

Recomendaciones para el manejo del niño con enfermedades alérgicas en la escuela

Recommendations for the management of the child with allergic diseases at school

Documento conjunto del Comité Nacional de Alergia,
Comité de Pediatría General Ambulatoria y
Grupo de Trabajo de Salud Escolar, Sociedad Argentina de Pediatría

Dr. Ricardo J. Saranz^a, Dr. Alejandro Lozano^a, Dra. Andrea Mariño^a,
Dr. Raúl V. Boudet^a, Dra. María Paula Sarraquigne^a, Dra. María Elena Cáceres^a,
Dra. Gloria Bandín^a, Dra. Alicia Lukin^b, Dr. Víctor Skrie^a, Dra. María Cristina
Cassaniti^a, Dr. Claudio Agüero^a, Dra. Marta Chorny^c, Dra. Débora S. Reichbach^c,
Dr. Roque Gustavo Arnolt^a, Dr. Aldo Cavallo^a

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.276>

RESUMEN

Las enfermedades alérgicas representan un grupo de patologías que producen gran impacto en la calidad de vida de niños y adolescentes al ocasionar ausentismo y deficiencias en el desempeño escolar.

A pesar de que el marco bibliográfico sobre las patologías alérgicas es muy amplio, no existen, en nuestro medio, pautas para el manejo apropiado de niños con estas enfermedades en la escuela. Es necesario establecer guías para contribuir a una acción coordinada entre la comunidad educativa, las familias, el pediatra, el equipo de salud y las autoridades gubernamentales y no gubernamentales.

Esta toma de posición tiene como objetivos proveer información acerca del impacto de las enfermedades alérgicas en las actividades escolares, establecer pautas de competencia de los distintos actores sociales en el ámbito escolar y considerar el marco legal vigente para la intervención de la comunidad educativa sobre el niño con alergias en la escuela.

Palabras clave: trastornos del aprendizaje, calidad de vida, rinitis alérgica, asma, anafilaxia.

ABSTRACT

Allergic diseases cause great impact on the health related quality of life in children and adolescents, resulting in increased school absenteeism and deficiencies in school performance.

Although the bibliographic framework on allergic diseases is wide, in our country, there are no guidelines for proper management of the

allergic child at school. It is necessary to establish guidelines for coordinated action among the educational community, the families, the pediatrician, the health team and governmental and non-governmental authorities.

This position paper aims to provide information about the impact of allergic diseases on school activities, establish standards of competence of the various stakeholders at school and consider the legal framework for the intervention of the school staff about the child with allergies at school.

Key words: learning disorders, quality of life, allergic rhinitis, asthma, anaphylaxis.

INTRODUCCIÓN Y MAGNITUD DEL PROBLEMA

Las enfermedades alérgicas son un problema de salud pública por su elevada prevalencia, su impacto en la calidad de vida y el gasto sanitario que ocasionan. Según la Organización Mundial de la Salud, ocupan el sexto lugar entre las enfermedades de la infancia, representan un tercio de las enfermedades crónicas en pediatría y uno de cada cinco niños manifiesta una enfermedad alérgica en la edad escolar.¹

- Comité Nacional de Alergia.
- Grupo de Trabajo de Salud Escolar.
- Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria.
Sociedad Argentina de Pediatría.

Correspondencia:
Dr. Ricardo J. Saranz:
rsaranz@arnet.com.ar

Financiamiento:
Ninguno.

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 19-12-2014
Aceptado: 5-1-2015

Colaboradores: Karina López^a, María Eugenia Gervasoni^a, Irene Araújo^a,
Patricia Pendino^a, Fabio Orellano^a, Antonio Sánchez Segovia^a, Jorge García^a,
Norberto Procopio^a, Betina Menéndez Porfilio^a, Horacio González^a, Elsa Mindel^a,
Julio Orellana^a, Laura V. Sasia^a y Nilda Daguerre^a

Las más frecuentes incluyen asma, rinitis alérgica, urticaria, dermatitis atópica, alergia por alimentos y anafilaxia.¹ Generalmente, son enfermedades subestimadas que deterioran la calidad de vida de niños y adolescentes, y generan ausentismo escolar, dificultades del aprendizaje y en la integración social²⁻⁵ (Tabla 1).

Los alumnos, en la escuela, se exponen a contaminantes (tiza, vapores químicos y productos de combustión) y alérgenos. Entre estos últimos, adquieren relevancia los ácaros, mohos, epitelio de animales de las alfombras y colchonetas que usan los alumnos y alimentos en los comedores y kioscos escolares.^{5,6} Es importante una buena ventilación y limpieza del aula para asegurar condiciones con la menor concentración posible de alérgenos e irritantes. En los alérgicos a insectos, deben extremarse los cuidados en los campos de deportes.⁵

Existen dos situaciones críticas que requieren especial atención: la exacerbación aguda de asma² y la anafilaxia,⁷ que pueden necesitar cuidados preventivos y pautas de acción para la emergencia. Además, la rinitis alérgica, sin riesgo fatal, produce una gran afectación de la calidad de vida.⁴ Esto hace necesario un esfuerzo educativo conjunto y definir el rol de los distintos actores sociales frente a estos escenarios.

No existen guías nacionales de recomendaciones para el manejo de las alergias en la escuela, por lo que se considera necesaria la redacción de un documento de toma de posición. Este se basa, principalmente, en guías clínicas desarrolladas por sociedades científicas internacionales, trabajos de revisión y aportes de expertos, y tiene los siguientes objetivos:

- a. Proveer la información necesaria a pediatras y equipo de salud, docentes, autoridades sanitarias-educativas y a la comunidad acerca del reconocimiento de los síntomas de las enfermedades alérgicas y de su impacto sobre el desempeño escolar.
- b. Establecer el rol y las pautas de competencia para la comunidad de docentes, familias y médicos.

- c. Considerar los aspectos médico-legales vigentes en nuestro medio para la intervención de la comunidad educativa en niños y adolescentes con enfermedades alérgicas en la escuela.
- d. Alertar a las autoridades gubernamentales acerca de la magnitud del problema.

LA INTERACCIÓN DE LOS RESPONSABLES EN LA ESCUELA

El manejo adecuado de las alergias en la escuela requiere de la acción integral y coordinada del personal docente y no docente, de las familias, del pediatra y del equipo de salud y de las autoridades gubernamentales y no gubernamentales encargadas del marco legal.^{5,8}

Las evidencias indican que *los docentes* no tienen conocimiento apropiado del impacto de las enfermedades alérgicas.⁹⁻¹¹ Dentro del ámbito escolar, deben ser reconocidos como agentes promotores de salud, por lo que nociones básicas sobre las alergias deberían formar parte de su currícula y la responsabilidad para su información recae en el equipo de salud.^{8,10,12}

En Argentina, así como en otras latitudes, la legislación de la intervención del docente sobre los alumnos es disímil.⁵ Esto adquiere especial relevancia en situaciones extremas, como la anafilaxia y la exacerbación aguda de asma. Los docentes, las autoridades y el personal escolar debidamente informados pueden contribuir, con acciones preventivas, al manejo adecuado de la patología alérgica del niño en la escuela (Tabla 2).

El rol de *las familias* es fundamental. Deben conocer las características de la enfermedad de su hijo y ser el nexo obligado entre el médico y la escuela (Tabla 3).

La comunicación entre el *médico pediatra*, la familia y el niño alérgico debe basarse en la empatía. Para la comprensión de la realidad sociocultural de este grupo especial de niños, el médico pediatra y el especialista tienen un papel definido (Tabla 4).

RINITIS ALÉRGICA EN EL ESCOLAR

La rinitis alérgica es la enfermedad crónica más

TABLA 1. Impacto de las enfermedades alérgicas en los niños dentro del ámbito escolar

1. Deficiencia en el desempeño escolar y el aprendizaje durante el día por alteración de la calidad del sueño.
2. Disminución del rendimiento en las actividades físicas curriculares.
3. Cambios en el carácter (irritabilidad, ansiedad), desajustes familiares y en la relación familia-escuela.
4. Dificultades en la integración con los compañeros.
5. Algunas medicaciones producen somnolencia, irritación, disminución de la concentración y del rendimiento escolar.
6. La existencia de comorbilidades genera un mayor impacto escolar.

frecuente de la infancia.⁴ Se define clínicamente por estornudos, prurito, secreción serosa y bloqueo nasal consecuentes a la inflamación de la mucosa inducida por la exposición a alérgenos.^{13,14}

La prevalencia en la segunda infancia es del 20,6% y, en la adolescencia, del 34,9%.¹⁵ El 50% de los pacientes con rinitis alérgica tienen asociados síntomas oculares.¹⁶

El diagnóstico se basa en la clínica, el examen físico y las pruebas cutáneas positivas para alérgenos.^{13,14}

Afectación de la escolaridad

La rinitis es una enfermedad habitualmente subdiagnosticada y subvalorada tanto por el niño y la familia como por maestros y médicos.^{4,13,14} La alteración de la función nasal afecta la calidad de vida en forma proporcional a la gravedad, con impacto en el rendimiento escolar.^{4,17}

El efecto sobre la escolaridad puede ser directo o indirecto.^{4,17} El prurito y la secreción nasal llevan al niño a rascarse y limpiarse de manera frecuente. El estornudo a repetición interrumpe la actividad y obliga al cierre de los ojos. El bloqueo condiciona insuficiencia

ventilatoria nasal y necesidad de suspirar, que interfiere en la actividad escolar y deportiva, lo que se agrava si se asocia a conjuntivitis.¹⁶⁻¹⁸ El efecto indirecto es consecuencia de la alteración del sueño, que produce inatención,¹⁷ infección respiratoria recurrente, alteración de la audición por disfunción de la trompa de Eustaquio¹⁹ e impacto sobre la secuencia vigilia-sueño.^{20,21}

El uso inadecuado de fármacos para el control de los síntomas agrava el impacto sobre la calidad de vida ocasionada por la rinitis. La indicación de antihistamínicos de primera generación suele inducir somnolencia, efectos anticolinérgicos y falta de concentración.^{17,22} Drogas descongestivas alfa adrenérgicas pueden producir taquicardia, excitación y cefaleas.¹⁷

Signos de alerta para familias y docentes

Las familias y maestros de niños con rinitis alérgica deben prestar atención al niño que se duerme en la actividad escolar, se cansa con facilidad, no cumple con las consignas académicas, presenta parpadeo, sonado y rascado frecuente de nariz y ojos, aclaración faríngea, congestión ocular y cefaleas.^{4,17,23} En el hogar,

TABLA 2. Rol de la comunidad educativa

1. Identificar al niño alérgico en la ficha de inscripción a través del informe médico.
2. Asegurar un ambiente escolar con la menor concentración posible de alérgenos y contaminantes.
3. Establecer con claridad los pasos para la solicitud de atención médica de emergencia y de aviso a los responsables del niño.
4. Evitar la discriminación del niño alérgico.
5. Interactuar con responsables del niño y el pediatra o especialista acerca de las pautas terapéuticas para respetar dentro del ámbito escolar.
6. Garantizar el cumplimiento de las medidas de acción en actividades dentro y fuera de la escuela.

TABLA 3. Papel de las familias y responsables del niño

1. Comunicar por escrito a la escuela que el niño padece una enfermedad alérgica.
2. Precisar un modo de contacto ante una situación de emergencia (números de teléfono de primer contacto y alternativos; números de teléfono de servicios de emergencia; teléfono y dirección del efector de salud público o privado al que el niño debe ser derivado, etc.).
3. Proporcionar a las autoridades de la escuela una copia del informe médico acerca de la enfermedad alérgica del niño.
4. Informar desencadenantes posibles, síntomas premonitorios de una exacerbación, tratamiento utilizado y sus posibles efectos adversos.
5. En caso de alergia a alimentos, colaborar con el colegio en la preparación de actividades con riesgo potencial (viajes, fiestas y otras) facilitando listados de productos y alimentos alternativos.
6. Evitar que el niño sea motivo de sobreprotección o discriminación innecesaria.

Tabla 4. Rol del médico y del equipo de salud

1. Realizar un diagnóstico adecuado de la enfermedad alérgica.
2. Comunicar, por escrito y en lenguaje accesible, el diagnóstico y el tratamiento a los padres y, por su intermedio, a las autoridades del colegio.
3. Establecer un plan de manejo por escrito que incluya medicación preventiva y de rescate para urgencias.
4. Informar sobre enfermedades alérgicas al personal docente y no docente de la escuela.

puede observarse, en el niño, la necesidad de aumentar el volumen del televisor por incapacidad auditiva.

Actitud médica frente al niño con rinitis alérgica

En la evaluación clínica del niño, se debe considerar el impacto en el rendimiento escolar y deportivo, la afectación del estado de sueño y vigilia^{20,21} y las comorbilidades, que amplían el efecto negativo sobre la calidad de vida (Figura 1).^{13,17}

El tratamiento basado en las guías clínicas contribuye a optimizar los resultados escolares.^{13,14,23} Se deben evitar los antihistamínicos de primera generación y drogas alfa adrenérgicas.²² Las drogas de elección son los esteroides intranasales y los antihistamínicos de segunda generación.^{13,14} La inmunoterapia con alérgenos permite el ahorro de medicamentos, tiene la potencialidad de modificar la evolución natural de la rinitis y no influye en las actividades escolares.²⁴

EL NIÑO CON ASMA EN LA ESCUELA

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea intratorácica, caracterizada por crisis periódicas de tos, disnea y sibilancias de intensidad y frecuencia variable, consecuentes a una obstrucción variable al flujo aéreo.^{25,26}

En Argentina, la prevalencia es del 15,4% en los niños de 6-7 años y del 13,3% en los de 13-14 años. Las exacerbaciones graves consumen el 50% de los costos totales por asma en el mundo y, según estudios locales, representan el 60% de los costos directos.²⁷

Impacto del asma en las actividades escolares

El niño con asma tiene frecuentes exacerbaciones y despertares nocturnos, que afectan la calidad del sueño y el desempeño escolar.² La rinitis, coexistente en el 80% de los casos, agrega un impacto adicional en la calidad de vida.²⁸

Un tercio de los padres de estos niños reportaron ausentismo escolar en el último año, proporcional al grado de asma, lo que genera un impacto negativo en el rendimiento, en la integración social y en el cumplimiento de los objetivos académicos.^{2,29}

El niño con asma puede presentar limitaciones en sus actividades físicas escolares, que dificultan el vínculo con profesores y compañeros.^{2,5} El uso de broncodilatadores beta agonistas de acción rápida y corta puede producir temblores involuntarios, incomodidad y temor.²

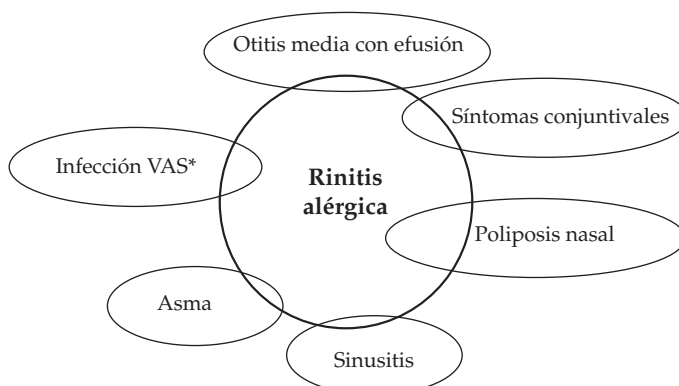
El niño y el adolescente con asma, en concordancia con su desarrollo y aprendizaje, deberán efectuar lo siguiente:

- Saber que tienen asma y cuáles son sus desencadenantes.
- Reconocer los síntomas premonitorios y comunicarlos al personal de la escuela y sus familias.
- Saber utilizar la medicación broncodilatadora ante la emergencia.

Papel de los responsables del niño

Debieran informar a maestros acerca de la gravedad del padecimiento con un informe médico de los síntomas premonitorios de una exacerbación y los planes de acción indicados.

FIGURA 1. Comorbilidades asociadas a la rinitis alérgica



* VAS: vía aérea superior.

Asimismo, deberán proporcionar la medicación de emergencia para utilizar ante la presencia de síntomas.⁵

Rol de docentes y personal de la escuela

Los docentes, en la formación del alumno, deben ser agentes promotores de la salud, particularmente en aquellos niños con enfermedades crónicas. Esta actitud asociada al pediatra, quien asiste a la mayoría de los niños con asma, ayuda a promover la autonomía necesaria para un autocontrol del asma en el hogar y en la escuela.^{8,12}

El docente debe reconocer al niño con asma a través de un informe médico para favorecer la participación en todas las actividades y en las de educación física cuando se encuentren controlados, reducirlas ante la presencia de síntomas y comunicar esta situación a los padres. La carrera libre cronometrada debe revisarse y adaptarse a las particulares condiciones del niño con asma.³⁰

Función del médico pediatra y del especialista

El especialista deberá mantener una fluida comunicación con el pediatra y la familia del niño.^{5,31} Deberá precisar el diagnóstico de asma sin eufemismos, su gravedad, no subestimar la presencia de síntomas atípicos (por ej.: tos desencadenada por ejercicio físico) y establecer un plan de manejo terapéutico por escrito.

El médico responsable tiene la oportunidad de contribuir a la educación en el conocimiento del asma, lo que favorece la relación médico-paciente-familia-escuela,^{8,31} actitud que permitirá reducir el impacto del asma en las actividades escolares del niño.³⁰

DERMATITIS ATÓPICA Y URTICARIA

La dermatitis atópica y la urticaria son patologías frecuentes, que afectan la calidad de vida de los niños en todos los ámbitos y, particularmente, en la escuela.

La dermatitis atópica es una enfermedad inflamatoria crónica y multifactorial en la que interactúan aspectos genéticos, inmunológicos, metabólicos, infecciosos y neuroendócrinos con el medio ambiente.³² Se manifiesta con prurito, eritema, pápulas, vesículas, escamas, costras y/o liquenificación.³³ Su prevalencia en Latinoamérica es del 7 al 15%.³⁴ La mayoría inicia sus síntomas en el primer año de vida.³²

La urticaria, de etiología heterogénea, se manifiesta con ronchas o habón eritematoso

como patrón de lesión cutánea.³⁵ La forma aguda, generalmente benigna, puede asociarse con angioedema y, excepcionalmente, con anafilaxia. La mitad de las formas crónicas, en pediatría, se resuelven alrededor de los 5 años.³⁶

Las exacerbaciones de la dermatitis pueden asociarse a infecciones, aeroalérgenos, alimentos, temperaturas extremas y contactantes.³²

La urticaria puede ser idiopática o desencadenada por infecciones, alimentos, fármacos, inmunizaciones, látex, picadura de insectos, aeroalérgenos, factores físicos y enfermedades sistémicas,^{36,37} a muchos de los cuales el niño puede estar expuesto en el ámbito escolar.⁵

Efecto sobre la escolaridad

Ambas enfermedades alteran la calidad de vida y generan en el niño efectos físicos, psicológicos y sociales frecuentemente subestimados.^{3,36} El prurito crónico afecta la concentración e interfiere en el sueño.³⁸ El mal descanso, sumado a los efectos de algunos antihistamínicos, produce sedación y cambios de humor.²² Estos niños alternan momentos en los que están inquietos e irritables por el prurito con otros en los que están somnolientos y faltos de voluntad para trabajar en clases.^{3,5}

Las lesiones de la dermatitis atópica pueden ser muy visibles y ocasionar estigmatización, rechazo, burlas y discriminación, lo que genera cambios emocionales, que pueden llevar a la deserción escolar.³

Guía para la ayuda en la escuela

Es fundamental el trabajo interdisciplinario de la comunidad educativa, médicos, equipo de salud y familiares para el abordaje de estas patologías.³⁹ Entre las pautas de ayuda, se sugieren las siguientes:

- a. Aportar información sobre ambas enfermedades a todos los integrantes de la comunidad educativa para ayudar a derribar las falsas creencias sobre su contagio y favorecer la inclusión.
- b. Evitar la exposición excesiva al sol y a temperaturas extremas.
- c. Permitir que los niños utilicen cremas humectantes para su confort y reciban los tratamientos indicados.
- d. Adecuar la práctica deportiva según la posibilidad institucional. En caso de practicar natación, limitar la exposición al agua de la piscina y rehidratar la piel luego de la actividad.⁵

- e. El pediatra y el especialista deberían considerar, en casos problemáticos, la medición de la calidad de vida mediante cuestionarios para generar estrategias conjuntas con familiares y docentes.^{3,33}

EL NIÑO CON ALERGIA A LOS ALIMENTOS

La alergia a alimentos afecta del 4 al 7% de los niños en edad escolar.⁴⁰ En nuestro país, los alérgenos más frecuentes son la leche de vaca y el huevo.

La calidad de vida de estos niños y su entorno familiar está muy afectada, ya que requiere permanente y estricta vigilancia, lo que ocasiona una considerable preocupación cuando el niño asiste a instituciones escolares. Esta condición puede generar dificultades en el vínculo con sus pares (hostigamiento, discriminación, burlas, etc.),⁴¹ por lo que se deberían instaurar medidas que favorecieran la plena integración.⁴²

Conseguir que la actividad de los niños en todos los ámbitos sea segura es un verdadero desafío, por lo que se requieren estrategias de prevención y de manejo terapéutico ante la presentación de síntomas, en especial la anafilaxia.⁴⁰

Las reacciones alérgicas por alimentos pueden ocurrir en el aula, zona de juegos, cantina, transporte escolar y excursiones. Los síntomas iniciales suelen ser leves y difíciles de reconocer por lo siguiente:

- Falta de diagnóstico previo.
- Ingestión no controlada del alimento (intercambio entre niños).
- Ignorancia de la composición o la existencia de reacciones cruzadas.
- Ingestión inadvertida debido al mal etiquetado de los alimentos.
- Contactos indirectos o contaminación con el alimento (servilletas, utensilios de cocina).
- Errores en la dieta de restricción.
- La alergia a proteínas de alimentos ocurre frecuentemente en el ámbito escolar y su gravedad y desenlace son difíciles de predecir.^{5,40}

El pediatra debe interactuar con el especialista para el diagnóstico específico y establecer, en conjunto, la información y las estrategias de prevención para padres y docentes.^{42,43}

El personal de la escuela debe tener información precisa respecto a los niños con riesgo de padecer alergia alimentaria para reconocer los síntomas

y la gravedad, prevenir complicaciones y actuar ante una emergencia.^{10,11} Se deberían rotular los productos y alimentos aptos para su uso, cuidar la limpieza de las superficies y utensilios e impedir que los niños con riesgo compartieran alimentos.^{40,43}

La familia o responsables del niño deberán realizar lo siguiente:

- Informar a la escuela sobre la alergia de su hijo.
- Aportar un informe médico actualizado con las pautas de rutina y para la urgencia.
- Proveer al establecimiento escolar los medicamentos para la urgencia acompañados de la receta médica que especifique la posología.
- Controlar periódicamente su existencia y fecha de vencimiento.
- Establecer, junto con la dirección del colegio, el protocolo de intervención y actualizar los datos anualmente, en especial los teléfonos de contactos.
- Colaborar con el colegio en la preparación de actividades que puedan ser de riesgo (viajes, fiestas y otras) facilitando listados de productos y alimentos alternativos.^{40,43}

EL NIÑO CON ANAFILAXIA EN LA ESCUELA

La anafilaxia es una emergencia médica potencialmente mortal, que afecta dos o más sistemas.^{7,44,45} Es un síndrome complejo, desencadenado por mecanismos inmunológicos y no inmunológicos, que producen la liberación de mediadores químicos de mastocitos y basófilos responsables de signos y síntomas sistémicos.^{44,45}

Su prevalencia es del 2%.⁴⁶ El 82% de los casos ocurren en niños en edad escolar y, en un 20%, está asociada a la ingesta de un alimento en la escuela. La mortalidad varía entre 0,05% y 2%.^{5,46}

Las causas más frecuente en niños son las siguientes:^{46,47}

- Alimentos: leche, huevo, trigo, maní, nuez, soja y pescado.
- Fármacos: antibióticos (betalactámicos) y antiinflamatorios no esteroideos.
- Picaduras de insectos: himenópteros (abeja, avispa, hormiga colorada).⁴⁵

Manifestaciones clínicas

Los síntomas comienzan entre los 5 y los 30 minutos posteriores a la exposición al agente causal; excepcionalmente, pueden aparecer luego de varias horas.⁴⁷ La obstrucción respiratoria y el colapso

so cardiovascular son las causas más frecuentes de muerte. Los criterios clínicos para el diagnóstico de anafilaxia se observan en la *Tabla 5*.^{45,47}

Prevención y tratamiento

Es una emergencia que necesita ayuda médica de inmediato.^{5,7,47} La primera línea de tratamiento es la adrenalina intramuscular.^{7,47,48} Tanto el paciente como su entorno (familia, docentes, personal de la escuela, etc.) debieran estar entrenados para su adecuada y oportuna aplicación.⁵ El uso ambulatorio de autoinyectores permite una acción más rápida y eficaz de la adrenalina.^{45,49}

Las estrategias preventivas y terapéuticas deben indicarse por escrito y dependen de la causa de la anafilaxia. Para el caso de alergia a la picadura de himenópteros, se sugiere lo siguiente:^{7,45}

- a. Disponer de adrenalina autoinyectable en el botiquín de la escuela.
- b. Reducir la exposición a insectos eliminando nidos, colmenas y plantas que los atraen.
- c. Usar ropa de colores claros y mangas largas.
- d. Evitar caminar descalzo y usar perfumes.
- e. Actuar con precaución al jugar al aire libre o cerca del agua.

Las medidas para evitar anafilaxia por alimentos se detallan en el apartado del niño con alergia a los alimentos.

ASPECTOS MÉDICOS LEGALES

La República Argentina, por Ley N.º 23849, adhiere a la Declaración Universal de los Derechos Humanos diciendo: "Apruébase la

Convención sobre los Derechos del Niño".⁵⁰ El artículo 75, inciso 22 de esta ley, establece lo siguiente:

1. *En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.*

2. *Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables de él ante la ley y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.*

3. *Los Estados Partes se asegurarán de que las instituciones, servicios y establecimientos encargados del cuidado o la protección de los niños cumplan las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, número y competencia de su personal, así como en relación con la existencia de una supervisión adecuada.*

De lo expresado anteriormente, surge la necesidad de acordar las recomendaciones a los adultos responsables según roles y funciones de cada institución (familiar, educativa, social, deportiva, artística, de salud, etc.) para el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños, niñas y adolescentes.

No se conoce una legislación nacional clara y concreta con respecto a la administración de medicación según las necesidades y durante la permanencia del niño en la escuela, pero,

Tabla 5. Criterios clínicos para el diagnóstico de anafilaxia

Criterio 1	Comienzo agudo de una enfermedad (de minutos a varias horas) con compromiso de piel y/o mucosas (ejemplo: prurito generalizado o rubicundez, edema de labios, lengua o úvula) y al menos uno de los siguientes síntomas: <ol style="list-style-type: none"> a. Compromiso respiratorio (ejemplo: disnea, sibilancias/broncospasmo, estridor, hipoxemia). b. Reducción de la presión arterial o síntomas asociados de disfunción de órganos (ejemplo: hipotonía, colapso, síncope, incontinencia).
Criterio 2	Dos o más de los siguientes síntomas que ocurren rápidamente después de la exposición a un probable alérgeno (de minutos a varias horas). <ol style="list-style-type: none"> a. Compromiso de piel, y/o mucosas (ejemplo: prurito generalizado, o rubicundez, edema de labios, lengua o úvula). b. Compromiso respiratorio (ejemplo: disnea, sibilancias/broncospasmo, estridor, hipoxemia). c. Reducción de la presión arterial o síntomas asociados de disfunción de órganos (ejemplo: hipotonía, colapso, síncope, incontinencia). d. Síntomas gastrointestinales (ejemplo: dolor abdominal, vómitos).
Criterio 3	Reducción de la presión arterial después de la exposición a un alérgeno conocido para el paciente (de minutos a varias horas).

en el Reglamento General de las Instituciones Educativas de la Provincia de Buenos Aires del año 2012,⁵¹ se enuncia lo siguiente:

“Está expresamente prohibido la prescripción de medicamentos por parte de los docentes. El suministro de medicamentos será realizado por familiar directo o responsable del alumno. Cuando ello resultara imposible autorizará, bajo acta, previa prescripción médica por escrito, una persona al efecto pudiendo ésta ser o no docente.”

Es entonces que, si bien están definidos los derechos de la infancia, se hace perentorio legalizar y reglamentar los “quiénes, cómo, dónde, cuándo” se elaboren estrategias para que, ante la posibilidad de necesitar ser asistidos médicamente en el transcurso de su estar en la institución educativa, sus derechos y los de todos los actores que trabajan con la infancia sean respetados para un buen enseñar y aprender, acompañando los diferentes procesos de crecimiento y desarrollo adecuados a cada edad y respetando las incumbencias de cada uno.

Para tal fin, se sugiere la preparación, por parte de los responsables de las reglamentaciones escolares a nivel local y nacional, de una resolución que permita abordar la compleja situación del accionar en la escuela, concretando, en la práctica cotidiana, los derechos y deberes de todos los actores implicados, priorizando

el cuidado y el bienestar de los alumnos y proponiendo que, para la legislación y reglamentación, también participen en consenso los sectores de salud, deportes, desarrollo social y todos los que trabajan con la infancia en los diferentes ámbitos educativos.

CONCLUSIONES

La afectación de la calidad de vida ocasionada por las enfermedades alérgicas influye en el rendimiento académico del niño. Asimismo, la escuela puede ser escenario de reacciones graves, como exacerbaciones de asma y anafilaxia, que podrían requerir de la pronta y adecuada intervención de maestros y personal escolar.

El manejo exitoso de estas situaciones implica una tarea conjunta y complementaria entre el niño, sus familias, docentes, médicos pediatras y especialistas y autoridades de los ministerios implicados, con el objetivo de hacer cumplir el compromiso adquirido en pos de los derechos de la infancia.

Existen algunas barreras para el adecuado manejo del niño alérgico en la escuela (*Tabla 6*). Las legislaciones nacionales y provinciales no establecen con claridad el rol en el accionar de maestros, profesores y personal de la escuela para la intervención terapéutica sobre los alumnos. Es también función de la comunidad médica y

Tabla 6. Barreras socioculturales para el manejo del niño alérgico en la escuela

Niveles	Barreras potenciales
Individuo (niño y adolescente)	Déficit en el acceso al diagnóstico y al tratamiento adecuados. Subestimación u ocultamiento de la enfermedad alérgica. Control deficiente de su enfermedad.
Familias y responsables	Información incompleta sobre patologías alérgicas. Ausencia de un referente en el equipo de salud. Barreras socioeconómicas y culturales.
Comunidad educativa	Insuficiente conocimiento de las enfermedades alérgicas. Grupo numeroso de educandos. Falta de una actitud proactiva. Temor a intervenir sobre el niño alérgico.
El equipo y el sistema de salud	Subestimación de las enfermedades alérgicas. Falta de comunicación con personal y autoridades de la escuela. Deficiencias en los informes médicos. Ausencia de comunicación entre integrantes del equipo de salud. Insuficiente cobertura de los sistemas de salud.
Autoridades sanitarias, educativas y gubernamentales	Ausencia de campañas de educación sobre enfermedades alérgicas para la población. Una legislación parcial, dispar o ausente para el accionar de la comunidad educativa sobre el niño con enfermedad crónica. Escasez de programas de capacitación docente para el manejo del niño con enfermedades crónicas.

de las sociedades científicas alertar e informar a las autoridades sanitarias y educativas para que, mediante protocolos reglados de acción para la emergencia, permitan el accionar de tutores y maestros bajo un marco legal adecuado. ■

REFERENCIAS

- World Allergy Organization. Pawankar R, Canonica GW, Holgate ST, Lockey RF. WAO White Book on Allergy 2011-2012: Executive Summary. USA, 2011. [Acceso: 17 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.worldallergy.org/publications/wao_white_book.pdf.
- Taras H, Potts-Datema W. Childhood asthma and student performance at school. *J Sch Health* 2005;75(8):296-312.
- Lewis-Jones S. Quality of life and childhood atopic dermatitis: the misery of living with childhood eczema. *Int J Clin Pract* 2006;60(8):984-92.
- Mir E, Panjabi C, Shah A. Impact of allergic rhinitis in school going children. *Asia Pac Allergy* 2012;2(2):93-100.
- Muraro A, Clark A, Beyers K, Borrego LM, et al. The management of the allergic child at school: EAACI/GA2LEN Task Force on the allergic child at school. *Allergy* 2010;65(6):681-9.
- Baxi SN, Muilenberg ML, Rogers CA, Sheehan WJ, et al. Exposures to molds in school classrooms of children with asthma. *Pediatr Allergy Immunol* 2013;24(7):697-703.
- Vale S, Smith J, Said M, Dunne G, et al. ASCIA guidelines for prevention of anaphylaxis in schools, pre-schools and childcare: 2012 update. *J Paediatr Child Health* 2013;49(5):342-5.
- Cassaniti C, Cavallo A, Volosin B, Pedroni E. Educación permanente en asma bronquial. *Alerg Immunol Clin* 1998;XV(2):51-6.
- Getch YQ, Neuharth-Pritchett S. Teacher characteristics and knowledge of asthma. *Public Health Nurs* 2009;26(2):124-33.
- Shah SS, Parker CL, Davis CM. Improvement of teacher food allergy knowledge in socioeconomically diverse schools after educational intervention. *Clin Pediatr (Phila)* 2013;52(9):812-20.
- Polloni L, Lazzarotto F, Toniolo A, Ducolin G, et al. What do school personnel know, think and feel about food allergies? *Clin Transl Allergy* 2013;3(1):39.
- Cassaniti C, Pedroni E, Cavallo A, Volosin B. Educación permanente en asma (E.P.A.): capacitación a docentes. *Alerg Immunol Clin* 1999;XVI(3):117-21.
- Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2) LEN and AllerGen). *Allergy* 2008;63(Suppl 86):8-160.
- Lozano A, Croce VH, Saranz RS, Mindel E, et al. Comité Nacional de Alergia, Comité Nacional de Neumonología, Comité de Otorrinolaringología de SAP Filial Córdoba. Consenso Nacional de Rinitis Alérgica en Pediatría. *Arch Arg Pediatr* 2009;107(1):67-81.
- Ait-Khaled N, Pearce N, Anderson HR, Ellwood P, et al. Global map of the prevalence of symptoms of rhinoconjunctivitis in children: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase Three. *Allergy* 2009;64(1):123-48.
- Williams DC, Edney G, Maiden B, Smith PK. Recognition of allergic conjunctivitis in patients with allergic rhinitis. *World Allergy Organ J* 2013;6(1):4.
- Jáuregui I, Mullol J, Dávila I, Ferrer M, et al. Allergic rhinitis and school performance. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2009;19(Suppl 1):32-9.
- Lozano N, Altolaquirre N, Arancibia A, Caldelari F, et al. Características clínicas de rinitis alérgica en niños. Córdoba, Argentina. *Ciencia e Investigación Médica Estudiantil Latinoamericana* 2006;11(2):83-8.
- Kreiner-Møller E, Chawes BL, Caye-Thomasen P, Bønnelykke K, et al. Allergic rhinitis is associated with otitis media with effusion: a birth cohort study. *Clin Exp Allergy* 2012;42(11):1615-20.
- Ng DK, Chan CH, Hwang GY, Chow PY, et al. A review of the roles of allergic rhinitis in childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Allergy Asthma Proc* 2006;27(3):240-2.
- Jernelöv S, Lekander M, Almqvist C, Axelsson J, et al. Development of atopic disease and disturbed sleep in childhood and adolescence- a longitudinal population-based study. *Clin Exp Allergy* 2013;43(5):552-9.
- Church MK, Maurer M, Simons FE, Bindslev-Jensen C, et al. Risk of first-generation H(1)-antihistamines: a GA(2) LEN position paper. *Allergy* 2010;65(4):459-66.
- Lozano A, Saranz RS, Cáceres ME, Mindel E, et al. Comité Nacional de Alergia. Addendum al Consenso Nacional de Rinitis Alérgica en Pediatría: Incorporación de nuevos conceptos. *Arch Argent Pediatr* 2010;108(1):84-5.
- Saranz RJ, Lozano A, Cáceres ME, Arnolt RG, et al. Inmunoterapia con alérgenos para la prevención y el tratamiento de las enfermedades alérgicas respiratorias de la infancia. *Arch Argent Pediatr* 2010;108(3):258-65.
- Balanzat AM, Urrutiopoy J, Abram L, Acuña T, et al. Comité Nacional de Neumonología, Comité Nacional de Alergia, Comité Nacional de Familia y Salud Mental, Comité Nacional de Medicina Interna. Consenso de Asma Bronquial. 2007. 1.ª parte. *Arch Argent Pediatr* 2008;106(1):61-8.
- Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention. 2014. [Acceso: 25 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_2014_Aug12.pdf.
- Neffen H, Gonzalez SN, Fritscher CC, Dovali C, et al. The burden of unscheduled health care for asthma in Latin America. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2010;20(7):596-601.
- Higuchi O, Adachi Y, Itazawa T, Ito Y, et al. Rhinitis has an association with asthma in school children. *Am J Rhinol Allergy* 2013;27(1):e22-5.
- Moonie S, Sterling DA, Figgs LW, Castro M. The relationship between school absence, academic performance, and asthma status. *J Sch Health* 2008;78(3):140-8.
- Wheeler LS, Merkle SL, Gerald LB, Taggart VS. Managing asthma in schools: lessons learned and recommendations. *J Sch Health* 2006;76(6):340-4.
- Hennessy-Harstad E. Asthma and adolescents: review of strategies to improve control. *J Sch Nurs* 2013;29(1):39-51.
- Giachetti A, Greco M, Scacchi Flores RM, Castro C, et al. Comité Nacional de Dermatología. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica 2013. Resumen ejecutivo. *Arch Argent Ped* 2014;112(3):293-4.
- De Bruin Weller MS, Knulst AC, Meijer Y, Bruijnzeel-Koomen CA, et al. Evaluation of the child with atopic dermatitis. *Clin Exp Allergy* 2012;42(3):352-62.
- Odhiambo JA, Williams HC, Clayton T, Robertson CF, et al. Global variations in prevalence of eczema symptoms in children from ISAAC Phase Three. *J Allergy Clin Immunol* 2009;124(6):1251-8.
- Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, Walter Canonica G, et al. EAACI/GA(2)LEN/EDF/WAO guideline: definition, classification and diagnosis of urticaria. *Allergy* 2009;64(10):1417-26.
- Tsakok T, Du Toit G, Flohr C. Pediatric urticaria. *Immunol Allergy Clin North Am* 2014;34(1):117-39.
- Sánchez-Borges M, Asero R, Ansotegui IJ, Baiardini I, et al. Diagnosis and treatment of urticaria and angioedema:

- a worldwide perspective. *World Allergy Organ J* 2012;5(11):125-47.
38. Baron SE, Cohen SN, Archer CB. Guidance on the diagnosis and clinical management of atopic eczema. *Clin Exp Dermatol* 2012;37(Suppl 1):7-12.
 39. Ersser SJ, Cowdell F, Latter S, Gardiner E, et al. Psychological and educational interventions for atopic eczema in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;1:CD004054.
 40. Sicherer SH, Mahr T. Management of food allergy in the school setting. *Pediatrics* 2010;126(6):1232-9.
 41. Shemesh E, Annunziato RA, Ambrose MA, Ravid NL, et al. Child and parental reports of bullying in a consecutive sample of children with food allergy. *Pediatrics* 2013;131(1):e10-7.
 42. Pistiner M, Devore CD. The role of pediatricians in school food allergy management. *Pediatr Ann* 2013;42(8):334-40.
 43. Young MC, Muñoz-Furlong A, Sicherer SH. Management of food allergies in schools: a perspective for allergists. *J Allergy Clin Immunol* 2009;124(2):175-82.
 44. Arnolt G, Bevacqua E, Bodas A, Bustos GJ, et al. Comité de Alergia e Inmunología. Normativas para el tratamiento del choque anafiláctico. *Arch Argent Pediatr* 1998;96(4):272-8.
 45. Mindel E, Bandin G, Bustos GJ, Claeys E, et al. Comité Nacional de Alergia. Guía de práctica clínica. Alergia a picadura de himenópteros en pediatría. *Arch Argent Pediatr* 2010;108(3):266-72.
 46. Braganza SC, Acworth JP, McKinnon DR, Peake JE, et al. Paediatric emergency department anaphylaxis: different patterns from adults. *Arch Dis Child* 2006;91(2):159-63.
 47. Simons FE, Arduoso LR, Bilò MB, Cardona V, et al. International consensus on (ICON) anaphylaxis. *World Allergy Organ J* 2014;7(1):9.
 48. Lieberman P, Nicklas RA, Oppenheimer J, Kemp SF, et al. The diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: 2010 update. *J Allergy Clin Immunol* 2010;126(3):477-80.
 49. Bozzola CM, Saranz RJ, Lozano A, Cáceres ME, et al. Actualización en las recomendaciones del tratamiento del choque anafiláctico: novedades sobre el uso de adrenalina. *Arch Argent Pediatr* 2015;113(1):81-87.
 50. Boletín Oficial del Gobierno de la República Argentina, 22/10/90. Ley 23849: Convención sobre los derechos del niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York el 20/11/89 - Aprobación. [Acceso: 2 de octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/1-23849.html>.
 51. Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires. Reglamento General de Instituciones Educativas de la Provincia de Buenos Aires. Artículo 262; pág. 77. La Plata, 2012. [Acceso: 20 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://servicios2.abc.gov.ar/lainstitucion/organismos/consejogeneral/reglamento_general/reglamento_general_de_las_instituciones_educativas.pdf.

Consideraciones sobre el sueño seguro del lactante. Resumen ejecutivo

Considerations about the infant safe sleep. Executive summary

Grupo de Trabajo en Muerte Súbita e Inesperada del Lactante de la Sociedad Argentina de Pediatría.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.285>

Véase el texto completo en formato electrónico en la sección Consensos del sitio web de la Sociedad Argentina de Pediatría <http://www.sap.org.ar/consensos.php>

Dr. Alejandro Jenik^a, Dra. Estela Grad^b, Dra. Virginia Orazi^c, Dra. Liliana Sapoznicoff^e, Dra. Letizia Fasola^c,
Dr. Manuel Rocca Rivarola^d, Dr. Noemí Jacobi^e y Dra. Norma Rossato^f
Expertos externos convocados: Dra. Virginia Kanopa^g, Dra. Ivonne Rubio^g y Dra. Marta Cohen^h

- a. Hospital Italiano de Buenos Aires.
- b. Dirección de Maternidad, Infancia y Adolescencia del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- c. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación.
- d. Hospital Universitario Austral. Pcia. Buenos Aires.
- e. Hospital San Roque. Gonnet. Pcia. Buenos Aires.
- f. Sanatorio de la Trinidad Palermo.
- g. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo. Uruguay.

h. Sheffield Children's Hospital, UK.

Correspondencia:
Dr. Alejandro Jenik: alejandro.jenik@hiba.org.ar

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 31-3-2015
Aceptado: 1-4-2015

El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y la sofocación accidental durante el sueño son las causas más frecuentes de muerte súbita e inesperada del lactante (MSIL). Esta constituye una legítima preocupación para la Salud Pública y una circunstancia trágica para las familias implicadas.

Es posible disminuir su riesgo mediante una estrategia educacional de alta eficacia, incorporando las prácticas de sueño seguro durante el descanso del niño.

Nuestro objetivo es informar acerca de las evidencias científicas sobre la disminución del riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante.

DEFINICIONES

MSIL describe la muerte repentina de un niño menor de 1 año, sin causa evidente, previamente a la investigación médica y legal. Es una definición descriptiva, no diagnóstica. Se clasifica en: causa explicada y no explicada. Entre las causas explicadas se encuentran enfermedades cardíacas, genéticas, infecciosas, metabólicas y lesiones intencionales y no intencionales (ejemplo: sofocación de la vía aérea).

El SMSL define la muerte de un niño menor de 1 año que ocurre aparentemente durante el sueño y no puede ser explicada luego de una investigación exhaustiva que incluye una autopsia completa, la investigación de las circunstancias de la muerte y la revisión de la historia clínica.

El SMSL se incluye en el grupo MSIL no explicada y es considerado una de sus principales causas. Las evidencias muestran un aumento de los casos de MSIL en recién nacidos menores de 7 días, asociada en una elevada proporción de situación de colecho en las maternidades.

LA SITUACIÓN EN NUESTRO PAÍS

En Argentina, en el año 2012 se registraron 2686 defunciones posneonatales (1 mes a 1 año de vida). El 26,9% de estas defunciones se produjeron en el domicilio. La Dirección Nacional de Maternidad e Infancia está empeñada en mejorar el diagnóstico de estas muertes domiciliarias mediante la introducción obligatoria de la autopsia y la investigación de las circunstancias de la muerte como desafío inmediato.

Además, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia realizó encuestas estructuradas en los años 2004, 2005, 2007 y 2010 en maternidades del país, con la finalidad de conocer cuál era la posición para dormir de los recién nacidos (RN) en internación conjunta. Se observó que en 2010 el

porcentaje de niños que aún dormían de costado era elevado (37,9%).

EMBARAZO Y SMSL

El riesgo del SMSL se duplica en las madres que realizan menos de 6 controles prenatales y se triplica cuando estos se inician tardíamente (3^{er} trimestre).

La interacción entre tabaquismo materno (más de 10 cigarrillos diarios) y anemia durante el embarazo (hematocrito < 30%) aumenta el riesgo del SMSL de manera significativa (OR 4,0).

La incidencia del SMSL es mayor en madres embarazadas que consumen drogas y alcohol.

POSICIÓN PARA DORMIR Y EL SMSL

La incidencia del SMSL disminuyó más de un 50% en aquellos países que implementaron campañas tendientes a que los lactantes duerman boca arriba. La posición prona para dormir constituye un elevado riesgo de SMSL (OR 2,3-13,1).

No se produjo un aumento en la incidencia de aspiración desde la recomendación sobre el cambio de posición. Se recomienda que los niños con reflujo gastroesofágico deben dormir boca arriba, excepto casos muy especiales.

La posición de costado para dormir en los niños es insegura e inestable. Una revisión sistemática informó que la posición de costado para dormir tiene un riesgo más elevado para el SMSL en comparación con la posición supina (OR 1,03; IC 95%, [1,03-1,86]).

CIGARRILLO:

UNA EMERGENCIA TOXICOLÓGICA

El tabaquismo durante el embarazo causa un importante incremento del SMSL evidenciado por más de 50 estudios de cohorte y caso-control. El riesgo de muerte súbita aumenta cuatro veces en hijos de madres fumadoras y dos veces cuando la madre es expuesta de manera pasiva del humo de cigarrillo. Se ha demostrado que la exposición posnatal al humo del cigarrillo también es un importante factor de riesgo para el SMSL (OR con un padre fumador 2,5; con ambos padres 5,77).

ROPA DE CAMA Y SMSL

La utilización de frazadas, colchas, almohadas, edredones, piel de oveja, chichoneras, nidos, muñecos de peluche y otras superficies mullidas durante el sueño se asocian con sofocación accidental, cuando se ubican debajo del lactante o sueltas alrededor de él.

El colchón debe ser firme y de igual tamaño que la cuna, para evitar el riesgo de que la cabeza del bebé quede atrapada entre la cuna y el colchón.

La cabeza del bebé no debe quedar cubierta, por lo que se recomienda tapanlo hasta la altura de sus axilas y sujetar bien la ropa de cama.

COLECHO Y SMSL

El niño debe dormir en un ambiente próximo a su madre (cohabitación) sin compartir la cama con ella (colecho). Un metaanálisis, que incluyó 11 estudios, reveló que el colecho incrementa el riesgo (OR 2,89), que resulta mayor si la madre fuma (OR 6,27) y si el niño tiene menos de 12 semanas de edad cronológica (OR 10,37).

En niños menores de 3 meses el colecho quintuplica el riesgo de SMSL aun cuando reciban lactancia exclusiva y ambos padres no consuman alcohol, tabaco o drogas.

La cohabitación se relaciona con la prolongación de la lactancia materna y también con una disminución del riesgo de SMSL del 50%.

Los niños que duermen en sofás, solos o con sus padres, tienen un riesgo 17 veces mayor de MSIL.

LACTANCIA MATERNA Y SMSL

La lactancia disminuye el riesgo del SMSL. Un metaanálisis que incluyó 8 estudios, mostró una reducción del riesgo de SMSL, con un OR de 0,40 para algún tipo de lactancia materna en el análisis univariado y un OR de 0,36 en el análisis multivariado. A su vez, la lactancia materna exclusiva disminuyó el riesgo del SMSL en un 73%.

CHUPETE Y SMSL

Dos metaanálisis con 8 estudios caso-control mostraron un importante efecto protector, reduciendo el riesgo del SMSL al tercio. Las recomendaciones actuales refuerzan la importancia de introducir el chupete en los niños con lactancia materna bien establecida.

SILLA PARA EL TRANSPORTE VEHICULAR (HUEVITO)

Debido a que se han descripto casos de SMSL, obstrucción de la vía aérea y traumatismo de cráneo, solo se recomienda su uso durante el transporte en automóvil.

CONCLUSIÓN

Las prácticas basadas en la evidencia disponible para la disminución del riesgo de muerte súbita del lactante se resumen en el siguiente listado:

Recomendaciones para un sueño seguro durante el primer año de vida:

- Dormir boca arriba.
- El colchón debe ser firme y del mismo tamaño de la cuna.
- Compartir la habitación de los padres, pero no la cama.
- No colocar ningún tipo de objeto dentro de la cuna (almohada, nido, rollo, chichonera, edredones, colchas, frazadas gruesas o juguetes).
- La cuna clásica de madera con barrotes es la mejor opción.
- Tapar al niño hasta las axilas con los brazos por fuera de la ropa de cama y sujetar con firmeza la ropa de cama.
- Evitar el exceso de abrigo.
- Temperatura ambiente moderada.
- Ofrecer el chupete para dormir, cuando la lactancia esté bien establecida.
- Realizar los controles periódicos durante el embarazo.
- No fumar durante el embarazo.
- No exponer al niño al humo del tabaco.
- Promover la lactancia materna.
- Utilizar la silla de seguridad para auto (*huevoito*) exclusivamente para viajar en un vehículo.
- Vacunación completa. ■