario para que el niño a medida que crezca se sienta seguro de sí mismo.

El apego específico es aquél que se forma a partir de los 6 meses, cuando el niño comienza a sentir el verdadero apego, ya que antes no siente ningún “trastorno de alejamiento” del ser que tiene cerca. Es por este motivo que cuando se piensa dejar a niños en guarderías se habla de edades específicas, como antes de los 6 meses, pues el niño se adapta mejor, o, posterior a los 24 meses, cuando ya ha adquirido el suficiente control de sí mismo como para enfrentarse sin problema con el nuevo medio.

En lo que respecta al “Desarrollo Social” se debe comenzar por definir la “socialización”, entendiéndose como tal el proceso por el cual las personas aprenden las normas de la sociedad a través de la convivencia diaria para así poder pertenecer a ella.

En el “Desarrollo Social” influyen diversos factores por los cuales los individuos son todos diferentes. Entre ellos, la “familia” que ejerce la máxima influencia de socialización, así como también el entorno educativo.

En lo que respecta al desarrollo de la confianza y la seguridad, el niño es formado mientras interactúa con las personas que lo cuidan y, es en esta etapa cuando se establece la confianza y la seguridad. ¿Cómo se logra esto? Atendiendo cuatro necesidades fundamentales como son: la protección, el bienestar, la subsistencia y el afecto. Sin estos factores, el niño pudiese ser desconfiado e inseguro.

Entre las recomendaciones en relación al desarrollo emocional y social del niño(a) sugerimos:

- El período recomendable para la incorporación de un niño(a) a la guardería es de 0 a 6 meses; luego de esta edad, su incorporación debe ser “progresiva” para favorecer su adaptación al medio, siendo lo ideal a partir de los 24 meses.
- Para formar niños con confianza y seguridad emocional, es necesario satisfacer sus necesidades básicas en el momento oportuno.
- Evitar las críticas constantes, personas que tiendan a ser nerviosas, irritables y/o sobre protectores a su alrededor.

DESARROLLO CREATIVO:

La creatividad se ha convertido en pilar fundamental para los procesos pedagógicos y de los currículos escolares, promoviendo incitar la imaginación creadora, libre y sin trabas en los niños(as), todo ello con el propósito de desarrollar sus destrezas, agilidad mental, inteligencia, imaginación y capacidad creadora. Así mismo, Piaget afirmaba que el fin principal de la educación es formar hombres capaces de hacer cosas nuevas, crear, inventar y descubrir y no sólo de

repetir lo que han hecho otras generaciones.

Igualmente hay que destacar que numerosas investigaciones (psicología y neurociencia) han demostrado que los cambios que ocurren en los primeros años de vida son fundamentales, demostrando que existen períodos críticos en donde ocurren cambios y aprendizajes de tanta trascendencia, que de no ocurrir en esta etapa ya no se lograrán.

De allí la necesidad de brindarles a los niños(as) experiencias que son fundamentales para el desarrollo de sus capacidades creativas. "No deberíamos preocuparnos por motivar a los niños para que se comporten de manera creativa; lo que debe preocuparnos son las restricciones psicológicas y físicas que el medio pone en el camino del pequeño que crece inhibiendo su natural curiosidad y su comportamiento exploratorio". (Lowenfiel 1975).

Los niños(as) realizan aprendizajes verdaderamente significativos cuando tienen la posibilidad de participar activamente en la situación de enseñanza/aprendizaje desde muy temprana edad. Por medio de la participación activa experimentan la emoción del descubrimiento y el placer de solucionar los problemas por propia iniciativa.

Siendo que la creatividad es considerada como una potencialidad de la persona, es un reto para el docente de educación inicial, contribuir al desarrollo de las capacidades creativas en niños(as), tal como prevé en sus objetivos el currículo de educación inicial: "Propiciar experiencias de aprendizaje que permitan a los niños y niñas, fortalecer sus potencialidades para un desarrollo pleno y armónico para que sean autónomos y creativos(as)..."

El desempeño docente para el fomento de la creatividad, amerita por parte del docente de una actitud abierta y motivadora, empática, orientada a fortalecer en el niño(a) su autonomía, autoestima y el reconocimiento de sus capacidades.

Para la obtención de dicho logro se proponen las siguientes "recomendaciones":

- Demostrar al niño que es creativo, para que se ratifique en este criterio y refuerce su condición actitudinal.
- Demostrar interés por cualquier muestra de creatividad por pequeña que sea, con la finalidad de reforzar la confianza en sí mismo.
- Escucharle con atención y paciencia sus inquietudes, intereses, sueños y fantasías, de tal manera que se sienta aceptado y libre para la comunicación abierta.
- No juzgar su particular forma de percibir su entorno ya que una persona creativa tiene múltiples maneras de ver las cosas. No imponer reglas innecesarias, ya que éstas pueden inhibir la creatividad y su desenvolvimiento natural.
- Respetar la autonomía, sin que esto quiera decir que se va a dejar al niño(a) libre de supervisor.

- Participar en su mundo creativo.
- Proporcionarles un ambiente que motive su creatividad.
- Permitir actividades libres para que el niño desarrolle su imaginación, iniciativa o la audacia.
- Respetar en el niño su necesidad lúdica como manera de acercarse al mundo.
- No insistir en que el niño utilice correctamente un juguete, pues al probar sus diferentes posibilidades harán sus propios descubrimientos.
- Cuando el interés del niño en una determinada tarea pareciera desvanecerse, puede invitarle mediante demostraciones, estímulos o recompensas, a penetrar a un nivel más complejo de ejecución, o bien, despertar su interés por alguna otra forma de creatividad.
- El niño tiene derecho a vivir sus propias vivencias, enfrentarse a situaciones que le generen retos y que le brinde la oportunidad de buscar soluciones propias al mismo.
- El docente o cuidador requiere de un profundo conocimiento del desarrollo del niño y la niña, de la forma como aprende, de sus derechos, sus intereses, sus potencialidades y de su entorno familiar y comunitario.

Dentro del abordaje del desarrollo creativo podemos vernos de la "estimulación adecuada", donde un incentivo externo actúa sobre el organismo, el cual reacciona como resultado de dicha acción.

No es necesario contar con materiales costosos y sofisticados para estimular la creatividad en los niños y niñas, lo que sí realmente se necesita es que tanto padres, docentes, madres cuidadoras o cualquier adulto a cargo de niños(as) sean realmente creativos, en la utilización de los recursos disponibles en casa y transformarlos en herramientas pedagógicas, facilitadoras del aprendizaje, y desarrollo creativo.

DESARROLLO DEL LENGUAJE:

En relación al desarrollo del lenguaje se refiere al proceso de adquisición de un sistema lingüístico que permite al niño comunicarse consigo mismo y con los demás. Se alcanza en dos etapas: prelingüística, caracterizada por el desarrollo del lenguaje interior y destrezas de comunicación basadas en llanto, vocalizaciones, balbuceos; y, la etapa lingüística identificada a partir del inicio de la adquisición del lenguaje expresivo oral, el cual se construye a partir de la interacción del niño con su ambiente.

¿Cuándo preocuparse del lenguaje de un niño?

Para ello, los docentes pueden hacer uso de una lista de indicadores donde pueden ir chequeando el progreso normal del lenguaje de acuerdo a la edad. Por otra parte, se debe

considerar una serie de signos que alertan acerca de una probable alteración en el desarrollo del lenguaje, tales como:

- Si a los 3 meses no responde al sonido de la voz u otros sonidos.
- Si a los 8 meses no hace algunos sonidos para llamar la atención.
- Si a los 12 meses no mira a la persona que habla con él. Si el niño no está apuntando a, o, haciendo sonidos para obtener lo que él quiere, como sus juguetes favoritos.
- Si a los 18 meses no dice sino pocas palabras claramente.
- Si a los 20 meses no puede seguir simples órdenes, como por ejemplo, "Ven aquí." O, si a los 24 meses no utiliza dos palabras juntas.
- Si a los 2 años no hace preguntas ni responde a preguntas simples con "sí" o "no".
- Si a los 3 a 4 años no usa el lenguaje libremente, experimenta con sonidos verbales y comienza a utilizar el lenguaje para resolver problemas y aprender conceptos.

DESARROLLO MATEMÁTICO:

En relación al desarrollo matemático se considera que es una habilidad del cerebro humano, y como todas las habilidades, depende más de la manera como la percibe el niño que de sus propias capacidades.

La matemática siempre ha tenido un sentido lúdico, se encuentra claramente expresada en los juegos, acertijos y canciones; es una fuente de estímulo para el niño y debe estar acorde con las necesidades de éste y permitir la experimentación directa.

El juego y los juguetes son los procesos y los instrumentos con los cuales los niños desarrollan naturalmente su mente. El desarrollo de la inteligencia de los niños no consiste en saturar su mente con la información que nosotros consideramos necesaria, sino favorecer la utilización de sus potenciales intelectuales de manera gradual, respetuosa y armoniosa a los procesos naturales. El juego es una verdadera posibilidad de hacerse con habilidades de pensamiento adecuados para resolver problemas matemáticos y no matemáticos bajo un esquema de pensamiento lógico, al igual que la expresión musical.

¿Por qué estimular el desarrollo matemático antes de los 4 años?

Porque hay que recordar que es precisamente el período entre los 0 y los 4 años la etapa durante la cual el cerebro está estructuralmente preparado para la adquisición de diferentes lenguajes. Esto puede hacerse no sólo a través de los juguetes sino también a través de la música (como por ejemplo: juegos que unan la música con el movimiento y comenzar a incluir en las canciones letras, números y cantidades).

G. DOMAN: "Esperar a que los niños vayan al colegio para comenzar a enseñarles matemáticas, es equivalente a no hablar a un niño hasta que vaya a la escuela. Es bueno enseñar matemáticas de esta manera y a esta edad porque les resulta enormemente divertido."

Debemos aprovechar las ocasiones en las que podamos cantar y jugar utilizando cantidades con el niño, aunque nos parezca aún demasiado pequeño para ello.

Recomendaciones:

- Se recomiendan el juego y la música como las estrategias más adecuadas para promover el desarrollo de las capacidades creativas y cognitivas del niño. Sólo en la medida que el niño o la niña practiquen actividades lúdicas y musicales podrá explorar y desarrollar su potencial creativo, siendo su carácter esencial la libertad.

DESARROLLO FÍSICO:

En relación al "desarrollo físico" es importante que los pediatras, así como los médicos generales que se ocupan de la atención pediátrica, los docentes y otros adultos significativos que están relacionados con la atención del niño en las guarderías, conozcan cuáles son las respuestas esperadas de acuerdo a la edad del niño para poder estar en capacidad de detectar tempranamente cualquier retraso en el desarrollo y su oportuna intervención. Para ello, lo adecuado sería consultar los "indicadores del desarrollo psicomotor normal" con la finalidad de ubicar el nivel de funcionamiento en que se encuentra el niño de acuerdo a su edad. Todos los niños tienen puntos fuertes y débiles cuando se trata de habilidades en su área psico-motriz. Lo importante es que se reconozca cuando exista algún déficit en alguna área y colocarlo en actividades que conduzcan a su mejoría, así como también ayudar en la detección de problemas que comprometan su sano desarrollo, tales como retardo en el lenguaje, hiperactividad, autismo, entre otros.

A continuación se mencionan algunos "signos de alerta":

Si durante el primer mes de nacido muestra alguno de los siguientes signos:

- Succión débil y lenta.
- No parpadea cuando se le muestra foco luminoso.
- No enfoca y ni sigue un objeto cercano en movimiento.
- Poco movimiento en brazos y piernas; luce rígido.
- Luce excesivamente flácido.
- Temblores constantes de la mandíbula inferior, aun cuando no esté llorando ni excitado.
- No responde a sonidos altos.

Hasta los 3 meses:

- No parece responder a sonidos altos.

- No reconoce sus manos.
- No sonríe a la voz de la madre.
- No sigue objetos en movimiento con sus ojos.
- Si no agarra y sostiene objetos.
- Si no sonríe a las personas.
- No sostiene su cabeza en posición erecta.
- No intenta agarrar juguetes.
- No balbucea ni vocaliza con su cuidador/a
- Tiene problemas moviendo uno o ambos ojos en cualquier dirección.
- Luce muy rígido con sus músculos contraídos, o por el contrario muy flácido, como un muñeco de trapo.
- Su cabeza aún cae para atrás cuando su cuerpo es levantado hacia la posición sentada.
- No muestra afecto por la persona que lo cuida.
- No responde a los ruidos alrededor de él.
- No se voltea en ninguna dirección.

Hasta los 6 meses:

- Tiene dificultad para llevarse los objetos a la boca.
- No se voltea en ninguna dirección.
- No sonríe espontáneamente, ni ante su imagen en el espejo.
- No se puede sentar con ayuda, ni se puede incorporar cuando se hala por las manos desde la posición acostada.
- No agarra voluntariamente con la palma de la mano.
- No sostiene objetos en la mano.
- No emite sonidos ni vocaliza para demandar atención.

Hasta los 9 meses:

- No balbucea.
- No responde a personas vocalizando.
- No muestra interés por juegos de escondidas.
- No reconoce la voz de la madre, aun sin verla.
- No busca, ni agarra juguetes que están fuera de su alcance.
- No sostiene dos cubos y los choca entre sí.
- No consolida el equilibrio sentado.
- No gatea, no se para en la cuna con apoyo.

Hasta 12 meses:

- Arrastra una sola parte de su cuerpo mientras gatea.
- No dice palabras sencillas como mamá y papá.
- No responde al saludo agitando su mano.
- No reconoce a familiares en su entorno.
- No señala con su dedo índice objetos o fotos.
- No se sienta solo ni se para.
- No sube escalones gateando.
- No da pasos sostenido de las manos de una persona.
- No arruga un papel para hacer ruido.

Hasta los 15 meses:

- No se sube en muebles y adopta la posición sentada.
- No se para sin apoyo.
- No camina sin ayuda.
- No intenta saltar.
- No sube escalones gateando sin ayuda.
- No hace torres de 2 ó 3 cubos.
- No agarra dos objetos con una mano y con la otra agarra un tercero.
- No intenta lanzar la pelota con el estímulo del cuidador.
- No garabatea con un lápiz intentando imitar patrones.
- No señala sus ojos, boca o nariz cuando se lo piden.
- No abraza a adultos conocidos, o sea, se muestra indiferente.
- No intenta imitar sonidos del adulto.
- No dice claro papá, mamá.
- No sigue una orden simple.
- No emite sonidos onomatopéyicos.

Hasta 2 años:

- No camina de forma independiente
- No habla al menos 15 palabras
- No usa frases simples
- Pareciera no saber las funciones de los objetos (peine, teléfono) para la edad.
- No imita acciones o palabras
- No sigue instrucciones simples
- No puede empujar un juguete con ruedas
- No sube escaleras con apoyo
- Camina en punta de pie

Hasta 3 años:

- No es capaz de caminar en una acera angosta con un pie arriba y otro abajo.
- No corre hacia adelante, ni frena a su voluntad.
- No salta en un pie.
- No es capaz de subir escalones solo apoyado de los pasamanos, ni bajarlos uno a uno.
- No es capaz de caminar en puntillas sobre una línea recta.
- No controla a voluntad la dirección en el pateo.
- No coloca figuras conocidas en un tablero.
- No es capaz de rasgar el papel con direccionalidad.
- Le es difícil recortar con la tijera punta roma.
- No rellena las figuras
- No es capaz de seguir secuencia de un cuento corto.
- No es capaz de armar un rompecabezas de cuatro piezas con ayuda.
- No saluda espontáneamente a adultos conocidos.
- No dice la edad con sus dedos.
- No discrimina dos sonidos onomatopéyicos.

- No usa oraciones de tres palabras.

En relación al segundo punto, podemos decir que frecuentemente las familias recurren al consejo del pediatra con respecto a la escogencia del tipo de institución de educación y cuidado de sus niños. Por tal motivo, el pediatra debe estar en disposición de orientarlas.

Para ello puede hacer uso de algunas recomendaciones específicas para el mejor rendimiento en el cuidado de los niños, extraídas de “Programas de Cuidados de los niños fuera del hogar”.

“Caring for Our Children” (CFOC) es una publicación en colaboración de la Academia Americana de Pediatría, la Asociación Americana de Salud Pública y la Agencia de Salud del Niño del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, que contiene temas relacionados con la salud y la seguridad, basados en evidencias y en estándares de referencia, pertinentes a la educación temprana y cuidado del niño.

Igualmente, está “Child Care Aware”, que es un programa de la Asociación Nacional de Recursos y Referencias de Cuidado de Niños (NACCRRA) y el cual cuenta con una guía de “indicadores de alta calidad” para el cuidado de los niños, así como también con un formulario tipo chequeo para la familia cuando decidan iniciar el proceso de selección de guardería.

A continuación se presenta dicho formulario con algunas adaptaciones.

- Supervisión
¿Son los niños supervisados en todo momento, aun cuando están durmiendo? ¿Cómo disciplinan a los niños?
Consejo: La disciplina debe ser positiva, clara, consistente, y justa.
- El Lavado de Manos y el Cambio de Pañales
¿Todos los cuidadores de niños así como los propios niños se lavan las manos a menudo, especialmente antes de comer y después de usar el baño ó de cambiar los pañales?
¿Está limpio el lugar donde se cambian los pañales?
¿Mantienen siempre los cuidadores de niños una mano sobre el niño al cambiarle el pañal?
¿Los cuidadores de niños retiran el pañal sucio sin ensuciar otra superficie que no haya estado en contacto con heces u orina?
¿Los cuidadores de niños limpian y esterilizan la superficie después de terminar con el cambio de pañales?
Consejo: las manos deben ser lavadas con jabón y agua por lo menos 10 segundos y después ser enjuagadas y secadas. El grifo de agua debe ser cerrado

con una toalla de papel.

- Calificación del director/a
¿Tiene el director del centro de cuidado de niños licenciatura en un campo relacionado a los niños?
¿Ha trabajado el director en un centro de cuidado de niños por lo menos 2 años?
¿Entiende el director lo que necesitan los niños para su crecimiento y aprendizaje?
- Calificación del docente
¿Tiene el docente del centro de cuidado de niños licenciatura en un campo relacionado con los niños?
¿Ha trabajado el docente en un centro de cuidado de niños por lo menos un año?
¿El docente les da a los niños las lecciones y los juguetes apropiados para su edad?
- Proporción de niños a adultos y tamaño del grupo
¿Cuántos niños son cuidados en el programa de cuidado de niños?
¿Cuántos cuidadores de niños hay ahí?
Consejo: Su niño va a tener más atención si cada cuidador de niños tiene menos niños que cuidar. Cuantos más jóvenes son los niños, más cuidadores de niños deben de haber allí. Por ejemplo, un cuidador de niños en casa familiar debe de cuidar solo a dos bebés

NOTA: Según GACETA OFICIAL de la República Bolivariana de Venezuela N° 38160 de 16 de Abril de 2005.

Artículo 20.- Los Centros de Educación Inicial que atiendan a niños/niñas, en la edad maternal y preescolar deberán distribuir al personal, tomando en cuenta el espacio físico de la siguiente forma:

MATERNAL:

Sala de cero (0) a un (1) año:

Nueve (9) niños/niñas con 3 adultos: 1 docente y dos (2) asistentes o auxiliares de Educación Inicial.

La asignación del personal se hará de la manera siguiente: el docente fijo, al igual que uno de los asistentes; mientras que el otro asistente será rotado entre las demás salas.

Sala de 1 año:

Doce (12) niños/niñas con tres (3) adultos: un (1) Docente y dos (2) asistentes o auxiliares de Educación Inicial.

La asignación del personal se hará de la manera siguiente: el docente fijo, al igual que uno de los asistentes; mientras que el otro asistente será rotado entre las demás salas.

Sala de dos (2) años:

Dieciséis (16) niños/niñas con 2 adultos: 1 docente y un (1) asistentes o auxiliares de Educación Inicial.

Sala mixta de un 1 año y dos (2) años:

Máximo veinte (20) niños y niñas con dos (2) adultos: 1 docente y un (1) asistente o auxiliar de Educación Inicial.

- **Inmunizaciones**
 ¿Está su niño al día con todas las vacunas requeridas?
 ¿Lleva la guardería un control probando que los otros niños en cuidado están actualizados en todas las inmunizaciones requeridas?
- **Sustancias tóxicas**
 ¿Se mantienen las sustancias tóxicas como productos de limpieza e insecticidas fuera del alcance de los niños?
 ¿Ha sido chequeado el espacio físico de la guardería en relación a sustancias peligrosas como el plomo y el asbesto?
 ¿Tienen información sobre control de envenenamiento en lugar visible?
- **Plan de emergencia**
 ¿Cuenta la guardería con un plan de emergencia en caso de que un niño se lastime, se enferme o se extravíe?
 ¿Cuenta la guardería con un botiquín de primeros auxilios?
 ¿Cuenta la guardería con información sobre la persona a contactar en caso de una emergencia?
- **Simulacros de incendio y otros**
 ¿Cuenta la guardería con un plan de emergencia en caso de un desastre como incendio, inundación, ventisca o terremoto?
 ¿Cuenta la guardería con prácticas de simulaciones mensuales?
- **Abuso del niño**
 ¿Pueden los cuidadores de niños ser vistos todo el tiempo por los otros, de manera tal que un niño nunca quede solo con un solo cuidador?
 ¿Han sido chequeados los antecedentes de todos los cuidadores de niños?
 ¿Han sido entrenados los cuidadores de niños en la prevención del abuso infantil, en cómo reconocer las señales de abuso del niño, y cómo reportar en caso de sospecha de abuso del niño?
- **Medicinas**
 ¿Mantiene la guardería las medicinas fuera del alcance de los niños?
 ¿Están los cuidadores de niños entrenados y las medicinas etiquetadas para cerciorarse que al niño

al cual le corresponde la medicación se le suministre la cantidad apropiada en el tiempo indicado?

- **Entrenamiento de empleados/ primeros auxilios**
 ¿Se han entrenado los cuidadores de niños en cómo mantener a los niños sanos y seguros de lesiones y enfermedades?
 ¿Saben practicar primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar?
 ¿Han sido entrenados para comprender y cumplir con las necesidades de niños de diferentes edades?
 ¿Están todos los empleados en el cuidado de los niños, en conocimiento de que no los deben acostar “boca abajo” para reducir el riesgo del Síndrome de Muerte Súbita Infantil?
Consejo: Observar cuando los niños estén durmiendo, que estén acostados de espalda sin almohadas, cobertores, juguetes rellenos, y otros accesorios.
- **Zona de juegos**
 ¿La zona de juegos es inspeccionada para seguridad frecuentemente?
 ¿Está la zona de juegos rodeada por una cerca?
 ¿Si hay una caja de arena, está limpia?
 ¿En la zona de juegos, son los materiales seguros, sin bordes agudos, y mantenidos en buena forma?
 ¿Son las superficies del suelo y del patio chequeadas a menudo para saber si hay sustancias peligrosas y riesgos?
 ¿Son los juguetes de la zona apropiados para el tamaño y la edad de los niños que los usan?

Y, en tercer lugar, la otra forma de vincularse el pediatra con las guarderías es a través de la labor comunitaria como agente educador por excelencia, estimulando la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Para finalizar, hemos querido traerles el “Decálogo básico del Desarrollo Psico-social Infantil” preparado por la Oficina Regional de UNICEF para las Américas.

1. Para el niño es fundamental el contacto estrecho con los padres antes y en el momento de nacer.
2. El niño necesita establecer un vínculo o relación de afecto y amor con sus padres o las personas que lo cuidan.
3. El niño necesita un intercambio con su medio a través del lenguaje y del juego.
4. El niño necesita hacer las cosas por sí mismo para alcanzar un grado adecuado de autonomía o independencia.
5. El niño necesita la valoración positiva para tener una buena autoestima y confianza en sí mismo.
6. El niño necesita tener un mínimo de seguridad y estabilidad.
7. El niño necesita poder expresar sus emociones y sentimientos sin temor a ser reprimido o castigado.

8. Cada niño es distinto, tiene su propio temperamento y su propio ritmo; no todos los niños aprenden con la misma rapidez.

9. Las familias estimuladoras, cariñosas y que apoyan a sus hijos tienen niños más sanos y felices.

10. Los padres y adultos deben evitar golpear, maltratar, asustar, descalificar o engañar a los niños. Un ambiente de irritación, violencia o inestabilidad prolongada es perjudicial para el desarrollo infantil.

REFERENCIAS:

1. República Bolivariana de Venezuela. Ministerio de Educación y Deportes. Educación Inicial: Evaluación Y Planificación (Dirigido a docentes y otros adultos significativos que atienden niños y niñas entre 0 y 6 años). Febrero/ 2005.
2. Ministerio de Educación y Deportes. Educación Inicial: Bases Curriculares. Caracas. Editorial Noruega; 2005.
3. Shope, Timothy R., MD y Aronson, Susan, MD. Improving The Health And Safety Of Children In Nonparental Early Education And Child Care. Pediatrics in Review. Vol. 26. N° 3. Marzo 2005.
4. Child Care Aware ® : Escogiendo Cuidado de Niños; Enero 2008 http://www.childcareaware.org/sp/child_care_101/choosing_child_care.php
5. Palacios, Norka. Desarrollo social de 0 a 7 años; Enero 2008 <http://www.slideshare.net/norka/desarrollo-social-119982/>
6. Rice, F. Philip. Desarrollo Humano - Estudio del Ciclo Vital. Segunda Edición. México; 1997.
7. Good, Thomas L; Brophy, Jere. Psicología Educativa - Contemporánea. Editorial Mc Graw-Hill. Quinta Edición. Ciudad de México; 1996.
8. Cerda, Hugo. La Creatividad en la Ciencia y la Educación. Cooperativa Editorial Magisterio 2000. Santa Fe. Bogotá.
9. Enciclopedia Educación Creativa. Proyectos Escolares. Tomo I. Ediciones Euromexico; 2005.
10. Logan Lilian, M y Logan Virgiri, G. Estrategias para una Enseñanza Creativa. Ediciones Oikos-tau. Barcelona; 1980.
11. Ministerio De Educación Y Deportes. Manual de Desarrollo Infantil. Caracas; 1998.
12. Lourdes Montenegro. La Estimulación Temprana. Un reto del siglo XXI. Candidus Infantil. N° 00. Año 1; Noviembre 2001.
13. María L. Fernández. Jugar es Aprender. Importancia del Juego en el Desarrollo Infantil. Candidus Infantil. N° 10. Año 3; Abril 2004.
14. John Y Elizabeth Newton. Juguetes y objetos para jugar. Ediciones CEAC. Barcelona España; 1984.
15. Victor Lowenfield Y W.Lanbert. Desarrollo de la capacidad creadora. Editorial Kapeluz S.A Buenos Aires; 1.980
16. Madrigal, A. Estimulación del desarrollo del lenguaje oral en los niños y niñas que cursan la educación inicial en una zona de atención prioritaria. Universidad Estatal a Distancia. Costa Rica ; 2001. (Tesis de Maestría).
17. Papalia, D, Wendkos, S y Feldman, R. Desarrollo Humano. 9na. México: McGraw Hill; 2004.
18. León Viloria, C. Secuencias de Desarrollo Infantil. 3era. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello; 2000.
19. Bayley, N. Escalas de Bayley de Desarrollo Infantil. 2da.
20. Angulo de Rodríguez, Nancy. Hacia la maduración neurológica del recién nacido. Fundacrede. Caracas, Venezuela; 2005.
21. Manrique Guzmán, Tony. Entendiendo a tu bebé. Editorial Planeta Venezolana, S.A.; 2001.
22. Gru Koifman Anny; Pereira María I. Aprendiendo a manejar las conductas de su hijo. Cepia. Caracas, Venezuela; 2003.
23. Granda Juan; Alemany Inmaculada. Manual de aprendizaje y desarrollo motor. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Barcelona, España; 2002.
24. Martín de C. Olga; De Maldonado Teresa. Observación y evaluación del desarrollo evolutivo. Edición de la Fundación Fondo Editorial de Carabobo. Valencia, Venezuela; 1992
25. Ordóñez L. María; Tinajero M. Alfredo. Estimulación Temprana. Tomo 1. Edición MMV. Madrid, España.
26. Johnson's. El Desarrollo del Niño. Tu hijo, de 2 a 3 años. Editorial Norma. Bogotá, Colombia 2002. www.educacioninicial.com

HÁBITOS – JUEGOS – DEPORTES EN GUARDERÍAS

COORDINADORA: Dra. Dolores Pérez Abad

INTEGRANTES: Dra. M^a Fátima Soares, Dra. Tamara Salmen, Dra. Marianella Herrera de Pagés, Dra. Inés Ortíz, Dr. Bernabé Ruiz, Dr. Jorge Gaiti Benavides, Dr. Héctor Luna Leonett

1. INTRODUCCIÓN

En los tiempos modernos, con muchas mujeres incorporadas a la fuerza laboral, resulta imprescindible el contar con sitios seguros en donde dejar a los niños pequeños mientras la madre esté fuera de la casa. Es así como las guarderías infantiles se han constituido en un recurso básico, sobre todo cuando no se tiene la suerte de contar con una abuelita con capacidad y deseos de asumir esta gran responsabilidad: cuidar niños ajenos.

Las guarderías infantiles vienen entonces a resolver un problema social importante, y cuando funcionan en forma óptima, son una ayuda muy valiosa para asegurarse de que los niños estén seguros, con una nutrición apropiada, estimulados correctamente desde el punto de vista de su desarrollo y rodeados de cariño, favoreciéndose así su proceso de socialización. Las guarderías deben proveer un ambiente de calidad que contribuya al crecimiento físico y emocional del niño(1).

La conducta y el ambiente están estrechamente relacionados, por lo cual las instalaciones de las guarderías deben favorecer el desarrollo apropiado del juego y del aprendizaje en un ambiente seguro en las áreas externas o internas de juego, en el mobiliario y en el uso de juguetes y materiales (1).

El derecho a la educación, está contemplado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), en sus artículos 102 y 103 “La educación es un derecho humano y un deber social fundamental... Toda persona tiene derecho a una educación integral, de calidad, permanente, en igualdad de condiciones y oportunidades... La educación es obligatoria en todos sus niveles, desde el maternal hasta el nivel medio diversificado... El Estado creará y sostendrá instituciones y servicios suficientemente dotados para asegurar el acceso, permanencia y culminación en el sistema educativo”(2). Por otra parte, la Educación Inicial o “Proyecto Simoncito” constituye una de las líneas estratégicas del Ministerio de Educación y Deportes en el contexto de la política de Estado Atención Integral a la Infancia y a la Adolescencia. Es una propuesta dirigida al desarrollo integral de la población entre cero y seis años, en las fases maternal y preescolar, con el fin de garantizarle las condiciones sociales, educativas y nutricionales que le permitan crecer y desarrollarse plenamente y proseguir al nivel de Educación Básica en igualdad de oportunidades(3).

El grupo etario que asiste a las guarderías, pertenece a la población infantil enmarcada en la Educación Inicial y es en

esta etapa de vida donde se estructuran los esquemas de acción en todas las áreas del desarrollo humano(3).

La interacción social juega un papel preponderante en el sano desarrollo emocional y social de todo ser humano. Las normas básicas de comportamiento y convivencia en grupo son de las primeras lecciones que se les inculcan a los niños desde muy temprana edad, basadas principalmente en el respeto y la obediencia. Estas lecciones deben comenzar en el hogar, y en el caso de niños que ingresan a tempranas edades a lugares de cuidado, en las guarderías. Así mismo, en esta etapa del desarrollo se van a establecer normas relacionadas con control de esfínteres, hábitos de higiene y sueño, las cuales permanecerán para toda la vida.

Jugar es importante para los niños. Es la manera como ellos van creciendo. Los juguetes son las herramientas que tienen ellos para jugar y que les permite aprender. Hay diferentes tipos de juego entre los cuales están aquellos que permiten la estimulación física y sensorial, otros favorecen el desarrollo social y emocional, así como el creativo e intelectual. El pediatra cumple un rol importante en la selección del juguete apropiado y debe orientar acerca de la naturaleza del juego y juguetes en el esfuerzo de promover la salud(4,5). El juego es la primera preparación para las actividades mentales complejas, y en esos primeros contactos con los juguetes, en sus primeras investigaciones de actividad combinada, el niño aprende a concentrarse y a alcanzar una meta. En su comportamiento con los juguetes adquiere también sus primeras nociones de orden y cuidado(6).

Por otra parte, la adopción del aspecto lúdico en las situaciones de aprendizaje requiere de la utilización de una pedagogía organizada con base en estrategias didácticas que valoren el placer de jugar y aprender. La práctica pedagógica fundamentada en lo lúdico propicia la interacción social en situaciones diversas para la promoción de los aprendizajes de los niños y niñas. En este sentido, el docente como mediador debe propiciar escenarios de juegos entre grupos que garanticen la interacción entre niños y niñas, la comunicación y expresión oral artística y creativa, en un ambiente de apoyo que propicie la confianza y la creación libre(3).

En esta etapa del aprendizaje, una adecuada estimulación psicomotora nos conducirá claramente a desarrollar destrezas motoras, orientadas al desarrollo de acciones pertinentes(3). La teoría de Piaget afirma que la inteligencia se construye a partir de la actividad motriz de los niños. En los primeros años de vida, la educación del niño es psicomotriz.

Todo, el conocimiento y el aprendizaje, se centra en la acción del niño sobre el medio, los demás y las experiencias, a través de su acción y movimiento; debemos por tanto reconocer la gran interdependencia presente en estos primeros años de la vida, entre los desarrollos motores, afectivos e intelectuales. A través de la psicomotricidad se puede estimular y reeducar los movimientos del niño. La estimulación psicomotriz educativa se dirige a individuos sanos, a través de un trabajo orientado a la actividad motriz y el juego(7).

El realizar un buen trabajo de estimulación psicomotora en los niños durante los 3-4 primeros años de vida, influirá, directamente en una posible especialización deportiva futura, puesto que es durante este tiempo de estimulación y desarrollo psicomotor y predeportivo, que se establecerá el primer contacto del niño con el deporte(8).

2. HÁBITOS

CONDUCTA

Las normas básicas de comportamiento y convivencia en grupo deben ser enseñadas a los niños desde edades tempranas, estas lecciones deben iniciarse en el hogar y en caso de niños que ingresen a guarderías, deberán establecerse las mismas conjuntamente entre padres y cuidadores.

La disciplina impartida debe ser clara, consistente y apropiada a la edad de cada niño.

¿Por qué es tan importante la disciplina?

- El niño necesita tener guías comprensibles para su conducta. Esto le provee habilidades para adquirir auto-control (habilidad que necesitará para el resto de su vida).
- La consistencia es importante. Los niños aprenden lo que es apropiado y aceptado.
- La disciplina impartida en forma equitativa, le anima a ser justo.
- Los niños aprenden a respetar la propiedad, asumen responsabilidad personal y responsabilidad por los otros(9).

El personal de la guardería debe contar con la suficiente preparación para promover el buen comportamiento en los niños a su cuidado, así como frenar conductas indeseadas que atenten contra la buena convivencia del grupo, tales como: pegar, morder, rasguñar, pellizcar...

Para ello se debe:

- Llegar a un acuerdo con los padres para trabajar en una misma línea, tanto en casa como en clase.
- Nunca pegar o morder o pellizcar al niño identificado como agresor. Con ello sólo logrará reforzar la conducta (9).
- Utilizar métodos de extinción, tales como el “tiempo fuera” para erradicar conductas agresivas.

- Reforzar positivamente al niño cuando interactúa de manera apropiada, sin agresión.
- Buscar asesoría profesional si lo necesita o el caso lo amerita.

CONTROL DE ESFÍNTERES

Es un hito en el desarrollo que debe ser alcanzado por el niño en una forma natural, en el momento en que dé signos de estar listo para ello, tales como:

Muestra interés, avisa durante o después del acto, permanece seco por dos horas, indica necesidad de ir al baño.

Para lograrlo en forma exitosa se debe asegurarse que el niño presenta ciertos signos de “madurez” considerados como requisitos para iniciar un entrenamiento para controlar esfínteres:

- Lenguaje: capaz de entender y seguir orden compleja; compone frases con dos palabras.
- Desarrollo intelectual: imita las acciones de los adultos, comprende causa y efecto.
- Madurez emocional: quiere agradar a sus padres y/o cuidadores, superó la etapa de negativismo y resistencia.
- Muestra cierta autonomía e independencia.
- Habilidad motora: deambular, sentarse tranquilo, quitarse los pantalones, “se aguanta” un poco.

Coincidentalmente, estas habilidades mencionadas anteriormente se alcanzan alrededor de los dos años de edad(10).

Recomendaciones para iniciar un entrenamiento para controlar esfínteres:

- Coloque una bacinilla en un lugar conveniente para el niño.
- Déjelo sentarse en el vasito vestido, mientras usted le explica para qué se usa.
- Una vez que el niño puede sentarse solo, trate de probar quitándole el pañal. Comience a hacerle una rutina para “practicar”, preferiblemente después de las comidas.
- Cambie el pañal mientras está sentado en la bacinilla y descarte su contenido dentro.
- Déjelo jugar alrededor de la bacinilla sin pañales y recuérdelo usarla cuando necesite ir al baño.
- Refuércelo positivamente. No demuestre decepción.
- Si el niño prefiere la poceta y no la bacinilla, recuerde colocarle un banquito para facilitarle subirse y bajarse a libertad, y un adaptador para evitar caídas dentro de la poceta(11).

Recordar:

Tratar de entrenar a un niño que aún no se encuentra “listo” puede llegar a ser inútil; un proceso que podría llevarse semanas, puede prolongarse durante meses hasta años

si no se espera el momento apropiado.

Un niño forzado a complacer u obedecer, puede experimentar un sentimiento de falla o derrota.

HIGIENE

Cuando se trata de lavarse las manos, los expertos coinciden en que lavarse las manos es la intervención más importante que se puede hacer para prevenir la propagación de enfermedades infecciosas. De hecho, un lavado de manos rutinario, al menos cuatro veces al día, puede reducir la propagación en un 50%(9,12).

Se les puede enseñar a los niños tanto en casa como en la guardería a seguir estos pasos sencillos a la hora de lavarse las manos:

- Mojarse las manos con agua antes de agarrar el jabón.
- Frotarse las manos con el jabón, bien sea en barra o líquido, hasta formar una capa espumosa, manteniendo las manos lejos del agua.
- Lavar el dorso y la palma de las manos, entre los dedos y debajo de las uñas. Continuar frotando por lo menos durante 15 segundos.

Tips para llevar el tiempo de lavado:

- Anime al niño a cantar alguna canción sobre el tema mientras lo hace o un “Cumpleaños feliz”, lentamente, puede repetirla dos veces; también puede contar lentamente hasta 15.
- Enjuagarse bien las manos bajo el agua.
- Secárselas con una toalla seca y limpia, o con un secador de aire.

Los productos de limpieza tales como gel antibacteriales y las toallitas húmedas pueden ser alternativas válidas en caso de no contar con agua y jabón.

Todo el personal a cargo de niños debería lavarse las manos:

- Al llegar a la guardería
- Si trabaja en diferentes grupos: cuando se cambia de uno a otro grupo

Antes y después de:

- Comer, manipular alimentos, o darle de comer a un niño
- Dar un medicamento
- Jugar en agua (piscinas, piletas,...)

Después de:

- Cambiar pañales
- Ir al baño o de ayudar a un niño a ir al baño
- Manipular fluidos corporales (moco, sangre, vómito)

- Manipular alimentos crudos, especialmente carne o pollo.
- Tocar mascotas u otros animales.
- Limpiar o botar desechos y/o basura.

SUEÑO

La mayoría de los niños sigue durmiendo siesta hasta los tres años de edad.

Entre los cuatro a doce meses pueden dormir al menos dos siestas diarias, una en la mañana y otra en la tarde, de una a tres horas cada una.

Después del año de edad se limitan a una siesta al día, generalmente en horas de la tarde, después del almuerzo. El tiempo de la misma varía, cada vez se hace mas corto (algunas veces son algunos minutos) por su creciente interés en explorar y jugar (13,14).

Lo importante es mantener una rutina a la hora de dormir. Esto es clave para los niños; es lo que les anuncia que ya llegó la hora de descansar y acostarse. Esto significa que se debe repetir la misma secuencia de actividades todos los días antes de llevar al niño a la cama. Los pequeños se sienten reconfortados con las rutinas y les hace sentirse seguros una vez que pueden anticipar lo que viene(14,15).

En el caso de bebés menores de 6 meses de edad, la tarea se hace más fácil, ya que por lo general duermen después de cada comida.

Se recomienda:

- Actividades que preceden la siesta deben ser relajantes: música suave, lectura de un cuento,...
- Disminuir estímulos previos a colocarlos a dormir. Evitar uso de televisión, películas, videos etc.... Lejos de calmarlos, puede excitarlos y entorpecer la rutina del sueño.
- Colocar al niño a dormir estando “despierto”.
- En cuna, boca arriba, en el caso de menores de seis meses de edad. En colchoneta individual en el caso de mayores de un año (14).
- Uso de “objeto de transición” para acompañarlos, especialmente en edades en que se sospecha puedan tener “ansiedad a la separación” (entre seis meses y tres años de edad): peluche, muñeca, chupón, pañito, etc.(15).
- En caso de resistencia, acompañarlos y darles seguridad.

3. JUEGOS

El juego: trabajo y aprendizaje.

El juego es la actividad primordial de la niñez, a la vez espontánea, placentera, creativa y elaboradora de situaciones. Es un lenguaje, una de las principales formas de relación del niño consigo mismo, con los demás y con los objetos del mundo que lo rodea(16,17).

El juego permite el desarrollo social, emocional, intelectual y físico del niño.

En lo social le permite compartir situaciones, materiales y proyectos, formar hábitos de orden y cuidado del material. En lo emocional el niño puede dentro del juego respetar y valorar el trabajo propio y ajeno, aprender a elegir de acuerdo con sus intereses y desarrollar un sentido de responsabilidad creciente, sensibilizarse estéticamente y adoptar una actitud más independiente del adulto. En lo intelectual puede explorar, experimentar, investigar, organizar la realidad y adquirir las bases para el aprendizaje formal(18,19). En lo físico el niño puede desarrollar la psicomotricidad, adquirir y ejercitar habilidades manuales y lograr un buen manejo de su cuerpo en el espacio(17).

Es importante tomar en cuenta las etapas de la evolución del niño en el plano psicomotor y afectivo, a fin de elegir los juegos que corresponden a sus necesidades y sentimientos. Efectivamente, un juego demasiado complicado cansa al niño, ya que tropieza con una imposibilidad física de utilización; un juego demasiado fácil, mantiene al niño en un estado de saturación y de inercia, y en conductas estereotipadas(6).

Tipos de juego

Los niños pequeños crean experiencias de aprendizaje a través de cuatro tipos principales de juego, de acuerdo a David Elkind en su libro *The Power of Play* (6):

- **Juego de habilidad:** Hace posible que los niños construyan conceptos y adquieran destrezas.
Juego: El niño golpea la silla con todos los objetos que encuentra; así aprende que diferentes objetos hacen ruidos distintos. Unos meses más tarde, el niño ya no golpeará los objetos, sino que los examinará detenidamente para descubrir características del objeto que no había explorado antes.
- **Juego innovador:** El niño ha conseguido dominar conceptos y destrezas a fuerza de repetirlos e introduce variaciones de los mismos.
Juego: El niño sube y baja por un tobogán. Una vez que lo domine, introducirá cambios; escalará el tobogán, en vez de subir por las escaleras, o bajará deslizándose boca abajo. El niño pequeño introducirá cambios, así como el niño mayor aprenderá a montar en bicicleta y enseguida empezará a experimentar a hacerlo con una sola mano o con una sola rueda.
- **Juego de parentesco:** Inicia al niño en el mundo de las relaciones con sus compañeros.
Juego: Los niños de la misma edad y tamaño se atraen por naturaleza.

Los niños que no se conocen se comunican a través de juegos que ellos mismos inician. Estos juegos son divertidos, ya que los niños se encuentran en el mismo nivel de habilidad, y porque es una relación de autoridad mutua (en vez de

autoridad unilateral como pasa con los adultos).

Los juegos de parentesco son una iniciación del aprendizaje social y las actividades de cooperación. En los juegos de parentesco, los niños descubren un sentimiento de mutua- lidad que ampliarán en todas las relaciones futuras con sus compañeros.

- **Juego terapéutico:** Ofrece estrategias para poder hacer frente a circunstancias estresantes de la vida.
Juego: Cuando la mamá de un niño pequeño desaparece de su vista, el niño teme que no vaya a regresar. Jugar al escondite ayuda a los niños a hacer frente a esta preocupación. Es posible que el niño se tape la cara con un babero y después se la destape gritando entusiasmado. Repitiendo la desaparición y el regreso en condiciones que están bajo su control, el niño aprende a superar la ansiedad producida por la separación(16,20).

Juguetes

Son herramientas para aprender.

El juguete es un medio para enriquecer las percepciones del niño, permitiendo que se desarrollen el conocimiento de las formas, de los colores. A través de los juguetes, los niños aprenden de su mundo, de ellos y de los otros. Escoger los juguetes que les interesen, así como favorecer su aprendizaje puede convertir sus primeros años en enriquecedores.

Los juguetes pueden enseñar a los niños a:

- Aprender como funcionan las cosas.
- Tener nuevas ideas.
- Construir y fortalecer los músculos.
- Utilizar la imaginación.
- Resolver problemas.
- Aprender a cooperar con los demás.

En las guarderías debe haber varios juguetes del mismo tipo para evitar conflictos.

Los buenos juguetes no son necesariamente caros, tampoco necesitan muchos de ellos.

Los juguetes que se pueden escoger son:

- Aquellos juguetes que pueden tomar con las manos, permitan desarrollar la coordinación oculomanual y ver como funcionan y posteriormente en resolver problemas.
- Los libros y discos pueden ayudar a apreciar las palabras, la literatura y la música.
- Uso de materiales de arte favorece la creatividad y la belleza por la vida.
- Algunos juguetes tan duros como los bloques de madera pueden enseñar acerca de geometría, gravedad, formas y equilibrio.
- Juguetes de construcción ayudan a fortalecer los

músculos y a crear nuevas ideas.

- Instrumentos musicales y materiales de experimentos como arena, agua, ayudan a desarrollar los sentidos.
- Los equipos de juego activos contribuyen al desarrollo físico.
- Los juguetes como muñecas, animales de peluche y figuras dramáticas pueden brindar la oportunidad de desarrollar nuevas conductas y usar la imaginación.

Los cuidadores deben involucrarse en el juego, y un buen juguete es aquél que es provocativo y de interés para el niño, adecuado para sus capacidades físicas, apropiado para su desarrollo mental y emocional, puede ser utilizado por grupos de niños, y de calidad: bien construido, duradero, y seguro para las edades de los niños del grupo; Asimismo, recordar que el juguete no sustituye la atención, el calor y el amor en la relación interpersonal con el niño que favorece el desarrollo de su autoestima. Los juguetes pueden favorecer el desarrollo de las relaciones en el mutuo disfrute de los nuevos descubrimientos del niño(6,16,17,19, 20,21).

Organización de los juegos

En las guarderías, no sólo basta darles los juguetes a los niños. Hay que organizarles sus actividades, para lo cual hay que evitar la monotonía de las rutinas, evitar a los niños las horas vacías(16).

Las actividades de juego dejan a los niños un amplio margen de iniciativa de iniciativa y de libertad; sin embargo, deben ser dirigidas, ya que corresponde al adulto o cuidador intervenir para aportar al juego, elementos de nueva inspiración a fin de diversificarlo e impedir que degeneren en conflictos entre niños(18).

Las guarderías deben inculcar en su personal la observación de las particularidades individuales y los intereses de los niños en situaciones de juego, para ayudarlos a elegir juegos y juguetes adecuados para su edad. Deben esforzarse en regular la sucesión de las actividades, a fin de regular el deterioro demasiado rápido de los juegos y se ocuparán de forma más individualizada de los niños que se fatigan más o demasiado excitables a fin de evitar los conflictos, e inculcar en los niños algunas reglas de conducta de grupo para conseguir relaciones positivas entre ellos(18).

La cuidadora no debe elegir por el niño. No debe armar los grupos de juego. No debe obligar a jugar o permanecer en el lugar elegido si no lo desean. No debe imponer compañeros de juego. Es de esperar que cree un clima placentero y tranquilo sin imposiciones ni ansiedad(17).

Se recomienda que la sala para juegos / aula tendrá una superficie mínima de 30 m², con un aforo de 2 m² por cada niño y patio de juegos con una superficie que, en ningún caso, podrá ser inferior a 75 metros cuadrados (22).

Seguridad en el juego y los juguetes

Aun cuando es un punto que se considerará en otra mesa de trabajo, puntualizaremos algunos aspectos importantes.

Las áreas de juego deben estar protegidas, deben tener superficies que pueden amortiguar el impacto de una caída, no deben tener bordes cortantes y deben ser de material lavable, no tóxico.

Los niños exploran el ambiente con la boca, por lo cual ellos pueden tener el riesgo de asfixiarse con piezas pequeñas de juguetes (1, 6, 20,23).

Para todas las edades se deben tomar las siguientes precauciones:

1. Juegos eléctricos sin riesgos térmicos ni de shock.
2. Pintura de juguetes con plomo severamente limitado.
3. Sin materiales tóxicos.
4. Materiales de arte utilizados en niños por debajo de los 12 meses, no deben tener ningún riesgo.
5. Las bombas de látex, juguetes y juegos que contienen bombas de látex deben tener una advertencia de riesgo de sofocación.

Por debajo de 3 años, los juguetes, deben ser irrompibles y no deben contener pequeñas partes. De 3 a 6 años, aquéllos que contengan pequeñas partes deben tener una advertencia del riesgo de sofocación en niños pequeños. Se debe tener precaución con las metras, sobre todo en los más pequeños y en la mayor una señal de advertencia(1,20,23).

4. DEPORTES

El deporte puede considerarse como una manifestación cultural de gran relevancia para las sociedades. Puede tener diferentes funciones y practicarse bajo diferentes formas. Ya en el siglo XIX se vio la necesidad de integrarlo en la educación del individuo como una de las actividades formativas (24).

La Real Academia de la Lengua Española define deporte como “Actividad física, ejercida como juego o competición, cuya práctica supone entrenamiento y sujeción a normas.”, pero si profundizamos y tratamos de abarcar todos los aspectos, el concepto de DEPORTE se amplía y tenemos una nueva definición “Cualquier movimiento, conjunto de movimientos o pensamiento que se realizan con el objetivo de ganar ya sea a uno mismo, a una máquina o una o más personas, de proporcionar alegría, entrenamiento o diversión, así como cualquier actividad física o mental que tenga como objetivo mejorar la salud, que requiera de entrenamiento y de unas normas”, este último concepto incluiría desde los deportes mentales (ajedrez) hasta los deportes en equipo, desgaste físico, combate y competencia(25).

El concepto de deporte está integrado por los siguientes elementos(26).

- Situación motriz: realización de una actividad dependiente de una acción y del movimiento.
- Juego: participación voluntaria con propósitos de recreación y con finalidad en sí misma.

- Competición: deseo de superación, de progreso, de rendimiento elevado, bien para vencerse a sí mismo o al contrario.
- Reglas: que definan las características de la actividad y de su desarrollo.
- Institucionalización: se requiere conocimiento y control por parte de una instancia o institución, generalmente denominada federación, que rige el desarrollo y fija los reglamentos del juego.

4.1 CLASIFICACIÓN DE LOS DEPORTES(26)

Revisando la diferente bibliografía encontramos diversidad de clasificaciones:

Matveyev, L.P., utiliza un criterio basado en el tipo de esfuerzo físico requerido por cada deporte

- 1- Deportes acíclicos: Son aquéllos en los que predominan la fuerza veloz y los esfuerzos de intensidad máxima. Saltos, lanzamientos, levantamientos y velocidad.
- 2- Deportes con predominio de la resistencia: Movimientos de intensidad submáxima (medio fondo, natación 100 y 400m) y movimientos de intensidad superior y media (5000m o más, natación 800 y 1500m)

3- Deportes de equipo:

- Deportes de considerable intensidad.
- Deportes de considerable duración con pocas interrupciones.
- Deportes de combate.
- Deportes complejos y pruebas múltiples.

Bouchard, realiza una clasificación del deporte atendiendo a tres categorías:

- Deportes colectivos: donde debe existir al menos dos equipos de dos jugadores.
- Deportes individuales: donde un solo jugador se halla implicado.
- Deportes de lucha o combate

Sánchez Bañuelos, F., distingue:

- Deportes Básicos: Se encuentran más relacionados con las habilidades y destrezas básicas (atletismo, natación, gimnasia deportiva,...)
- Deportes Complejos: Se desarrollan en entornos cambiantes, la realización de los mismos está sujeta a un proceso de ejecución constantemente mediado por factores externos y, en donde el control del movimiento es de regulación externa.

Estos deportes tienen un marcado carácter de competencia, con un adversario (a nivel individual) o colectivo (deportes de equipo); ej.: tenis, bádminton, boxeo, fútbol, baloncesto,... etc.

4.2 INICIACIÓN DEPORTIVA

El concepto de deporte carece de significación antes de los 9 años, antes de esta edad lo que se realiza es una iniciación deportiva, que constituye el período en que el niño

comienza a aprender de forma específica la práctica de uno o varios deportes, y a dominar y comprender sus reglas. Este proceso de conocimiento progresivo de una o varias prácticas deportivas aumenta el dominio de las habilidades y destrezas personales(27,28).

La iniciación deportiva sirve, entre otras cosas, para trabajar conceptos básicos en la formación de la personalidad, como la importancia de la integración en el deporte en equipo y la lucha en común por conseguir objetivos en grupo y para el grupo(24).

Los niños en edad preescolar pueden y deben practicar deportes, pero lo harán como una iniciación, debido a que sus habilidades psíquicas y físicas aún no están lo suficientemente formadas para la práctica de deportes organizados. A esta edad, colocar al niño para que practique un deporte será beneficioso, pero debe hacerlo a manera de juego y no como una disciplina propiamente dicha; para ellos es un proceso complicado recibir instrucciones, entenderlas y luego hacer lo correcto.

4.3 PSICOMOTRICIDAD

La psicomotricidad es la acción del sistema nervioso central que crea una conciencia en el ser humano sobre los movimientos que realiza a través de los patrones motores, como la velocidad, el espacio y el tiempo(7).

En otras palabras, en la acción del niño se articulan afectividad, deseos y posibilidades de comunicación y concepción.

Es importante la realización de un trabajo de psicomotricidad y predeportivo, con los niños durante los 3 – 4 primeros años, esto constituye el primer contacto del niño con el deporte(8).

4.4 JUEGOS PRE-DEPORTIVOS

Los juegos predeportivos trabajarán, principalmente los siguientes puntos (8):

- 1- Desarrollo de las habilidades y destrezas básicas:
 - Realizando desplazamientos de todo tipo (para atrás, a cuatro patas, de cuclillas, agarrados al compañero, con pelotas a la pata coja, por encima de colchonetas, por encima de bancos etc.), reptaciones.
 - Transportar objetos (pelotas, aros, conos...) con una mano, con las dos, en la barriga, en la espalda, con los ojos cerrados, etc.
 - Manejar objetos (grandes, pequeños, con compañeros etc.).
 - Realizar trepas (por espalderas, colchonetas inclinadas...).
 - Saltos (con una pierna, con las dos, hacia adelante, a un lado, en zigzag...),
 - Realizar giros (sobre el eje vertical, sobre el eje horizontal, con pelotas).

2- Trabajo de las cualidades perceptivas: percibir objetos estáticos, en movimiento. el niño en movimiento y el objeto también, apreciación de trayectorias.

3- Trabajo de situaciones de equilibrio: dinámico, estático y desequilibrio.

4- Trabajo del sentido del ritmo: controlar las situaciones de aceleración y desaceleración, coordinar la percepción.

CAPACIDAD / EDAD	3	4	5	6	7	8
APRENDIZAJE MOTOR	X	Xx	xxx	xxx	xxx	xxx
VELOCIDAD DE REACCIÓN				x	xx	xxx
ORIENTACIÓN ESPACIAL	X	Xx	xxx	xxx	xxx	xxx
RITMO	X	Xx	xxx	xxx	xxx	xxx
EQUILIBRIO	X	Xx	xx	xxx	xxx	xxx
VELOCIDAD				x	xx	xx
RESISTENCIA AERÓBICA					x	x
RESISTENCIA ANAERÓBICA						x
FUERZA						x
FLEXIBILIDAD	Xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx

En la tabla anterior se muestra una serie de capacidades relacionadas con la edad. Las “x” nos informan cuando se debe incidir más en el trabajo de una cualidad para aprovechar al máximo su desarrollo(8).

4.4.1. OBJETIVOS DE LOS JUEGOS PREDEPORTIVOS(8)

Objetivos psico-motores

- Trabajar la motricidad general.
- Adquirir patrones motrices básicos de elementos técnicos ofensivos y defensivos sencillos de los distintos deportes.
- Adquirir patrones motores básicos de elementos tácticos ofensivos y defensivos.
- Coordinar movimientos básicos (correr, saltar, trepar, caminar...) con las habilidades y destrezas motrices (manejo de objetos, golpesos, lanzamientos...).
- Desarrollar las capacidades perceptivo-motrices, así, como la estructuración espacio-temporal.
- Realizar todo tipo de desplazamientos, pases, manipulaciones y adaptar, manejar, lanzar, golpear, recepcionar e interceptar objetos y móviles.
- Potenciar la bilateralidad, y la independencia de los distintos segmentos corporales: cabeza, extremidades, tronco.
- Desarrollar el equilibrio; tanto estático como dinámico, y la actitud postural.

Objetivos socio-afectivos

- Fomentar la relación y la comunicación interpersonal de los niños.
- Desarrollar la expresión (verbal, gestual, corporal) como medio de autoconocimiento y de relación, mediante la realización de juegos de expresión.
- Aceptar las normas establecidas en los juegos.
- Sentir atracción por el deporte.
- Participar e integrarse en un grupo.

Se aconseja comenzar a desarrollar en el niño su movimiento, coordinación y psicomotricidad cuanto antes, porque cuando antes lo hagan, más fácilmente aprenderán y más rápidamente dominarán los movimientos básicos. El niño conseguirá moverse con más soltura, caminar con más gracia, correr más rápido, saltar más alto y además le permitirá aprender deportes más complejos(24).

4.5 BENEFICIOS DE LOS DEPORTES

Los beneficios que le ofrece a un niño el practicar un deporte son numerosos, entre ellos están (30):

- Ingresa el niño en la sociedad
- Le enseña a seguir reglas
- Le ayuda a superar la timidez
- Frena sus impulsos excesivos
- Le hará más colaborador y menos individual
- Le hará reconocer y respetar que existe alguien que sabe más que él
- Produce un aumento generalizado del movimiento coordinado
- Expansiona sus posibilidades motoras
- Aumenta su crecimiento
- Puede corregir posibles defectos físicos
- Potencia la creación y regularización de hábitos
- Desarrolla su placer por el movimiento
- Estimula la higiene y la salud
- Le enseña a tener responsabilidades

Existen una serie de parámetros que conducen a un perfil de talento deportivo, estos, pueden ser (31):

- Influencia genética: porcentaje de fibras rápidas o lentas, actividad enzimática muscular, medidas antropométricas ideales para cada deporte, etc.
- Maduración biológica frente a la edad cronológica. Un niño que presenta un desarrollo morfológico destacado para su edad, tendrá más facilidad para soportar cargas de entrenamientos, prevenir lesiones, etc.
- Carácter del proceso de enseñanza - aprendizaje adquirido por el deportista: influirá mucho el método utilizado por el profesional o educador para enseñar las conductas motrices.
- Factores psicológicos: ansiedad, capacidad de

- sufrimiento, estrés, nerviosismo, personalidad, etc.
- Entorno del niño: tanto a nivel demográfico (si está en el medio rural o en la ciudad, si tiene posibilidades al acceso de unas buenas instalaciones, un buen entrenador, atención médica, tiempo libre, etc.), como a nivel familiar (apoyo familiar), escuela (hábitos deportivos, etc.) y amigos (apoyo, compañerismo, comunicación, etc.)

El deporte contribuye al desarrollo infantil, tanto en el aspecto físico como en el de la educación, pero siempre evitando las lesiones causadas por un entrenamiento excesivo. También se debe evitar el llamado Síndrome de Saturación Deportiva que puede acarrear el abandono precoz del deporte (29, 30).

Es recomendable que las sesiones deportivas no duren más de 45 minutos debido a la edad del niño, que aún no puede tener largos periodos de atención. Si el niño aún no está preparado para participar en deportes en grupo (fútbol, baloncesto, voleibol, etc.), se puede optar por los deportes individuales como la natación, gimnasia, tenis o las artes marciales.

No se puede precisar el momento adecuado para empezar con el deporte. Es aconsejable, en el caso de niños muy pequeños, que hagan primero clases de psicomotricidad para que vayan desarrollando esas capacidades (31).

Antes de elegir algún deporte es importante consultar al pediatra sobre qué deporte convendría mejor a las características físicas y psicológicas del niño. Debe comprobarse que el niño tenga el esquema completo de vacunas correspondiente a cada edad y obtener un certificado médico de aptitud para realizar determinado deporte (31).

REFERENCIAS:

1. Day Care Safety Guide. The essentials of Child Safety. CSN Daycare Furniture. www.csndaycarefurniture.com/asp/show_content.asp
2. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Gaceta oficial N° 5453 Extraordinaria del 24 de marzo del 2.000. Caracas . Venezuela
3. Proyecto Simoncito: Educación inicial de calidad política de atención integral para los niños y niñas entre 0 y 6 años. Educere, marzo 2007, Vol. 11, N° 36, p 156-167
4. Lagoni, L. S., Martin, D. H., Maslin-Cole, C., Cook, A., MacIsaac, K., Parrill, G., Bigner, J., Coker, E., & Sheie, S. (1989). Good times with toys. In *Good times with child care* (pp. 193-205). Fort Collins, CO: Colorado State University Cooperative Extension. Disponible en www.nncc.org/Series/good.time.
5. Committe on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care. Selecting appropriate toys for young children: The pediatrician's role. AAP News Vo.13 No.3 March 1997, p.25. Disponible en www.aap.org
6. Los Cuatro Tipos de juegos. Adaptado del libro The Power of Play de David Elkind. Los niños pequeños crean experiencias ... 2008 American Camp Association, Inc www.campparents.org/spa/experto/tipos_de_juego.php -
7. LA PSICOMOTRICIDAD INFANTIL <http://www.guiainfantil.com/servicios/psicomotricidad/index.htm>.
8. Psicomotricidad Infantil: el deporte en edad preescolar. 23 de junio 2005 (fecha de acceso 26 de diciembre de 2007); disponible en www.wikilearning.com
9. National Resource Center for Health and Safety in Chile Care and Early Education. <http://nrc.uchsc.edu/CFOC/index.html> (consultado 9-1-2008)
10. S.Parker, B. Zuckerman. Behavioral and Developmental Pediatrics, A Handbook for Primary Care. Little, Brown and co..1995.
11. V. Lansky. Toilet Training, A Practical Guide to Daytime and Nighttime Training. Bantam Books.
12. American Academy of Pediatrics www.aap.org (consultado: 9-1-2008)
13. National Center for Infants Toddlers and Families www.zerotothree.org (consultado: 9-1-2008)
14. American Academy of Pediatrics. Caring for your Baby and Young Child, birth to age 5. The Complete and Authorative Guide. Bantam Paperback edition.1994
15. T.Berry Brazelton, MD. Touchpoints. The Essential Reference. Your Child's Emotional and Behavioral Development. A Merloyd Lawrence Book. Addison-Wesley pub. Co.1994
16. Lezime I. Psicopedagogía de la Primera edad. Primera Edición. Presses Universitaires de France. Editorial Planeta, S.A. p.109-27.
17. Hilares Soria Salome. El Juego Trabajo en el Nivel de Educación Inicial. www.educacioninicial.com/ei/contenidos/00/1300/1349.ASP
18. McCracken, J.B., ed., 1987. "Play is FUN-damental." Washington, DC: NAEYC #576. Toys: Tools for Learning <http://naeyc.org/naeyc/> . www.kidsource.com/kid-source/content3/toys.p.t.2.html
19. Kenneth R. Ginsburg, MD, MSEd, and the Committee on Communications and the Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The Importance of Play in Promoting Healthy Child Development and Maintaining Strong Parent-Child Bonds PEDIATRICS Volume 119, Number 1, January 2007
20. Which Toy for Which Child Ages Birth Through Five. U.S. Consumer Product Safety Commission., Washington, D.C. 20207. Disponible en www.cpsc.gov/cpsc/pub/pubs/285.pdf
21. OSASUN E. KONTSUMOA S. Normas higiénico-sanitarias de Guarderías-Escuelas infantiles. Revisión 10/2006 IA y RA. SANIDAD AMBIENTAL E HIGIENE URBANA. Disponible en www.bilbao.net/castella/salud_consumo/normativa/normativas_sanitarias/guarderias.pdf -
22. Smith Ch. Toy Safety. National Network Service Children Youth and family Educational Research Network Care. 1987. Disponible en www.nncc.org
23. El Deporte en la infancia. Ministerio de educación y ciencia. Centro Nacional de información y comunicación educativa . webmaster@cnice.mec.es . http://w3.cnice.mec.es/recursos2/e_padres/html/deporte_in

- fancia.htm.
24. Concepto de deporte: Concepto científico lingüístico de la palabra deporte (fecha de acceso 20 de diciembre de 2007); disponible en www.wikipedia.com
 25. El Deporte Escolar. Mayo 2004 (fecha de acceso 12 de enero 2008); disponible en www.efdeportes.com
 26. La Iniciación Deportiva en la Infancia (fecha de acceso 20 de diciembre de 2007); disponible en www.teleformacion.eduaytolacoruna.es
 27. Deporte Infantil. Educación Física. (fecha de acceso 20 de diciembre de 2007); disponible en www.teleformacion.eduaytolacoruna.es
 28. El deporte en las diferentes edades (fecha de acceso 30 de diciembre de 2007); disponible en www.wikilearning.com
 29. El deporte en la infancia y la adolescencia. 1 de diciembre de 2007 (fecha de acceso 29 de diciembre de 2007); disponible en www.fitness.point.com
 30. Deporte y edad. 1 de diciembre de 2007 (fecha de acceso 3 de enero de 2008); disponible en www.fitness.virtualmedia.es
 31. DEPORTE E INFANCIA. <http://WWW.educacioninfantil.com/modules.php>
<http://www.guiainfantil.com.servicios/Deportes/ingreso.htm>

VACUNAS Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS

COORDINADORA: Dra. Marinés Vancampenhoud

INTEGRANTES: Dra. Angela Troncone, Dra. María Alejandra Rosas, Dr. Marco Torres Espina, Dra. Aracelys Valera

RESISTENCIA

En la actualidad debido al cambio de paradigmas que incorpora a la mujer al campo laboral, aunado a la poca disponibilidad de parientes que puedan atender o cuidar a un niño, ha traído como consecuencia un incremento importante en el número de niños que ingresan a las guarderías en los primeros años de vida, aportando éstas una serie de beneficios (socialización, adaptación a normas, aprender a compartir, entre otras). Sin embargo, las guarderías presentan algunas características que las convierten en lugares «ideales» para la adquisición y transmisión de enfermedades infecciosas ya que favorecen la exposición temprana y constante a diversos agentes infecciosos que aumentan las probabilidades de sufrir infecciones a repetición.

Cada niño y trabajador de las guarderías traen desde su entorno doméstico virus, parásitos, hongos y bacterias que comparten con el resto de personas ubicadas en la misma área física. Además, la presencia de niños incontinentes, que necesitan el cambio de pañales, la ausencia de hábitos higiénicos, por el mero hecho de que la edad impide que ellos comprendan el peligro de compartir objetos o juguetes contaminados con secreciones, la preparación no siempre adecuada de los alimentos y una relación cuidador-niño, en ocasiones no muy favorable, constituyen elementos que hacen de la guardería un espacio en el cual el niño esté expuesto a un ambiente polimicrobiano. El período de contagio empieza, en muchos casos, días antes del primer síntoma, por lo que la exclusión no supone muchas veces una medida muy eficaz para interrumpir el contagio(1).

Las guarderías en su gran mayoría son espacios de pequeñas dimensiones, en ambientes cerrados, con una inadecuada circulación del aire, lo que condiciona que los microorganismos patógenos presentes en algún momento, tanto en el personal que labora como en los niños, se diseminen de una manera rápida, afectando diferentes órganos y sistemas (respiratorio, gastrointestinal y piel, entre otros).

Epidemiología de las enfermedades infecciosas en guarderías:

En Venezuela, un estudio realizado para determinar el estado de portadores orofaríngeos de *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) y no tipificable en niños cuidados en guardería o en el hogar, vacunados o no con vacuna Hib (PRP/T), demostró que el porcentaje de portadores faríngeos de Hib en los niños no vacunados y cuidados en el hogar, es seme-

jante al observado en los países industrializados en la era prevacuna; sin embargo, la asistencia a guardería aumentó significativamente el riesgo del estado de portador(2).

En un estudio realizado en Colombia para determinar la frecuencia de *Cryptosporidium spp* en materia fecal de niños entre 1 mes y 12 años, se aisló dicho protozooario en un 46.8% del total estudiado, aumentando su prevalencia en relación directa a la edad y entre quienes asistían a guarderías(3).

En La Habana, en un estudio para determinar los factores de riesgo de la infección por *Giardia lamblia* en niños que asisten a guarderías, se evidenció un mayor índice de infecciones intestinales por este patógeno en aquellos sitios con una menor frecuencia del hábito de hervir el agua de consumo e inadecuado lavado de los vegetales. Estos resultados demuestran el papel del agua como vehículo de transmisión en la giardiasis y la importancia de algunos factores epidemiológicos(4).

Así mismo, en Chile se realizó un estudio en niños que asisten a guardería para determinar los eventos respiratorios en 90 niños: 75 (37,1%) en 30 lactantes y 127 (62,8%) en 60 preescolares. Hubo 61,3% de infecciones respiratorias bajas en lactantes versus 39,4% en pre-escolares ($p < 0,002$). Existió indicación de antimicrobianos en 42,6% de las consultas(5).

En un estudio realizado en un Centro de Desarrollo Infantil de México se determinaron, 256 eventos de infección respiratoria Aguda (246 fueron representadas por rino-faringitis, 9 otitis media aguda, y 3 bronquitis); se demostró una alta prevalencia de colonización por cepas invasivas (*Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*) así como una tasa de incidencia de infecciones respiratorias agudas del doble de lo reportado en estudios hechos en la comunidad para el mismo grupo de edad(6).

En España se presenta el estudio de 5 brotes de tuberculosis, y su estudio convencional de contactos, ocurridos en 2 guarderías y 2 institutos de enseñanza media entre 1998 y 2005. Los contactos se estratificaron según el grado de convivencia, siguiendo el sistema de círculos concéntricos. Se identificaron los perfiles genéticos (RFLP –polimorfismo de longitud de los fragmentos de restricción–IS6110) de las cepas disponibles y se cotejaron los resultados con el estudio de contactos para interpretar la transmisión(7).

Los mecanismos de transmisión dependerán del modo de diseminación, de la supervivencia del agente infeccioso en el

ambiente, de la inmunidad al patógeno, y de tener un esquema de inmunizaciones (vacunas) adecuado o no al momento del ingreso del niño a la guardería (8). Las infecciones se pueden transmitir por:

1) Vía respiratoria: a través de la tos o estornudos los agentes infecciosos son expulsados al ambiente y luego aspirados por otros niños y/o cuidadores. Ésta es la forma de contagio más difícil de controlar, pudiendo transmitirse Virus respiratorios (Influenza, Parainfluenza, Sincitial respiratorio, Rinovirus), enterales (Rotavirus, Adenovirus, Coronavirus, Enterovirus), y otros (Sarampión, Rubéola, Parotiditis, Parvovirus B19, Varicela, Epstein Barr, Citomegalovirus); bacterias (*Haemophilus influenzae*, *N.meningitidis*, *S. pneumoniae*, *S.pyogenes*, *B. pertussis*, *M. tuberculosis*, *M. catharralis* y *C. pneumoniae* y *M. pneumoniae*) y parásitos (*Oxiuros*).

2) Vía fecal-oral: los agentes infecciosos se eliminan por las heces y el contagio ocurre al ingerirlo a través de las manos, objetos (juguetes), agua y alimentos contaminados. Esta forma de transmisión es particularmente frecuente en menores de tres años, debido a la incontinencia de esfínteres y a la inadecuada manipulación de las excretas por parte de los cuidadores. De esta forma se pueden transmitir los siguientes virus (*Astrovirus*, *Calicivirus*, *Adenovirus*, *Enterovirus*, *Virus de la Hepatitis A*, *Rotavirus*); Patógenos entéricos bacterianos (*E.coli*, *Shigella spp*, *Salmonella spp*, *Campylobacter yeyuni*, *Yersinia enterocolitica*, *Clostridium difficile*, *Helicobacter pylori*); y parásitos (*Cryptosporidium parvum*, *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*, *Blastocystis hominis*).

3) Contacto con la piel: pudiendo ser de persona a persona (directo) o a través de objetos que actúen como vehículo (indirecto). Se transmiten por esta vía algunos virus (Herpes simple, Varicela, Molusco contagioso); bacterias (Streptococo del grupo A, *Stafilococcus aureus*); hongos (*Tiña capitis*, *Tiña corporis*) y ectoparásitos (Pediculosis o piojos) y *Sarcoptes scabiei* (sarna).

4) Contacto con líquidos orgánicos (sangre, orina, saliva): a través de la exposición posterior a mordeduras, raspaduras y contacto con secreciones (saliva y orina). Se pueden transmitir Virus (Hepatitis B, Citomegalovirus, Virus Epstein Barr, Herpes simple). El Virus de la Inmunodeficiencia Humana puede transmitirse sólo por contacto directo y estrecho con sangre de la persona enferma con piel no indemne o mucosas.

Vehículos para la transmisión:

Las manos contaminadas de los niños y del personal, los juguetes, los lavamanos y áreas de cambio de pañal y lugares húmedos, los pañales, sillas, pisos, juguetes, ventanas, andaderas, gabinetes, puertas, cunas y grifos entre otros(9-10).

Enfermedades infecciosas en guardería:

Más frecuentes:

- **Respiratorias(11-12):**
 - a-Tracto respiratorio superior: conjuntivitis, catarro común, sinusitis, otitis, faringitis viral (más frecuente) y estreptocócica, laringitis, crup.
 - b- Tracto respiratorio inferior: bronquiolitis, neumonía, tos ferina.
- **Gastrointestinales:** estomatitis, diarrea (principalmente de etiología viral), enteritis (bacterianas), parasitosis, y hepatitis A
- **Piel:** piodermatitis, foliculitis, forunculosis, celulitis, abscesos, eruptivas (sarampión, rubéola, parotiditis, Parvovirus, Varicela), Molusco contagioso, escabiosis, pediculosis.

Menos frecuentes:

Tuberculosis, tiñas, meningitis, herpes simple, Intoxicación alimentaria (por *Staphylococcus aureus*, *Yersinia spp*, *Listeria spp*, entre otras).

Prevención de las Enfermedades infecciosas en guarderías:

A la guardería y al preescolar asisten niños, además de adultos encargados del cuidado y enseñanza de estos menores, los cuales juegan un papel muy importante en la transmisión y diseminación de las infecciones. Indudablemente, tendremos una mayor tasa de determinadas enfermedades infecciosas, mayor riesgo de infecciones por microorganismos resistentes y muchas de ellas pueden revestir mayor gravedad. Estas circunstancias tendrán como consecuencia el mayor sufrimiento humano en niños y adultos por posibles secuelas y muerte. Además de lo que representan en costos médicos y el ausentismo laboral en los padres y el personal.

Todos los programas dedicados al cuidado de niños fuera del hogar (guarderías), deben consultar con un pediatra para el desarrollo y puesta en marcha de las normas para prevenir y controlar enfermedades transmisibles y adecuada formación e información del personal a cargo y de los padres.

Se basa en cuatro pilares fundamentales:

I. Vacunación correcta de niños y cuidadores:

- Certificación previa a la admisión en el centro del esquema de inmunizaciones rutinario de los niños.
- Los niños no vacunados o con esquema incompleto al ingreso deben iniciar o reanudar de inmediato, máximo dentro del primer mes, el calendario vacunal establecido, completándolo mediante una pauta acelerada si lo aconsejan la edad u otras circunstancias.
- Revisión periódica de los registros vacunales de los niños asistentes al centro.
- Verificar y completar de ser necesario el esquema

de inmunizaciones del adulto, garantizando la administración de esquemas completos o refuerzos, según sea necesario, de aquellas vacunas de enfermedades infectocontagiosas prevenibles por las mismas, si no han sufrido la enfermedad (Varicela, Hepatitis A y B, Trivalente viral y doble bacteriana, antigripal, antipolio).

- Evaluación del riesgo de transmisión de infecciones inmunoprevenibles a adultos en los que puedan adquirir mayor gravedad, como el caso de la posible transmisión del virus de la hepatitis A (VHA) al personal cuidador a partir del lactante y deambuladores que acuden a la guardería y de adultos susceptibles del medio familiar, los cuales deben beneficiarse de la vacunación sistémica contra la VHA, y los pediatras y el personal de la institución deben informar a los representantes del niño sobre la importancia de esta vacunación(13-14).

2. *Lavado de manos:*

- El lavado de manos es el factor más importante en la reducción de la transmisión de enfermedades en las guarderías; además, deben existir en dichos centros ambientes, rutinas y procedimientos claros sobre cómo y dónde realizar la higiene a los niños.
- El personal debe tener claro el lavado de manos, especialmente en dos situaciones cotidianas: antes de preparar los alimentos del niño y después de cambiarle los pañales, lo cual reduce la diseminación de los agentes infecciosos en forma significativa y disminuye la diarrea entre los niños que acuden a guardería (15-16).

3.- *Saneamiento ambiental y manipulación de alimentos:*

- Manejo apropiado de los pañales y su desecho en envases cerrados y manipulados a través del pedal, así como disponer del espacio físico adecuado en donde cambiar a los niños, el cual pueda limpiarse fácilmente y que esté lejos del lugar de preparación de los alimentos.
- Lavado diario de pisos, cocina, juguetes y resto de superficies y utensilios contaminados (pañales de cocina, toallas, mesas entre otros), evitando superficies porosas. En caso de suciedad por restos de vómitos, orina o heces, basta su limpieza con detergente, desinfectante o ambos. En caso de sangre o exudados de heridas, se necesitará su limpieza con solución de hipoclorito de sodio.
- Cada elemento que se necesita para que el niño duerma (cama, cuna, colchonetas, sábanas, almohadas) debe ser usado exclusivamente por él. Los colchones húmedos o sucios deben desinfectarse.
- Los niños que usan pañales deben vestir ropas que

cubran los mismos.

- Tener inodoros de tamaño adecuado para los niños.
- Tomar en cuenta las características físicas de las instalaciones del centro de cuidado como los lavamanos y baños, la adecuada ventilación y el área de preparación de alimentos(3,8).
- Los juguetes de las guarderías tienen que ser lavables, evitando materiales como el peluche, lo mismo que en el mobiliario, repitiendo el procedimiento cada vez que sea necesario (contaminación con secreciones).
- Control de vectores (moscas, cucarachas, roedores) a través de un adecuada higiene del área, disposición de desechos, almacenamiento y preparación de los alimentos.
- Separar el personal a cargo de la alimentación del personal a cargo de la limpieza e higiene de los niños.
- Garantizar la relación óptima entre el número de niños y sus cuidadores.

4.- *Evitar la transmisión:*

- Evitar las infecciones que se transmiten por las vías respiratorias es más difícil, pero como norma deberían separarse del grupo a los niños con cuadros gripales.
- Vigilancia y declaración inmediata de las enfermedades transmisibles susceptibles de aplicación de medidas preventivas (antibióticos y vacunas entre otros) a los contactos (niños y adultos) y también de cualquier otra que las autoridades sanitarias consideren conveniente para evitar de casos secundarios y notificación a las autoridades del sistema de salud(8).
- Detección de casos de enfermedades inmunoprevenibles o brotes (sarampión, rubéola, varicela entre otras) en la institución para separar de ella a los pacientes durante el período de contagio; se procederá a identificar a los niños no inmunes y a los susceptibles y se iniciará de inmediato la inmunización activa, que se extenderá a sus hermanos y al personal escolar.
- Uso de antibióticos (Quimioprofilaxis) en contactos de las siguientes enfermedades:
 - Enfermedad invasiva por meningococo con ceftriaxona, rifampicina o ciprofloxacina (en adultos) por cuatro días, a todos los niños y cuidadores de la misma sala y al núcleo familiar directo del caso índice, iniciando en los primeros siete días del diagnóstico del caso índice.
 - Enfermedad invasiva por *Haemophylus influenzae* tipo b: con ceftriaxona o rifampicina por dos días, al caso índice, todos los niños del mismo

salón, cuidadores y núcleo familiar directo del caso índice, iniciando en los primeros siete días del diagnóstico.

.- **Difteria:** con macrólidos y/o penicilina benzotínica en los primeros siete días posterior al contacto a todos los susceptibles (adultos sin refuerzo y niños con esquema incompleto).

.- **Tos ferina:** con macrólidos (iguales indicaciones que para difteria).

- Administración de vacunas e inmunoglobulinas post-exposición a niños susceptibles de las siguientes enfermedades:

.- **Varicela, sarampión:** colocarla en las primeras 72 horas del contacto al niño, familiares y personal susceptible; así mismo, para varicela se puede inmunoglobulina específica en los primeros cinco días del contacto.

.- **Hepatitis A:** en caso de brote se indica una dosis de inmunoglobulina intramuscular y la primera dosis de la vacuna a todo susceptible en los primeros tres días del contacto.

.- **Difteria:** dosis de refuerzo en los próximos siete días del contacto si última dosis fue colocada igual o mayor a 1 año; en niños no inmunizados se iniciará esquema lo antes posible, adaptado a la edad y con intervalos de un mes entre dosis, simultáneo a quimioprofilaxis).

.- **Tétanos:** posterior a herida con riesgo tetogénico y si el niño no tiene esquema completo, se completará esquema.

.- **Tos ferina:** completar esquema en niños con esquema incompletos.

.- **Polio:** ante un caso se vacunará con OPV (Vacuna Polio Oral) a los contactos con esquema incompleto.

.- **Parotiditis:** completar esquema a contactos susceptibles (esquemas incompletos).

.- **Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b:** contacto menor de 12 meses con esquema vacunal completo y menores de 5 años con esquemas incompletos deberán recibir una dosis vacunal y completar esquema, además de quimioprofilaxis.

.- **Hepatitis B:** la transmisión a través de mordeduras de niños portadores de antígeno de superficie (HbAg) es improbable, pero es recomendable su profilaxis mediante vacunación y administración simultánea de inmunoglobulina específica a contactos susceptibles.

¿Cuándo un niño debe ser retirado de la guardería y por cuánto tiempo?

Todo niño y personal que labora en una guardería deberá

ser retirado temporalmente y no asistir a la misma cuando presente las siguientes patologías:

- Ante toda enfermedad que limite su actividad habitual.
- Ante enfermedades atención exclusiva.
- Si presenta síntomas como fiebre, somnolencia, irritabilidad, llanto persistente y dificultad respiratoria entre otras.
- Cuando presenten diarrea con o sin sangre y/o moco, hasta su resolución total.
- Infección enteral corroborada por *E. coli* 0157 o *Shigella spp*, hasta su resolución clínica y microbiológica.
- Al presentar más de 2 vómitos el día previo.
- Al presentar úlceras orales, hasta que se descarte etiología infecciosa.
- Enfermedad eruptiva (con o sin fiebre), hasta descartar etiología infecciosa.
- Conjuntivitis purulenta, hasta su resolución.
- Tuberculosis, hasta confirmar que no es infectante.
- En niños con impétigo, pediculosis o faringitis bacteriana, hasta 24 horas posterior a inicio del tratamiento específico.
- Escabiosis (sarna), hasta completar todo el tratamiento.
- Varicela, hasta tener todas las lesiones en fase de costras secas.
- Tos ferina, hasta después de cinco días de tratamiento antibiótico adecuado (tratamiento total es de 14 días).
- Parotiditis (paperas), reingresando nueve días posterior al inicio de la inflamación.
- Sarampión, hasta cuatro días posterior al inicio de la erupción.
- Hepatitis A, ingresando nuevamente una semana posterior al inicio de los síntomas.

REFERENCIAS:

1. Van Esso A. Els riscos de patologia Infecciosa a la Llar d'infants. Rev Pediatr Catalana 1997; 57(S1): 25-29.
2. Castillo O, Lopez G, Ortega F et al. Portadores Orofaringeos de *Haemophilus influenzae* en niños venezolanos cuidados en guardería o en el hogar vacunados o no con vacuna poliribofosfato capsular de Hib conjugada al toxoide tetánico (PRP-T). Invest clín 2005; 46: 15-24.
3. Arango M, Rodríguez D, Prada M, Nubia E. Frecuencia de *Cryptosporidium spp* en materia fecal de niños entre un mes y trece años en un hospital local colombiano. Colomb Med 2006; 37: 121-125
4. Núñez F, López J, Ana Margarita De la Cruz, A, Finlay C. Factores de riesgo de la infección por *Giardia lamblia* en niños en guarderías infantiles de la ciudad de la Habana. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(2):677-682, mar-abr, 2003
- 5-Delpiano L, Kabalán P, Díaz C y Pinto A. Características y costos directos de infecciones respiratorias agudas en niños de

- guarderías infantiles. *Rev Chil Infect* 2006; 23 (2): 128-133
6. Nadin-Lozon E, Espinoza L, Viñas-Flores L, Figueroa C. Infección respiratoria aguda en niños que acuden a un centro de desarrollo infantil. *Revista de Salud Pública de México* 2002;44(3):201-206
 7. Marcos Rodríguez PJ, Díaz-Cabanela D, Ursua Díaz MI, Fernández-Albalat MF y Vereá Hernandoa H. Microepidemias de tuberculosis en 5 brotes escolares: importancia de la tipificación genética de las cepas en su evaluación e interpretación. *Arch Bronconeumol* 2007;43(11):611-6.
 8. www.aepap.org. Guardería. Octubre 2001
 9. Laborde et al., Antimicrobial Handwashing. 1993
 10. Jang et al. Diarrhea. Infants and toddlers attending day care centers. *J Infect Dis* 1998; 177:881-888
 11. CDC. Guideline for Hand hygiene in child (day) care settings. Recommendations of the Health care. Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *MMMR* 2002; 51(RR-16):1-45.
 12. Churchill and Pickering. Infection control challenges in child-care centers. *Inf Dis North Am* 1997;11:347-365.
 13. Control for disease control and prevention. Prevention of hepatitis A through active or passive immunization. Recommendations of Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1996;45(RR-15):1-30.
 14. Comité Asesor de Vacunas de la AEP y Grupo de Expertos de la AEEH. Recomendaciones para el uso de vacunas de la hepatitis A en guardería. *Gastroenterol Hepato* 1998; 21:346-351
 15. Roberts L, Jorm L, Patel M, Smith W, Douglas RM, McGilchrist Ch. Effect of Infection Control Measures on the Frequency of Diarrheal Episodes in Child Care: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatr* 2000; 105 (4): 743-746
 16. Kotch JB, Isbell P, Weber DJ, Nguyen V, Savage E, Gunn E, Skinner M, Fowlkes S, et al. *Pediatr* 2007; 120(1): e29-e36
 17. Red Book 2006.AAP. Red Book 2006.AAP.??? Red Book 2006.AAP.

EMERGENCIAS EN GUARDERÍAS

COORDINADORA: Dra. Ileana Rojas M.,

INTEGRANTES: Dr. Huniades Urbina Medina, Dra. María Angelina La Cruz, Dra. Guadalupe Urdaneta de Barboza, Dra. Maribel García Lamoglia, Dr. Alfredo Yanlli, Dr. Julio Maneiro, Dra. Miriam Oduber

En Venezuela, según el anuario del Ministerio del Poder Popular para la Salud los accidentes o lesiones no intencionales, son la primera causa de mortalidad en la población pediátrica entre 1 y 15 años de edad. Los accidentes en los niños, son además una causa importante de morbilidad, constituyendo la segunda causa de consulta y de ingreso a los centros de salud(1).

Las guarderías, como sitio donde los niños asisten regularmente no escapan a esta realidad; pudiendo presentarse accidentes y emergencias médicas durante su permanencia en las instalaciones.

Por estos motivos, en las guarderías deben existir planes de acción y atención inicial, de manera de garantizar que la guardería sea un sitio seguro, y que en caso de ocurrir un accidente o emergencia médica, exista la capacidad de una rápida y adecuada atención, garantizado así la plena integridad de los niños(2).

En las guarderías suelen producirse lesiones por caídas o golpes que determinen traumatismo generalizado o de cráneo, heridas, fracturas, así como quemaduras, intoxicaciones o accidentes por ingestión de cuerpos extraños; y urgencias médicas como convulsiones, reacciones alérgicas severas, o crisis de asma, para lo cual se debe estar en capacidad de dar una respuesta inmediata y efectiva.

En este capítulo, se presentará una síntesis de la información básica indispensable que debe tener el personal de las guarderías, para la evaluación inicial y primeras acciones ante estas emergencias.

En primer lugar es indispensable que en toda guardería exista una información de emergencia actualizada de los servicios de apoyo a la comunidad y de los Servicios de Emergencias Médicas Locales:

- Teléfono de Emergencia nacional (171)
- Teléfono de Emergencia local
- Teléfono de los Bomberos
- Teléfono de Cuerpos de Seguridad del Estado
- Teléfono de Protección Civil
- Teléfono de Sistema de Ambulancias
- Teléfono de Centro Médico más cercano
- Teléfono de Centro de Toxicología
- Teléfonos de Empresas de Servicios Locales (electricidad, agua, gas, etc.)

Localizada en lugares claves, al lado de todos los teléfonos y disponible para todo el personal de las guarderías(2).

También es requisito obligatorio, que exista un registro actualizado y siempre disponible de cada niño que asiste a la guardería. Estos registros deben estar organizados por curso y/o por orden alfabético, y deberían ser actualizados todos los años o cada vez que exista algún cambio en la información que contienen(3,4).

El registro individual o tarjeta de registro, debe tener los siguientes elementos:

- a) De identificación: nombre y apellido, edad, localización en la guardería (salón y/o división), turno al que asiste, personal de la guardería al cuidado directo del niño, nombres del padre, madre y/o representante. Dirección de habitación, teléfonos de residencia, de trabajo y teléfonos celulares; así como direcciones de correo electrónico de la madre y el padre, y/o representante. Adicionalmente, se requiere esta misma información, de por lo menos dos personas alternas a quienes pueda solicitársele o brindarse información sobre el niño (es ideal que una de estas personas esté localizada en una entidad geográfica diferente a la residencia del niño).
- b) Datos antropométricos tales como peso y estatura, así como elementos del desarrollo y habilidades que haya alcanzado el niño.
- c) Antecedentes médicos importantes:
 - Alergias: Es importante indagar sobre las alergias a medicamentos, alimentos, picaduras y otros. ¿Cómo actúa la familia en estos casos? ¿Qué medicación utilizan? En el caso de no encontrar a los padres ¿Qué conducta hay que tomar?
 - Asma: ¿Cómo actúa la familia en estos casos? ¿Qué medicación utilizan? En el caso de no encontrar a los padres ¿Qué conducta hay que tomar?
 - Cefaleas (dolores de cabeza): ¿Con qué frecuencia las padece? ¿De qué intensidad son? ¿Está medicado? En ese caso ¿Qué medicación toma?
 - Convulsiones: ¿Desde cuándo? ¿Cada cuánto? ¿Cómo son? ¿Qué hacer? ¿Medicación previa?
 - Accidentes: ¿Qué tipo de accidentes ha sufrido? ¿Hace cuánto tiempo? ¿Qué secuelas le dejó?
 - Enfermedades actuales: ¿Padece alguna enfermedad? ¿Cuál? ¿Cómo se manifiesta? ¿Necesita cuidados especiales? ¿Cuáles? ¿Toma medicación? ¿Cuál? ¿Cuánto tiempo? ,
 - Esquema de vacunación del niño
- d) Cobertura sanitaria:

- Nombre del pediatra:
 - Teléfonos y dirección del pediatra:
 - Institución donde labora:
 - Otros médicos tratantes:
 - Odontólogo tratante:
 - Póliza de Seguro Médico:
 - En caso de tener que trasladar al alumno a un centro asistencial ¿qué cobertura médica tiene y a qué lugar se lo traslada?
 - Teléfonos de apoyo: ¿A quién se debe llamar si no se encuentra a los padres en caso de emergencia.
- e) Autorización firmada por los padres y/o representantes para suministrar medicamentos de emergencia o para el traslado a un centro de salud, en caso de ser necesario(2-5).

Otro requisito para la adecuada atención de emergencias, es la existencia de un botiquín de primeros auxilios.

Se recomienda:

- Colocarlo en un sitio seguro e iluminado, lejos del alcance de los niños y donde no ofrezca riesgo alguno.
- No ubicarlos en el baño o la cocina, ya que los medicamentos se pueden alterar por la humedad o por el calor.
- Hacer una lista del contenido del botiquín y pegarlo en la puerta.
- Los medicamentos deben estar en su empaque original.
- Periódicamente se deberá revisar el botiquín y sustituir aquellos elementos que se encuentren sucios, contaminados, dañados, vencidos (medicamentos) o que no pueda verse claramente el nombre del medicamento.
- Luego de utilizar el instrumental de un botiquín deberá lavarse, desinfectarse, secarse y guardarse nuevamente(6,7).

Los elementos esenciales de un botiquín de primeros auxilios son:

- Soluciones antisépticas (alcohol al 70%, agua oxigenada, soluciones iodadas)
- Solución fisiológica o salina normal (para el lavado de heridas, lavados oculares y para nebulizaciones)
- Jabón de tocador o líquido para lavado de manos, heridas y material
- Material de curación que se utiliza para controlar hemorragias, limpiar, cubrir heridas o quemaduras (paquetes de gasas estériles, compresas, apósitos, algodón estéril, vendas elásticas en rollo de diferentes tamaños, vendas adhesivas –banditas y/o curitas y adhesivo en rollo).
- Aplicadores para limpiar heridas pequeñas y aplicar

antisépticos en cavidades.

- Baja lenguas, los cuales pueden utilizarse para inmovilizar fracturas o luxaciones de los dedos de las manos.
- Tablillas para inmovilización de fracturas en extremidades
- Guantes desechables
- Cabestrillos
- Bolsas plásticas con cierre hermético para aplicación de hielo
- Elementos adicionales: Pinzas, tijeras, termómetro oral, impermeables, linterna, caja de fósforos o encendedor, libreta y lápiz, lista de teléfonos de emergencia y manual o folleto de primeros auxilios.
- Medicamentos: antipiréticos y analgésicos (acetaminofen, ibuprofeno, diclofenac potásico), soluciones y/o sobres de rehidratación oral y antihistamínicos (que sólo deben usarse en caso de reacciones alérgicas severas, cuando el centro de salud esté distante). Se recomienda tener para estos medicamentos una tabla de dosificación de acuerdo al peso elaborada por personal médico(3).

En el manejo de los casos de lesión o enfermedad en las guarderías, existen ciertos procedimientos generales que siempre deben seguirse, como:

- Un adulto responsable debe permanecer en el sitio del accidente y prestar ayuda hasta tanto la persona designada para manejar las emergencias llegue.
- Avisar inmediatamente a la persona encargada de manejar la emergencia, la cual se hará cargo y prestará otras medidas de auxilio que sean necesarias.
- No suministrar medicamentos, a menos que haya una autorización previa de los padres.
- No se debe mover a un niño gravemente herido a menos que sea absolutamente necesario para su seguridad. Si es necesario moverlo, sosténgale la cabeza y el cuello (con la cara al frente), y hale en dirección a la cabeza sin doblar el cuello hacia el frente. No arrastre el niño de lado.
- Deberá notificarse al padre o madre del niño sobre la emergencia tan pronto como sea posible para determinar las acciones a seguir. En caso de no localizarse el familiar, llame al médico u hospital señalado en la tarjeta de registro del niño para informarle que van a recibir al niño lesionado.
- Hacer los trámites para trasladar adecuadamente al niño lesionado de ser necesario al Servicio de Emergencias, o cuando lo decidan los padres una vez informados de la situación.
- Siempre el niño estará acompañado por un adulto responsable hasta la llegada de los padres al centro

de atención médica.

- En toda guardería debe existir un automóvil a disponibilidad inmediata para traslados de urgencia.
- Debe hacerse un informe de la situación de emergencia ocurrida y notificar a las autoridades de la guardería(2).

A continuación, se señalan los primeros auxilios o medidas iniciales para las lesiones o condiciones médicas de urgencia, que ocurren con mayor frecuencia en las guarderías.

LESIONES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS (FRACTURAS, ESGUINCES, LUXACIONES Y DESGARROS MUSCULARES):

FRACTURAS:

Ocurren cuando un hueso se rompe total o parcialmente, como consecuencia de un golpe fuerte, o por un movimiento de torsión, o por contracción violenta de un músculo. Estas lesiones solamente pueden poner en riesgo la vida cuando:

- Van acompañadas de hemorragia arterial (por ej.: fractura del antebrazo con sección de la arteria), o
- Si comprometen el sistema nervioso, como las fracturas de la columna vertebral que producen parálisis tanto de las piernas (paraplejía) como de los brazos y las piernas (cuadruplejía), o
- Si ponen en riesgo la conservación del miembro si se obstruye la arteria, como ocurre en las fracturas de codo, especialmente en los niños.

Las señales (signos y síntomas) que hacen sospechar una fractura son:

- Deformidad: el miembro afectado se encuentra en una posición que no es la habitual. Para confirmar la diferencia compare la extremidad lesionada con la sana.
- Dolor en el sitio de la lesión.
- Disminución de la capacidad de movimiento de la extremidad lesionada, y aumento de dolor con la movilización.
- Inflamación y equimosis (morado): estos signos pueden estar presentes en todas las lesiones incluso sin que haya una fractura. Indican sangrado en el lugar de la fractura y compromiso del tejido blando debido al daño de los vasos sanguíneos.
- Fragmentos expuestos: como signo evidente de la fractura pueden verse, a través de la piel, los extremos óseos de la fractura.
- Movimientos anormales: movimiento del hueso donde antes no lo había.

LUXACIONES:

Cuando un hueso se desplaza de su articulación se produce una luxación. El hueso desplazado puede presentar una prominencia o una depresión. Las articulaciones más afectadas son:

hombro, codo, cadera, rodilla, tobillo, dedo pulgar, dedo mayor del pie y mandíbula.

En los niños es frecuente la luxación del codo (Codo de niñera): esto ocurre cuando se agarra de las manos a un niño con excesiva firmeza y con fuerza, ya sea para levantarlo o para girarlo en el aire.

ESGUINCES:

Cuando se tuerce una articulación los tendones se distienden y eventualmente se rompen. La sangre y los fluidos se filtran a través de los vasos sanguíneos rotos, ocasionando inflamación y dolor en el área lesionada.

DESGARROS MUSCULARES:

Un desgarro muscular ocurre cuando los músculos o tendones sufren un estiramiento intenso. Generalmente son causados al levantar objetos pesados o al forzar demasiado un músculo.

En caso de que se sospeche cualquier lesión músculo-esquelética, siempre trate inicialmente las partes lesionadas como si existiera fractura. El tipo de lesión y la gravedad se determinaran posteriormente por medio de placas radiográficas en el centro de salud.

Lo primero que hay que hacer cuando un hueso está fracturado es inmovilizarlo por entablillado. De esta manera aliviaremos en gran parte el dolor y evitaremos que los fragmentos de hueso quebrado, a veces cortantes, produzcan ruptura en vasos sanguíneos, nervios u otros tejidos blandos como la piel. Si existe herida, o el hueso sobresale a través de la piel, debe cubrirse con un vendaje limpio. La inmovilización debe incluir la articulación más próxima y más alejada de la lesión.

Entre las cosas que no deben hacerse en estos casos, están: jamás mover la parte afectada, hacer masajes, vendar o atar con fuerza, tratar de colocar el miembro en su posición normal, mover innecesariamente(3,8,9,10).

En las siguientes figuras, se señalan las inmovilizaciones en los miembros, que se practican con mayor frecuencia y la forma de realizarlas(10):





TRAUMA EN LA CABEZA:

Un trauma de cráneo puede determinar fractura ósea, sangrado o formación de hematomas por fuera o dentro del cerebro, o daños en el tejido cerebral, que de acuerdo a la magnitud pueden ser extremadamente graves.

Los síntomas que puede presentar un niño con traumatismo de cráneo son:

- Dolor de cabeza
- Sangrado de la herida, oídos, nariz o alrededor de los ojos
- Salida de líquido claro o sanguinolento por los oídos o la nariz
- Pérdida del conocimiento
- Confusión
- Convulsiones
- Inquietud, irritabilidad
- Somnolencia (Sueño marcado)
- Lenguaje incoherente
- Problemas con el equilibrio, trastornos de la marcha
- Visión borrosa
- Náuseas
- Vómitos
- Hematomas o “chichones” en la cabeza
- Cambios en las pupilas (tamaño desigual, no reaccionan a la luz)
- Cuello rígido (11,12)

PRIMEROS AUXILIOS:

1. Revisar las vías respiratorias, la respiración y la circulación. Si es necesario, iniciar respiración asistida y reanimación cardiopulmonar (RCP).

2. Evitar mover a la víctima (a menos que sea indispensable) hasta que llegue la ayuda médica. Pedir a otra persona que llame al 171 (u otro número de emergencia) para solicitar ayuda médica.

3. Si es necesario mover a la víctima, se debe tener cuidado de estabilizar la cabeza y el cuello, poniendo las manos a ambos lados de la cabeza y debajo de los hombros. No permitir que la cabeza se vaya hacia adelante o hacia atrás, gire o voltee.

4. Si se presenta sangrado, presionar con firmeza en el sitio afectado con una gasa, apósito o paño limpio para controlar la pérdida de sangre sobre un área amplia.

5. Si la víctima está vomitando, estabilizar la cabeza y el cuello y voltearla cuidadosamente de lado para prevenir la asfixia por el vómito.

6. Si la víctima está consciente y presenta cualquiera de los síntomas señalados previamente, se la debe trasladar al hospital más cercano, aun cuando no requiera asistencia médica de emergencia en el sitio. Igualmente debe recibir asistencia médica todo niño menor de un año con trauma de cráneo, aunque no tenga síntomas.

No se debe:

- Mover a al niño afectado a menos que sea indispensable (las lesiones de la cabeza pueden estar asociadas con lesiones de la columna)
- Remover objetos que sobresalgan del cráneo
- Permitir que el niño afectado reanude las actividades físicas
- Dejar de observar cuidadosamente al niño afectado mientras llega la ayuda
- Dar al niño afectado algún medicamento antes de ser evaluado por un médico

Se debe buscar asistencia médica inmediata de emergencia si:

- Se presentan problemas respiratorios o de circulación
- El sangrado de la nariz, oído(s), o herida no se detiene con presión directa
- Hay un objeto que sobresale del cráneo
- Hay salida de líquido claro por nariz y oídos
- La persona presenta hematomas importantes en la cabeza o sangramiento que no se pueda detener por compresión
- El niño afectado está inconsciente, presenta convulsiones o tiene lesiones asociadas en otras partes del cuerpo. (11,12)

Prevención

Las lesiones músculo esqueléticas y los traumatismos de cráneo, son generalmente consecuencia de caídas o de accidentes durante las prácticas de recreación y deportivas en los patios de juego.

Las medidas preventivas en estos casos consisten en logra un ambiente escolar seguro cumpliendo con la normativa de ambiente para las guarderías, las cuales fueron expuestas en el capítulo respectivo, mantener una observación permanente de los niños por parte de los adultos responsables; siendo también muy importante, que los niños practiquen actividades que estén acordes a su edad y a las destrezas adquiridas en su nivel de desarrollo psicomotor.

Es importante además el uso de casco protector al montar bicicleta, patinar, escalar o en deportes de contacto(10, 13,14).

HERIDAS:

Una herida es toda pérdida de continuidad de la piel o de las mucosas, secundaria a un traumatismo, que produce una comunicación entre el interior del cuerpo y el exterior. Éstas pueden ser producidas por diferentes objetos, tales como lápices, piedras, palos, juguetes, cartucheras, tijeras, entre otros. Como consecuencias inmediatas puede existir riesgo de infección y lesiones en los tejidos u órganos adyacentes : músculos, nervios, órganos internos y vasos sanguíneos, cuya gravedad dependerá del mecanismo y la magnitud de la lesión.

Hay que tener presente, que cuanto mayor sea la superficie de la herida y más profunda sea, mayor será su gravedad y requieren traslado inmediato a los centros de salud.

Los traumatismos abiertos o heridas no deben ser tratados sólo por el personal de emergencia de la guardería, pues normalmente suelen necesitar después de los primeros auxilios, sutura en un centro de salud.

¿Qué hacer ante una herida?

- Lavarse las manos con agua y jabón antes y después de brindarle atención al niño.
- Limpieza de manos e instrumental que podamos usar. Lavar con agua y jabón, o alcohol.
- Uso de guantes al exponerse a sangre u otros fluidos corporales.
- Limpiar la herida con agua a chorro, bien con jabón o algún antiséptico o suero fisiológico, a fin de conseguir arrastrar los posibles cuerpos extraños de la superficie de la herida, (tierra, restos de tejido, etc.).
- Aplicar en la herida una solución antiséptica con gasas y/o aplicadores
- Cubrir la herida con gasas estériles o apósitos sujetos con adhesivo por los bordes.
- No cubrir las heridas con algodón, ni colocar ninguna sustancia en su interior (café).
- En caso de objetos punzantes, no tratar de revisar la

herida o retirar el objeto. Si fueran objetos grandes enclavados en la herida, hay que envolverlos con un vendaje grande y sujetarlo durante el traslado para evitar que puedan producir más daño por el movimiento.

- No explorar ni tratar de curar la herida.
- En caso de heridas con sangrado activo, presione firmemente con un vendaje limpio. Eleve discretamente la parte del cuerpo que está sangrando y posteriormente haga un vendaje firme de la herida sin detener la circulación absolutamente.
- Puede considerarse que un vendaje está muy apretado en caso de que aumente el dolor considerablemente, cambios de coloración de la piel y/o el niño afectado tenga sensación de hormigueo en los dedos o sensación de frío en la zona afectada.
- En caso de que el sangrado no ceda rápidamente con las medidas anteriores, debe trasladarse al paciente inmediatamente al centro de salud.
- Nunca use torniquetes.(10,15)

EPISTAXIS:

Epistaxis es un sangrado o hemorragia de la nariz.

La epistaxis en los niños suele ser leve; El sangrado suele ser en forma de goteo y puede ceder por sí solo o con algunas maniobras. Para cortar la hemorragia la maniobra más sencilla y eficaz es apretar la nariz con los dedos, haciendo pinza con el dedo índice y el pulgar con la fuerza suficiente para que deje de sangrar; el niño tendrá que respirar por la boca. La postura del niño debe ser sentada o de pie, con la cabeza hacia adelante y abajo, no debe colocarse nunca la cabeza hacia atrás.

La compresión se puede mantener unos 10 a 15 minutos hasta que deje de sangrar, pero es importante no dejar de apretar para comprobar si sangra o no cada poco tiempo, conviene esperar algún minuto después de que deje de sangrar para retirar la "pinza". Si pasado ese tiempo la hemorragia no ha cedido, es aconsejable buscar asistencia médica.

No se recomienda introducir un algodón o una gasa empapados en agua oxigenada para taponar la nariz del niño (16,17).

LESIONES EN LOS DIENTES:

Si el niño sufre un traumatismo en los dientes y no se visualiza rotura del mismo, hematoma o sangrado de la encía; lavar solamente con agua, suministre agua helada o que chupe hielo un rato.

Si la rotura es parcial, trate de recuperar el pedazo y colóquelo en un vaso con agua, ya que el diente puede ser reparado. Avise a la familia, para que sea atendido prontamente.

Si el diente se desplazó, no intente enderezarlo.

Si el diente se desprendió totalmente:

- Recupere la pieza dental, tome el diente por la corona sin tocar la raíz y lávela con el chorro suave de la canilla sin cepillarlo.
- Intente colocarlo en su lugar, si lo logra mantenga al niño con la boca cerrada. Si no lo logra (el niño no colabora, la encía está lastimada) coloque el diente en un vaso con agua.
- Si la encía sangra mucho coloque sobre ella una gasa humedecida e indique al niño que muerda la gasa.
- Un reimplante exitoso soluciona totalmente el problema, por ello no debe demorarse la consulta al odontólogo; lo ideal es dentro de la primera hora de desprendida la pieza dental(15,18).

INTOXICACIONES:

Se denomina intoxicación al efecto dañino que produce una sustancia tóxica a determinadas concentraciones en el organismo.

En las guarderías los niños pueden intoxicarse por ingestión de medicamentos, ingestión de productos insecticidas o de limpieza, drogas o alcohol, alimentos en descomposición, plantas venenosas o picaduras de insectos.

En ocasiones se produce intoxicación por la inhalación de gases tóxicos como plaguicidas, insecticidas, el humo en caso de incendio; vapores químicos, monóxido de carbono, (que es producido por los motores de vehículos);o el cloro depositado en piscinas; así como los vapores producidos por algunos productos domésticos (pegamentos, pinturas y limpiadores).

De manera similar, en ocasiones ocurren envenenamientos por absorción de tóxicos a través de la piel o cuando se ponen en contacto con los ojos.(19)

Se debe sospechar envenenamiento en todo niño que se presente enfermo de manera brusca, sin otra causa aparente.

Algunos signos que hablan a favor de intoxicación son:

- Píldoras o sustancias tóxicas en la boca del niño
- Cambios en el estado de conciencia del niño
- Alteraciones del equilibrio
- Lenguaje incoherente o difícil de entender
- Quemaduras alrededor de la boca o en piel
- Mareos o desmayo
- Olor extraño en la boca
- Sudoración marcada
- Convulsiones
- Vómito o diarrea aguda
- Tos seca continua
- Dolor abdominal(19)

¿Qué hacer?

- Si usted sospecha que un niño está intoxicado, trate

de averiguar el tipo de tóxico, la vía de penetración, la cantidad ingerida y el tiempo transcurrido.

- El objetivo fundamental, es dar respuesta a tres preguntas: ¿Qué ingirió? ¿Cuánto? y ¿Cuándo?
- Busque y lleve los recipientes que estén cerca de la víctima a una institución de salud, para que su contenido sea analizado. Generalmente cerca de la víctima se encuentra el recipiente que contiene la sustancia tóxica.
- Comuníquese a la brevedad con el centro de intoxicaciones local y pida instrucciones.
- Cuando el niño haya ingerido el tóxico, no induzca el vómito, ni le dé nada de tomar al niño.
- Si el tóxico ingresó a través de la piel, retire la ropa y lave con abundante agua y jabón al niño.
- En caso de inhalación, retire al niño del lugar, garantice la libre circulación del aire abriendo puertas y ventanas, quítele las ropas impregnadas de gas y cúbralo con una cobija.
- En afectación ocular, lave con abundante agua limpia o solución fisiológica por 5 a 10 minutos, posteriormente ocluya el ojo con una gasa estéril sin hacer presión.
- Todo niño intoxicado o con sospecha de intoxicación, debe ser trasladado a un centro de salud inmediatamente(20).

QUEMADURAS:

Una quemadura es un tipo de lesión a la piel causada por diversos factores: térmicas, químicas o eléctricas(21,22).

Las causas más comunes de quemaduras en los niños son:

- Escaldaduras, la principal causa, (provocadas por vapor, un baño caliente, tazas de café que se vuelcan, líquidos de cocción);
- Contacto con fuego u objetos calientes (estufas, planchas y otros)
- Quemaduras provocadas por sustancias químicas (causadas por la ingestión de productos tales como limpiadores de cañerías y hornos, pilas de relojes; o por la salpicadura de sustancias químicas, como blanqueadores)
- Quemaduras por exposición a la electricidad (causadas por morder cables o colocar los dedos u otros objetos en los tomacorrientes)
- Exposición excesiva al sol(23, 24,25).

¿Qué hacer?:

En el caso de quemaduras de primer grado o leves: (piel roja, dolor e hinchazón)

- Quite la ropa de la zona quemada inmediatamente.
- Coloque la zona afectada bajo el agua fría (no helada) o bien coloque compresas limpias y frías sobre

la quemadura hasta que desaparezca el dolor (no utilice hielo).

- No coloque mantequilla, grasa, polvo, crema dental, vinagre, alcoholado ni ningún otro remedio sobre la quemadura.
- Si la zona afectada es pequeña, cúbrala con una gasa o una venda estéril sin ajustarla.
- Dele al niño algún analgésico de uso común para el dolor(25).

En el caso de quemaduras de segundo grado (piel con ampollas, dolor y enrojecimiento con pérdida de parte de la piel) y de tercer grado (más profundas, blanquecinas y puede no haber dolor):

- Solicite atención médica de emergencia.
- Mantenga al niño recostado, con la zona quemada elevada.
- Siga las instrucciones que se indican para las quemaduras de primer grado.
- Quite la ropa de la zona que rodea a la quemadura, exceptuando la ropa que esté pegada a la piel. Si tiene dificultad para retirar la ropa, córtela o espere a que llegue la ayuda médica.
- No rompa las ampollas.
- Coloque vendas estériles y húmedas sobre la zona afectada hasta que llegue ayuda(24,25).

En el caso de quemaduras por fuego:

- Evitar que el niño salga corriendo.
- Apague el fuego haciendo que el niño se revuelque sobre la tierra.
- Cúbralo con una manta o una chaqueta.
- Quítele la ropa caliente que tenga cerca de la zona afectada.
- Solicite ayuda médica y después siga las instrucciones que se indican para las quemaduras de segundo y tercer grado(26,27).

En el caso de quemaduras por electricidad o sustancias químicas:

- Lave la zona quemada con mucha agua corriente durante, al menos, 5 minutos. Si la zona quemada es grande, utilice la bañera, la ducha, baldes de agua o una manguera de jardín.
- No le quite la ropa al niño hasta no haber comenzado a lavar la quemadura con agua. Mientras continúa enjuagando la quemadura, puede quitarle la ropa de la zona quemada.
- Si la zona quemada es pequeña, continúe lavando durante otros 10 a 20 minutos, coloque una gasa o venda estéril, y póngase en contacto con el médico del niño.
- Las quemaduras por sustancias químicas en la boca

y los ojos requieren la evaluación inmediata del médico, después de haber lavado completamente con agua.

Qué NO se debe hacer ante una quemadura:

- Aplicar pomadas, cremas, pasta dentífrica sobre la quemadura.
- Enfriar demasiado al paciente, enfriar solamente la zona quemada.
- Romper las ampollas, pues el líquido que contienen protege de la posible infección.
- Despegar la ropa o cualquier otro elemento que esté pegado a la piel (26,28).

Prevención de las quemaduras:

Algunas simples precauciones pueden reducir la posibilidad de que un niño sufra quemaduras en la guardería:

- Mantenga los fósforos, los encendedores, las sustancias químicas y las velas encendidas fuera del alcance de los niños.
- Coloque tapas de seguridad en todos los tomacorrientes.
- Deshágase de los artefactos y electrodomésticos con cables pelados o viejos, y de las extensiones que estén dañadas.
- Si tiene que utilizar un humidificador o vaporizador, opte por los modelos de agua fría, en lugar de los de agua caliente.
- No utilice fuegos artificiales ni luces de bengala.
- No fume dentro de la guardería.
- Asegúrese de contar con un detector de humo en todos los niveles de la escuela.
- Ajuste el termostato de su calentador de agua en 49 grados C, o por debajo de esta temperatura, o utilice el ajuste "bajo-medio". Un niño puede sufrir una escaldadura en 2 ó 3 segundos si la temperatura supera el nivel indicado en tan sólo 5 grados.
- Pruebe siempre la temperatura del agua con el codo antes de colocar al niño en la bañera.
- Abra siempre el agua fría primero y apáguela siempre al final cuando llene la bañera.
- Coloque las asas de las ollas y sartenes hacia la parte posterior cuando cocine.
- Evite utilizar manteles grandes. Si un niño pequeño hala de ellos, tal vez se vuelque una bebida o un plato de comida caliente encima.
- Mantenga las bebidas y los alimentos calientes fuera del alcance de los niños.
- Bloquee el acceso al horno siempre que sea posible.
- Nunca permita que un niño use una andadera en la cocina.
- Nunca tome bebidas calientes o sopa con un niño sobre sus faldas, ni transporte platos o líquidos

calientes por donde estén los niños.

- Nunca cargue a un bebé o un niño pequeño mientras cocina.
- Nunca caliente los biberones en el microondas. El líquido se puede calentar de manera no homogénea y dejar zonas de leche muy calientes que pueden escaldar la boca de su bebé(25-28).

MORDEDURAS HUMANAS Y POR ANIMALES:

Las mordeduras humanas pueden presentarse por agresión de un compañero en niños menores de 4 años.

En guarderías donde existen perros o gatos (lo cual no es recomendable), también pueden ocurrir mordeduras a los niños por estos animales.

La mayoría de las mordeduras en los niños muy pequeños no penetran la piel y no es necesario ser revisadas por el médico.

¿Qué se debe hacer?:

- Lavarse las manos antes y después de atender al niño.
- Colocarse guantes antes de iniciar el apoyo al niño.
- Limpieza de la herida con agua y jabón líquido por 2-3 minutos.
- Comunicarse con los padres o representantes, especialmente si han habido perforaciones en la piel.
- Alivio del dolor con medicamentos analgésicos.

Qué no se debe hacer:

- No se debe ignorar ninguna mordedura humana, especialmente si presenta sangrado.
- No se debe acercar la boca a la herida.

Todo paciente con una mordedura humana o de cualquier animal, debe recibir atención médica por el riesgo infeccioso y para hacer sutura si es necesario(3,14,29).

PICADURA DE INSECTOS:

Es de vital importancia que todo el personal de la guardería conozca cuáles de sus niños son alérgicos a la picadura de insectos, de acuerdo a la información registrada en la ficha individual.

¿Qué hacer?

- Cortar las uñas del niño y limarlas, para que el rascado no lesione e infecte la piel.
- Pincelar la zona enrojecida con alguna solución desinfectante, para prevenir infecciones.
- Administrar algún antihistamínico, si los padres han aprobado su administración.
- Periódicamente aplicar bolsa con hielo, especialmente cuando la picazón aumenta, recuerde que el hielo es anestésico.
- Si las lesiones son extensas, progresan rápido o se

ven graves, acuda inmediatamente al servicio de emergencias con el niño.

- Si al niño además se le hinchan los párpados, lengua o tiene dificultad para respirar, debe acudir inmediatamente a un Servicio de Urgencia, pues es probable que sea alérgico y requiera tratamiento inyectable.
- Si el niño es picado por una abeja: Retire inmediatamente la lanceta con una pinza para las cejas o con las uñas, sin apretar la zona picada para que no exude más tóxico al interior de los tejidos.
- Aplicar inmediatamente una bolsa de hielo o cualquier cosa helada, esto evitará que el tóxico se disemine.
- En cualquier picadura debe evitar que el niño se rasque, ya que esto aumenta la irritabilidad de la piel y predispone a la infección.
- Nunca debe aplicar calor local o remedios caseros como barro, jugo de cebolla u otros, que puedan infectar la zona picada(19,30).

EMPONZOÑAMIENTO POR ESCORPIONES:

Los escorpiones tienen una amplia distribución geográfica en nuestro país, encontrándose especies altamente peligrosas.

En nuestro país son frecuentes los accidentes por emponzoñamiento escorpiónico; siendo en los niños donde este accidente es más frecuente y más peligroso.

Los escorpiones son animales solitarios, lentos y no agresivos, pero se defienden con su veneno al sentirse en peligro, esto puede ocurrir al comprimirlos contra nuestro cuerpo poniéndonos la ropa o el calzado donde se ha guarnecido un alacrán, cuando los pisamos o cuando los atrapamos con las manos.

El veneno de los escorpiones se compone de toxinas venenosas para el hombre, pueden actuar sobre su organismo y ocasionar la muerte de un niño en pocas horas. Esto es debido a que estas toxinas son muy pequeñas y viajan sumamente rápido por el torrente sanguíneo para atacar irreversiblemente órganos vitales como el corazón, el páncreas y el pulmón.

- Lo único que neutraliza en forma eficiente el veneno de los escorpiones es el suero antiescorpiónico, el cual debe ser administrado bajo supervisión médica cercana. En consecuencia es indispensable trasladar al paciente, sin pérdida de tiempo, a un centro de atención médica. La vida del paciente puede depender de la rapidez con que éste sea atendido.
- Es importante NO ESPERAR a que aparezcan los primeros síntomas del envenenamiento para acudir a un centro hospitalario. Las manifestaciones iniciales habitualmente son: mareos, vómitos, sudoración, salivación excesiva, taquicardia y dolores abdominales. El reconocimiento de

tales síntomas permitirán al médico decidir la conveniencia de administrar el antídoto.

- Ninguna de las medidas hogareñas o consejos populares son beneficiosas o influyen positivamente en la evolución del accidente.

- De ser posible capture el ejemplar que produjo el emponzoñamiento; su identificación podría facilitar la acción médica.

La falta de información acerca de los hábitos de los escorpiones, y básicamente la manera de tratar su picadura, es la causa por la que cada año mueren numerosos niños, apenas horas después de ser emponzoñados. En este sentido los especialistas recomiendan:

- El emponzoñamiento por escorpiones es peligroso, no juegue con ellos, ni los tenga como mascotas.

- No camine descalzo, aun cuando sea sobre alfombras.

- No deje los zapatos sobre el piso (los escorpiones tienen afición por el interior de éstos y hay un alto índice de emponzoñamientos al calzarse)

- Revise y sacuda la ropa y zapatos antes de usarlos, al igual que las toallas, las sábanas u otra prenda de vestir.

- Revise los ángulos de las paredes, de las puertas y ventanas cuando se haga la limpieza diaria.

- No deje objetos abandonados sobre el piso, ni en patios ni jardines.

- No meta las manos en grietas o huecos de muros y paredes, éstos son los lugares preferidos por los escorpiones.

- Elimine las acumulaciones de basura, chiripas y cucarachas, (especialmente en los edificios), éstas son su principal alimento.

- No arranque hierbas ni otras plantas sin haber revisado la base del tallo.

- Extreme estas medidas durante la llegada de las lluvias(31).

ATRAGANTAMIENTO:

Cuando un objeto pasa a la vía aérea, el organismo responde rápidamente intentando expulsarlo a través de la tos, esto es conocido como “atragantamiento”.

Los niños pueden ahogarse fácilmente con alimentos sólidos como zanahorias, frutos secos tipo, maní, maíz (cotufas), salchichas, objetos plásticos o metálicos: partes de juguetes, botones, monedas y otros objetos pequeños.

El cuerpo extraño, al aspirarse, puede ubicarse en cualquier parte del árbol respiratorio, produciendo obstrucción parcial o completa; en algunos casos este cuerpo extraño se sitúa en el esófago, produciendo compresión en la tráquea y síntomas de dificultad respiratoria...

Este accidente es una urgencia que pone en peligro la vida, ya que de obstruir en forma completa la vía aérea conlleva a estado de asfixia y paro cardiorrespiratorio.

Los signos de atragantamiento se manifiestan de manera

aguda e incluyen: asfixia, tos, náuseas o respiración con silbidos agudos. En caso de obstrucción parcial de la vía aérea el niño puede toser y respira con ruidos.

Los signos de obstrucción grave o completa son: imposibilidad del niño para llorar, tos y voz débil o el niño no puede emitir sonidos, los labios y las uñas adquieren color azulado y en minutos el niño deja de responder debido a la falta de oxígeno.

Si el niño tiene una obstrucción parcial y puede toser enérgicamente y produce ruidos fuertes al llorar o hablar, no interfiera ni trate de aliviar la obstrucción. Traslade inmediatamente al centro de salud. No intente extraer el cuerpo extraño si no es visible.

Si el cuerpo extraño bloquea completamente la vía aérea, no entra ni sale aire de los pulmones. El niño es incapaz de toser enérgicamente o hablar fuerte, usted debe actuar inmediatamente para eliminar la obstrucción.

¿Qué hacer?

Ante una sospecha de obstrucción completa de la vía respiratoria se debe actuar de inmediato, solicitar ayuda, manteniendo la calma y las medidas iniciales de atención, varían de acuerdo a la edad del niño(15).

En niños menores de un año que responden:

- Alterne golpes en la espalda con compresiones rápidas en el tórax hasta que desaloje el objeto o el lactante deje de responder. No deben practicarse compresiones abdominales a los lactantes.
- Coloque al lactante cabeza abajo (sosteniendo la mandíbula y la cabeza) y practíquele 5 golpes en la espalda (entre ambos omoplatos) con el talón de la mano libre



- Gire al lactante y colóquelo de espalda, mientras sostiene la cabeza, y adminístrele 5 compresiones torácicas rápidas presionando con 2 o 3 dedos sobre la mitad inferior del esternón.



- Alterne 5 golpes en la espalda y 5 compresiones torácicas hasta que desaloje el objeto o el lactante deje de responder.
- Si el lactante deja de responder (inconsciente), practique RCP. Durante la RCP cada vez que abra la vía aérea para administrar respiración artificial, verifique si hay un cuerpo extraño. Si el cuerpo extraño es visible, retírelo. No intente extraer un cuerpo extraño si éste no es visible.

Niños mayores de un año:

- En niños mayores de un año se practican compresiones abdominales rápidas (maniobra de Heimlich) hasta que la víctima expulse el objeto o deje de responder (inconsciente).
- Si el niño responde y está de pie, haga lo siguiente:
- Párese o arrodílese detrás del niño. Cierre una mano y apoye el puño, del lado del pulgar, sobre el abdomen del niño, por encima del ombligo y por debajo del extremo del esternón.
- Tome el puño con la otra mano y practique compresiones rápidas hacia arriba en el abdomen.



- Repita las compresiones abdominales hasta que el niño expulse el objeto o deje de responder.
- Si el lactante deja de responder (inconsciente), practique RCP. Durante la RCP cada vez que abra la vía aérea para administrar respiración artificial, verifique si hay un cuerpo extraño. Si el cuerpo extraño es visible, retírelo. No intente extraer un cuerpo extraño si éste no es visible(15,32).

Medidas preventivas:

- No permita que el niño camine, corra o juegue mientras tiene comida en la boca.
- Nunca deje a un niño desatendido mientras come.
- Asegúrese de que al sentarse a comer o beber, su niño lo haga siempre erguido (con la espalda en forma vertical).
- No deje al niño solo mientras toma el biberón. Al contrario, sostenga el biberón a la hora de alimentarlo.
- Evite el uso de juguetes o piezas de juguetes pequeños (menores al tamaño de la boca) o juguetes con piezas potencialmente desprendibles en niños menores de 3 años.
- Los niños menores de 4 años no deberían comer alimentos que se puedan atorar con facilidad en sus gargantas, como por ejemplo salchichas, nueces, trozos de carne o de queso, uvas, caramelos duros, cotufas, zanahorias crudas.
- No permita que los niños mayores coman o jueguen con los niños pequeños sin supervisión, para evitar que le suministren comida o juguetes peligrosos(33).

AHOGAMIENTO:

En una guardería el accidente puede ocurrir en diferentes sitios: bañeras, baldes, reservorios de agua e incluso en baños o en piscinas, y generalmente ocurre por falta de supervisión de los niños por los adultos responsables.

Un niño pequeño puede ahogarse en cantidades de hasta 6 centímetros de agua, de manera rápida y en silencio.

Al ser rescatado el niño, los hallazgos son variables, puede tener un estado de aparente normalidad, o puede haber disminución de la temperatura corporal, palidez o piel azulada (cianosis), dificultad respiratoria y tos productiva espumosa sonrosada. El niño puede estar tranquilo; pero en general presenta confusión o agitación, disminución de tono muscular o convulsiones.

En situaciones graves, el niño puede estar sin respuesta (inconsciente) o en paro cardiorrespiratorio.

¿Qué hacer?:

- Extraer o rescatar al niño del medio líquido. Quitar la ropa húmeda y cubrir para evitar que se enfríe.

- El rescate debe ser realizado por una persona con entrenamiento y en un medio que sea seguro, para evitar el ahogamiento del rescatista.
- En el mismo lugar del accidente, se debe restablecer la ventilación siguiendo los pasos de la reanimación cardiopulmonar básica (RCP).
- Todo niño que sufre un ahogamiento (aunque luzca bien) debe ser trasladado a un servicio de emergencia(34,35).

Medidas preventivas:

- Nunca deje al niño ni por un segundo solo en la bañera (aunque el niño esté usando un asiento de baño para bebés).
- Mantenga la tapa del inodoro abajo y mantenga a los niños pequeños fuera del baño cuando no estén siendo supervisados. Considere poner un cerradura en la puerta del baño, fuera del alcance de los niños.
- Asegúrese de vaciar todos los recipientes que contengan líquidos inmediatamente después de usarlos. No deje los recipientes vacíos afuera en su jardín o alrededor de la casa, ya que los baldes pueden acumular agua y atraer a los niños pequeños.
- Enseñar a nadar a los niños a partir de los 4 años de edad, pero mantener siempre vigilancia. Un niño que sabe nadar aún puede ahogarse.
- Exigir chalecos salvavidas en medios de transporte marítimos, así sea, para paseos cortos.
- Siempre que los niños asistan a paseos acuáticos, deben ir acompañados con una persona en capacidad de practicar reanimación cardiopulmonar(36).

SITUACIONES MÉDICAS DE EMERGENCIA:

Existen situaciones médicas que son comunes en guarderías y que requieren atención médica y traslado a un centro de salud de manera inmediata (posterior al aviso a sus padres).

Entre estas situaciones tenemos:

- En cualquier momento usted cree que la vida del niño puede estar en peligro por causas de salud.
- Si el niño está actuando de manera extraña, poco alerta o mucho más tranquilo que lo habitual.
- Cuando el niño tenga dificultad para respirar o es incapaz de hablar.
- Si los labios y/o la piel del niño están azules, morados o grises.
- El niño tiene movimientos rítmicos de brazos y piernas y pérdida de consciencia (convulsiones).
- Si el niño está inconsciente o presenta disminución progresiva del estado de alerta o de respuesta.
- El niño tiene un dolor fuerte y progresivo en cualquier parte del cuerpo.

- El niño está vomitando sangre.
- El niño tiene cuello rígido, dolor de cabeza y fiebre.
- Si tiene signos de deshidratación importante como ojos hundidos, llanto sin lágrimas o falta de orina en las últimas horas.

Algunos niños pueden tener situaciones urgentes que no necesariamente requieren el transporte inmediato al centro de salud, pero que requieren asistencia médica en las próximas horas. Se debe informar los padres, y si éstos no son localizados en el lapso de una hora, el niño debe ser trasladado a un centro de salud.

Algunas de estas situaciones comunes son:

- Fiebre en cualquier niño que no luzca bien.
- Fiebre en niños menores de 2 meses de vida.
- Aparición de erupción purpura rápidamente expansiva o erupción de color rojo.
- Sangre en heces en un volumen importante.
- Cualquier condición médica que haya sido específicamente señalada en la ficha de registro del niño que requiera notificación a los padres(2).

Existen tres condiciones médicas de emergencia (reacción anafiláctica, asma bronquial en crisis y convulsiones), que por su relativa frecuencia y por el grave riesgo que representan para la vida del niño cuando se presentan, detallaremos a continuación:

REACCION ANAFILÁCTICA:

La anafilaxia es una reacción alérgica repentina, severa, que puede afectar a varias partes del cuerpo (tales como la piel, el tracto respiratorio, el sistema cardiovascular y el tracto intestinal), y que es potencialmente fatal.

Los síntomas ocurren en un lapso que va desde algunos minutos, hasta dos horas luego del contacto con la sustancia que provoca la alergia, aunque puede verse hasta cuatro horas después.

Cantidades muy pequeñas de la sustancia que determina alergia puede determinar una reacción anafiláctica.

Las causas más comunes de alergias son alimentos (maní, almendras, nueces, mariscos, pescados, huevos y alimentos con colorantes), medicamentos (para el dolor, antibióticos, etc.) y picaduras de insecto.

Todo el personal escolar debe conocer los casos de estudiantes con antecedentes de alergias que pueda poner en riesgo la vida de los mismos. Estos niños deben tener un plan de actuación personal de emergencia, que debe estar señalado en las tarjetas de registro individual, y donde aparezca claramente señalados tanto los alimentos, sustancias o medicamentos que puedan determinar alergia y como se debe actuar si se presenta una reacción alérgica.

Los signos de una reacción alérgica severa son:

- Ronchas y erupción por todo el cuerpo
- Palidez
- Dificultad para tragar o babeo
- Confusión, debilidad
- Pérdida del conocimiento
- Mareos
- Enrojecimiento de la cara
- Color azulado alrededor de la boca y los ojos
- Dificultad para respirar
- Inflamación de los labios y las orejas.

En caso de que el niño tenga una reacción alérgica severa, revise el plan individual del niño, y suministre el medicamento que haya sido aprobado por los padres, y traslade inmediatamente al hospital.(2,15,37,38)

En situaciones de reacciones alérgicas muy severas, está indicado el uso de dosis de adrenalina, que viene en forma de lápiz, con un mecanismo de auto inyección, que se coloca en la parte externa del muslo, como se señala en la figura(39).



Una vez aplicada la dosis de adrenalina, el niño debe ser trasladado de manera inmediata al hospital.

En caso de que un niño haya estado expuesto a una sustancia que le determina alergia, y presenta síntomas de una reacción alérgica leve (ojos rojos y lagrimosos, picazón en la nariz, estornudos, mucosidad nasal y ronchas en una parte del cuerpo), debe ser observado estrictamente por 2 horas para detectar si el cuadro se hace más severo, y avisar a los padres.

ASMA BRONQUIAL EN CRISIS:

Todo el personal escolar debe conocer los casos de estudiantes con antecedentes de asma. Estos niños deben tener un plan de actuación personal de emergencia, que debe estar señalado en las tarjetas de registro individual, y donde aparezca claramente señalados los medicamentos que recibe el niño en situaciones de emergencia y la aprobación de su administración en caso de ser necesario.

Los signos de dificultad respiratoria en un niño con una crisis de asma son:

- Silbidos o sibilancias, sonidos agudos al respirar o toser
- Respiración rápida
- Aleteo de las ventanas de la nariz
- Aumento del uso de los músculos del estómago y del pecho para respirar
- Pecho apretado
- Tos excesiva

En caso de que un niño asmático presente estos signos, administre la medicina indicada por los padres en su plan de emergencia individual registrado en su tarjeta.

Mantenga al niño sentado, tranquilo y aconseje que respire lenta y profundamente por la nariz y espire por la boca y avise a los padres.

En caso de que la dificultad respiratoria se desarrolle y se agrave rápidamente, que los labios y la raíz de las uñas se estén poniendo azules o que no mejoren los síntomas, traslade inmediatamente al hospital(2,15,40).

CRISIS CONVULSIVAS:

Las crisis convulsivas son eventos de aparición súbita caracterizados por la presencia de movimientos anormales de estiramiento forzado, sacudida o pérdida del tono muscular de una parte o la totalidad del cuerpo en asociación o no a pérdida del estado de conciencia.

En caso de presentarse una crisis convulsiva, debe considerarse como una de las mayores emergencias que amerita el traslado inmediato a un centro de atención médica, pues la extensión del episodio está en relación directa con el daño cerebral que acarrea.

En principio el cuidador deberá:

- Mantener la calma.

- Evitar que el niño se haga daño golpeándose su cabeza u otras partes del cuerpo con algún objeto de alrededor.
- Liberar la nariz y la boca de cualquier posibilidad de obstrucción, colocando al niño inclinado con la boca hacia abajo, empujando desde detrás del pabellón de la oreja el maxilar inferior hacia adelante.
- No introducir objetos ni bebidas en la boca del niño
- Evitar en todo lo posible las excitaciones o estímulos exteriores (conversaciones en alta voz, gritos, luz intensa, aglutinación de gente alrededor, estimulando la respuesta convulsiva.
- Lateralizar la cabeza y el cuerpo para prevenir la asfixia por acúmulo de secreciones al término de la convulsión
- No tratar de detener la convulsión, limitando los movimientos del niño, sacudiéndolo o arrojándole agua. Las crisis convulsivas tienden a autolimitarse.
- Proporcione tranquilidad al niño al término de la convulsión, pues éste puede estar confundido, desorientado o asustado.
- Procure controlar la temperatura en caso de fiebre.
- No administre ningún medicamento.
- Trasladarse al centro de salud más cercano a la brevedad posible.

Es indispensable que en toda institución educativa donde asistan niños, los cuidadores estén entrenados en las maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar.

A tal fin para concluir este capítulo, haremos referencia a las **MANIOBRAS BÁSICAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR** en niños

El paro cardiopulmonar es un evento súbito, inesperado y potencialmente reversible de las funciones de los pulmones y el corazón. El apoyo vital básico pediátrico describe una secuencia de maniobras destinadas a evaluar, sostener o restablecer la ventilación y la circulación eficaces del niño en paro respiratorio o cardiopulmonar. Este proceso a menudo se enseña como una serie de pasos bien diferenciados para facilitar la retención de aptitudes.

En los niños, las causas del paro cardiopulmonar son múltiples y comprenden el síndrome de muerte súbita del lactante, traumatismos, asfixia por cuerpos extraños en la vía aérea (atragantamiento), ahogamiento por inmersión, asma grave e infecciones severas.

La mayoría de los paros cardíacos que ocurren fuera del hospital en lactantes y niños se producen en el hogar o guarderías, donde los niños se encuentran bajo la supervisión de los padres o de las personas a cargo de su cuidado (41, 42).

Siguiendo unas sencillas reglas que se denominan el

ABC, letras que salvan vidas, se aprende a identificar un paro cardiopulmonar, a llamar rápido por ayuda y poner en práctica la RCP (Reanimación Cardiopulmonar) inmediata; al realizar estas maniobras usted puede colaborar a una mejor evolución del paciente en situación de paro cardiopulmonar.

1.- Determine si la víctima está inconsciente o no: para esto mueva suavemente su hombro o espalda, grítele: "¿Está usted bien?" Si no hay respuesta, lo primero que debe hacer es pedir ayuda, alguien que esté cerca debe colaborar.

2.- Abra la vía aérea: para esto ponga una mano sobre la frente de la víctima y presione firmemente hacia atrás. La otra debe estar sobre la parte ósea del mentón y elevarlo suavemente.



Con esta maniobra usted puede conseguir que el mentón se dirija hacia arriba y la lengua desobstruya la vía aérea. Coloque su oído sobre la boca y nariz de la víctima mirando sobre su pecho, para así verificar si hay o no respiraciones espontáneas.

3.- Si el resultado es negativo debe administrar dos respiraciones de un segundo de duración, boca-boca, boca-nariz o boca-nariz-boca, llamadas respiraciones de rescate.



4.- Verifique si hay signos de circulación, esto incluye observar la coloración del paciente, si hay o no movimientos y de ser posible verificar los pulsos. En los pacientes menores de un año de edad el pulso se palpa en la cara interna y parte media del brazo y en los pacientes mayores de un año.



a nivel carotídeo, usando la manzana de Adán como punto de referencia. Estas maniobras no deben durar más de 10 segundos. Si el paciente no se mueve, está cianótico o "morado" se debe inferir que está en parada cardíaca, debiendo proceder a dar compresiones torácicas.

5.-En los recién nacidos y lactantes, los pulgares del rescatador se colocan en la línea media del pecho inmediatamente por debajo de la línea intermamaria, o un través de dedo por debajo de la línea intermamaria con los dedos medio y anular.



En los pacientes mayores de un año se usa el "talón" de una o dos manos colocadas en la línea media del pecho inmediatamente por debajo de una línea imaginaria intermamaria. Los dedos de la mano no deben hacer presión sobre la piel del paciente, lo codos deben estar extendidos. Cada vez que presione debe contar en voz alta "uno...dos., tres." Si está reanimando solo, debe contar hasta 30 y dar 2 respiraciones, y si está acompañado debe dar 15 compresiones y 2 respiraciones de un segundo cada una(43,44,45).



Una vez recuperado el paciente, debe ser trasladado a un centro de atención hospitalaria.

Con un simple entrenamiento y siguiendo estas normas, se puede salvar la vida de un niño en caso de presentarse un paro cardiorrespiratorio.

Los padres confían a sus hijos a las guarderías mientras trabajan, y esperan que éstos sean atendidos de manera segura. El saber cómo actuar de forma rápida y efectiva ante un accidente o una emergencia médica, es una herramienta indispensable para garantizar la integridad de los niños que asisten a las guarderías.

REFERENCIAS:

- Ministerio del Poder Popular para la Salud. 2005. Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital.
- American Public Health Association and American Academy of Pediatrics. Caring for Our Children. National Health and Safety Performance Standards: Guidelines for Out-of-Home Child Care Programs. Washington, DC, 2002.
- The ABC's of safe and healthy child care: a handbook for child care providers. Washington DC: Centers for Disease Control and Prevention; 1996.
- Planillas de registro. Escuela Segura y Saludable. Programa de Prevención de Accidentes Mendoza. Argentina. Disponible en URL: http://www.escolasegura.mendoza.edu.ar/guia_primeros_auxilios.htm. Consultado el 07-01-2008.
- Ficha de registro de los alumnos y el personal. Manual de Socorrismo Básico para Escuelas. Sociedad Argentina de Medicina. Disponible en URL: <http://www.samct.org.ar/prevenccion/manualsb/cap01/indexc01.htm>. Consultado el 07-01-2008.
- Geller R.,Leslie I., Nodvin J. Safe and healthy School Enviroments. *Pediatr Clinics North Am* 2007; 54 (2):351-357.
- Zona Pediátrica, Comunidad de Salud Infantil. Argentina. Disponible en URL: <http://www.zonapediatrica.com/prevenccion-de-accidentes/botiquin-de-primeros-auxilios.html> . Consultado el 09-01-2008.
- Canale ST. Fracturas y luxaciones en la infancia. En: Canale ST. Campbell: cirugía ortopédica. 9ed. Madrid: Harcourt Brace; 1998.p.2363-2536.
- Korner J, Hansen M, Weinberg A, Hessmann H, Fractures in childhood, diagnosis and management in acute and chronic cases current concepts and review of the literature. *J Trauma*. 2004; 30(6): 361-370.
- Lesiones Traumáticas. Socorrismo Básico para escuelas. CD14 .Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de Argentina Disponible en URL: <http://coleccion.educ.ar/coleccion/CD14/contenidos/traumaticas/index.html>. Consultado el 10-01-2008.
- Sara A. Schutzman, Patrick Barnes, Anne-Christine Duhaime, Evaluation and Management of Children Younger Than Two Years Old With Apparently Minor Head Trauma: Proposed Guidelines. *Pediatrics* 2001; 107: 983-993.
- Jennifer Oman, Richelle Cooper, James Holmes. Performance of a decision rule to predict need for computed tomography among children with blunt head trauma. *Pediatrics*. 2006; 117: 238- 246.
- Diaz MS. Traumatic brain and spinal cord injuries. *Pediatr Clin North Am*. 2004; 51(2): 271-303.
- Marx J. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practices. 5th Ed. St. Louis Missouri: Mosby;2002: 306-314.
- Martín M., González R., Vega M., Guías para Emergencias en Escuelas. Programa de Emergencias Médicas Pediátricas. Universidad de Puerto Rico y Hospital Pediátrico Universitario. Departamento de Salud de Puerto Rico.2004.
- Bronwn N, Berkowitz R. Epistaxis in healthy children requiring hospital admission. *J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2004 Sep;68(9):1181-4
- Bravo J, Merino M. Epistaxis. Asociación Española de Pediatría de atención pediátrica. Disponible en URL: www.aepap.org/familia/epistaxis.htm. Consultado el 11-01-2008.
- Dr. Ricardo Franco Hernández. Asociación Nacional de Profesores en Pediatría, A.C. Colegio de Pediatras del Estado de Sonora, A.C. México.Traumatismos dentales en niños ¿Qué hacer? Disponible en URL: <http://www.copeson.org.mx/informacion/tdentales.htm>. Consultado el 12-01-2008.
- Carmona, G. Toxicología Pediátrica. (3ª ed.).Caracas: Alfa Impresores C.A; 2002.
- Dreisbach, R.H.& Robertson, W. Manual deToxicología Clínica. (6ª ed.). México: Manual Moderno; 1998.
- Chameides Leon,MD. Emergencias relacionadas con la temperatura en Salvacorazones Primeros Auxilios con RCP y DEA. American Heart Association. 2003:106-112.
- Sheridam R, Ryan C, Petras L, Lyndon M, Weber J, Tompkins R. Quemaduras en niños menores de dos años: experiencia con 200 ingresos consecutivos. *Pediatrics* 1997;44: 293-294.
- Urbina M, H. Quemaduras en niños. *Boletín del Hospital de Niños "J. M... de los Ríos"*. 1999; 35(3): 63-69
- McLaughlin E, McGuire A. The causes, cost, and prevention of childhood burn injuries. *Am J Dis Child* 1990 Jun; 144(6):677-83
- Lochaitis A, Iliopoulou E, Komminakis E, Poniros N, Chalkitis S, Seferi A, Poulidakos L. Burns as a result of domestic accidents and their prevention. *Burns* 1992 Oct; 18(5):416-8.
- Hansbrough JF et al." Pediatric burn". *Pediatr in Rev* 1999; 20:117-123.
- Urbina M, H. Los primeros 60 minutos de una emergencia. *Boletín del Hospital de Niños J.M. de los Ríos*. 2001; 37(3) :55-57
- Roberts AH. Burn prevention--where now? *Burns* 2000 Aug;26(5):419-21.

29. Mordeduras de gatos y de perros. Academia Estadounidense de Médicos de Familia. Familydoctor.org. mayo 2006. Disponible en URL: <http://familydoctor.org/online/famdocs/home/healthy/firstaid/bites/203.html>. Consultado el 12-01-2008.
30. Noble J, ed. Textbook of Primary Care Medicine. 3rd Ed. St. Louis, Mo: Mosby; 2001:805-813
31. Marcano R.. Conducta ante un emponzoñamiento escorpiónico. Disponible en URL:<http://caibco.ucv.ve/ESCORPIO/suero.htm>. Consultado el 15 -01-2008.
32. Primeros auxilios en caso de atragantamiento en niños. Educación médica continua. Disponible en URL: http://www.tusalud.com.mx/pdf/primeros_auxilios.pdf. Consultado el 12-01-2208
33. Children's Health Encyclopedia.Obstrucción de las Vías Respiratorias. Disponible en URL: http://www.dellchildrens.net/kids_health_from_az/childrens_health_encyclopedia.asp?pageid=P06061&nav_id=4749. Consultado el 12-01-2008.
34. Levin DL, Morriss FC, Toro LO. Drowning and near-drowning. *Pediatr Clin North Am* 1993; 40: 321-336.
35. Bross MH, Clark JL. Near drowning. *American Family Physician* 1995; 51(6): 1545-1551.
36. Prevention of Drowning in Infants, Children, and Adolescents. Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. *PEDIATRICS* Vol. 112 No. 2 August 2003, pp. 437-439
37. Kemp SF, Lockey RF. Anaphylaxis: a review of causes and mechanism. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 110: 341-348.
38. 2005 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Anaphylaxis. *Circulation* 2005; 112; IV-143-IV-145
39. Vega Castro A. Alergia al veneno de abejas y avispas. Tratamiento. Comité de Alergia a Himenópteros de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica. Disponible en URL: http://www.alergiaabejasyavispas.com/secciones/sec1/seccion01_5b.asp. Consultado el 10-01-2008.
40. American Lung Association. Asthma Alert for Teachers. Available at: http://www.lungusa.org/school/asthma_alert.html Accessed June 10, 2008
41. Hickey R y col. Resumen de los aspectos más destacados de las Guías 2005 para resucitación cardiopulmonar y atención cardiovascular de emergencia de la American Herat Association. *Currents in Emergency Cardiovascular care*. 2006; 16:3-27.
42. Urbina Medina H, Henríquez A, Gabrielle I. Tópicos actuales sobre reanimación básica y avanzada en pediatría". *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*; 2000 (63) 1: 2-13.
43. Chameides Leon, MD. RCP en Salva corazones Primeros Auxilios con RCP y DEA. American Heart Association. 2003:65-77.
44. Hazinski M. AVAP Manual para proveedores. American Heart Association. AVB para el proveedor de AVAP. 2003; 3: 43-80
45. Spaite DW, Conroy C, Tibitts M. Use of emergency medical services by children with special health care needs. *Prehosp Emerg Care*. 2000; 4: 19-23.