

## Causas infecciosas de exclusión escolar

Lourdes Seijas Martínez-Echevarría [[lourdesseijas@hotmail.com](mailto:lourdesseijas@hotmail.com)]

Pediatra. Centro de Salud (Servicio Madrileño de Salud, Área 8). Villaviciosa de Odón, Madrid.

Fecha de actualización: 21/04/2008

Guía\_ABE\_[anexo]\_Causas infecciosas de exclusión escolar (v.1/2008)

**Cita sugerida:** Seijas Martínez-Echevarría L. Causas infecciosas de exclusión escolar (v.1/2008). Guía\_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 21/04/2008; consultado el dd/mm/aaaa]. Disponible en <http://infodoctor.org/gipi/>

### Introducción / puntos clave

La escolarización precoz tiene indudables beneficios: sobre el aprendizaje y socialización del niño, facilita el desempeño profesional de los padres, etc. Sin embargo, el contacto con niños enfermos en guarderías y colegios facilita la transmisión de enfermedades infecciosas.

En algunas ocasiones es conveniente excluir temporalmente a niños enfermos. Esta decisión depende de: el mecanismo de transmisión del microorganismo causante, el riesgo de propagación del mismo y la probabilidad de que los compañeros y los cuidadores sean inmunes, ya sea por vacunación o por infección previa.

El control de la infección en los centros escolares se basa en:

- La inmunidad de los escolarizados y de sus cuidadores y profesores. Debe comprobarse el calendario vacunal de los niños al ingresar en el centro y tener conocimiento del estado inmunitario de las personas que se dedican al cuidado de los escolares y proceder a su vacunación cuando esté indicado.
- La higiene. Las prácticas de higiene cuidadosa, en especial el lavado de manos, de los cuidadores y los niños es crucial; el lavado de manos debe llevarse a cabo siempre después de ir al aseo, antes y después de cambiar los pañales y antes y después de manipular alimentos.
- La exclusión temporal de algunos niños enfermos o portadores. Este punto es el objetivo principal del presente texto.

En la mayor parte de las infecciones respiratorias leves la transmisión ocurre desde antes del inicio de los síntomas, haciéndose inevitable su posible contagio.

En la gastroenteritis aguda (GEA) puede ser razonable mantener al niño en su domicilio hasta 24-48 horas después de la última deposición patológica, aunque las medidas higiénicas relacionadas con el cambio de pañales o la preparación de comidas, como especialmente el lavado de manos, deben emplearse tanto en niños sanos como enfermos. No es necesario excluir a los niños que ya están asintomáticos y excretan un enteropatógeno (excepto para el *E. coli* productor de toxina Shiga -*E. coli* 0157:H7-, *Shigella* o *Salmonella typhi* que por el riesgo de transmitir enfermedades graves no deben regresar hasta obtener al menos 2 coprocultivos negativos). Para prevenir las enfermedades por el uso e ingesta de agua de piscinas, se aconseja no nadar cuando se tiene diarrea y evitar la actividad acuática durante 2 semanas tras la resolución de los síntomas de GEA.

En algunos casos la administración de tratamiento antibiótico apropiado limitará la transmisión de infecciones (por ej. faringitis estreptocócica y tos ferina).

Enfermedades, microorganismos y recomendaciones de exclusión escolar (../..)				
Enfermedad	Microorganismo	Periodo de incubación	Mecanismo y vía de transmisión principal en centros escolares <sup>1</sup>	Exclusión escolar
Conjuntivitis	Adenovirus, bacterias	Variable	Contacto directo	No <sup>2</sup>



Enfermedades, microorganismos y recomendaciones de exclusión escolar (../..)				
Enfermedad	Microorganismo	Periodo de incubación	Mecanismo y vía de transmisión principal en centros escolares <sup>1</sup>	Exclusión escolar
Eritema infeccioso	Parvovirus B19	4-14 días	Respiratoria, exposición percutánea a sangre	No <sup>3</sup>
Escarlatina	Estreptococo del grupo A	2-5 días	Secreciones respiratorias	1-5 días una vez iniciado el tratamiento <sup>4</sup>
Exantema súbito	Herpesvirus tipo 6	9-10 días	Secreciones respiratorias	No <sup>5</sup>
Faringitis	Estreptococo del grupo A	2-5 días	Secreciones respiratorias	24 horas una vez iniciado el tratamiento
Fiebre tifoidea <sup>6</sup>	<i>Salmonella typhi</i>	7-14 días	Fecal-oral, contacto con persona infectada o portador	< 5 años: hasta 3 coprocultivos negativos ≥ 5 años: hasta 24-48 horas sin síntomas <sup>7</sup>
GEA inespecífica <sup>6</sup>			Fecal-oral	Hasta 24-48 horas sin síntomas
GEA específica <sup>6</sup>	Adenovirus	3-10 días	Fecal-oral	Hasta 24-48 horas sin síntomas
	<i>Campylobacter</i> sp.	1-7 días	Fecal-oral, agua, alimentos	Hasta 24-48 horas sin síntomas
	<i>Cryptosporidium</i>	7 días	Fecal-oral, agua, alimentos, animales	Hasta 24-48 horas sin síntomas <sup>8</sup>
	<i>Escherichia coli</i>	12 horas - 6 días	Fecal-oral, alimentos, animales, fómites	Hasta 24-48 horas sin síntomas
	<i>E. coli</i> 0157:H7	3-4 días	Fecal-oral, alimentos, animales, fómites	Hasta 48 horas sin tratamiento y 2 coprocultivos negativos
	<i>Giardia lamblia</i>	1-4 semanas	Fecal-oral, agua, alimentos	Hasta 24-48 horas sin síntomas
	Rotavirus	2-4 días	Fecal-oral, fómites	Hasta 24-48 horas sin síntomas
	<i>Salmonella</i> no- <i>typhi</i>	12-36 horas	Fecal-oral, alimentos, agua, animales	Hasta 24-48 horas sin síntomas
	<i>Shigella</i> sp.	1-7 días	Fecal-oral, agua, alimentos, fómites	< 5 años: hasta 2 coprocultivos negativos ≥ 5 años: hasta 24-48 horas sin síntomas <sup>9</sup>
Gingivitis, estomatitis	<i>Herpes simple</i> tipo 1	2 días - 2 semanas	Secreciones orales, contacto físico	No <sup>10</sup>
Gripe	Influenza	1-4 días	Respiratoria, manos	No, si afebril
Hepatitis	Hepatitis A	Variable	Fecal-oral, agua, alimentos	< 5 años: 5-7 días tras el inicio de la ictericia ≥ 5 años: no <sup>11</sup>
	Hepatitis B	Variable	Exposición parenteral o percutánea a sangre	No <sup>12</sup>
	Hepatitis C	6-7 semanas	Exposición parenteral o percutánea a sangre	No



Enfermedades, microorganismos y recomendaciones de exclusión escolar (../..)				
Enfermedad	Microorganismo	Periodo de incubación	Mecanismo y vía de transmisión principal en centros escolares <sup>1</sup>	Exclusión escolar
Impétigo	Estreptococo grupo A, estafilococo	7-10 días	Contacto directo	Hasta la curación de las lesiones <sup>13</sup>
Infección respiratoria	Virus respiratorios, indeterminado	2-14 días	Respiratoria, manos	No
Meningitis, sepsis	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	1-10 días	Respiratoria	Mientras dura la enfermedad <sup>14</sup>
	Meningococo	Desconocido		
Molluscum	Poxvirus	2-7 semanas	Contacto directo, fómites	No <sup>15</sup>
Oxiuriasis	<i>Enterobius vermicularis</i>	1-2 meses	Fecal-oral, fómites	No <sup>16</sup>
Paperas	Parotiditis	2-3 semanas	Respiratoria	5-9 días <sup>17</sup>
Pediculosis de la cabeza	Piojos de la cabeza		Contacto directo	No <sup>18</sup>
Rubéola	Rubéola	2-3 semanas	Respiratoria	5-7 días <sup>19</sup>
Sarampión	Sarampión	1-2 semanas	Respiratoria	4-5 días tras inicio del exantema <sup>20</sup>
Sarna	<i>Sarcoptes scabiei</i>	4-6 semanas	Contacto directo	Hasta completar el tratamiento <sup>21</sup>
SIDA e infección por el VIH	VIH	Variable	Exposición parenteral o percutánea a sangre, perinatal	No <sup>22</sup>
Síndrome mononucleósico	Virus Epstein-Barr	30-50 días	Respiratoria, fómites	No <sup>23</sup>
	Citomegalovirus		Contacto con saliva, orina	No <sup>24</sup>
Síndrome pie-mano-boca	Coxsackie	3-6 días	Respiratoria, fecal-oral	No <sup>25</sup>
Tiña	<i>Trichophyton tonsurans</i> , <i>T. rubrum</i>	Desconocido	Contacto directo, fómites	No Asistencia a piscinas: si afectación del pie, hasta la curación
Tos ferina	<i>Bordetella pertusis</i>	7-10 días	Respiratoria	5 días después de iniciado el tratamiento <sup>26</sup>
Tuberculosis	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Pocas semanas-años	Respiratoria	No <sup>27</sup>
Varicela / herpes zóster	Virus VZ	10-21 días	Contacto directo, respiratoria, vertical	Hasta la curación de las lesiones (ó 5 días) <sup>28</sup>
Verrugas	Virus del papiloma humano	Meses/años	Contacto directo	No <sup>29</sup>



### Referencias bibliográficas

- Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Update: Prevention of Hepatitis A After Exposure to Hepatitis A Virus and in International Travelers. MMWR. 2007;56(41):1080-4. [consultado el 11/03/2008]. Disponible en [www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5641a3.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5641a3.htm)
- American Academy of Pediatrics. 2006 Red Book Report of the Committee on Infectious Disease. 27th ed. Elk Grove Village, IL: Pickering LK, Baker CJ, Long SS, McMillan JA; 2006.
- Concise knowledge for clinical scenarios (CKS), National Library for Health. Molluscum contagiosum. [actualizado en 01/2007; consultado el 20/04/2008]. Disponible en [http://cks.library.nhs.uk/molluscum\\_contagiosum/view\\_whole\\_guidance](http://cks.library.nhs.uk/molluscum_contagiosum/view_whole_guidance)
- Richardson M, Elliman D. Evidence based of incubation periods, periods of infectiousness and exclusion policies for the control of communicable diseases in schools and preschools. Pediatr Infect Dis J. 2001;20(4):380-91.
- Health Protection Agency. Guidance on Infection Control in Schools and other Child Care Settings; december 2006. [consultado el 02/03/2008]. Disponible en [www.hpa.org.uk/publications/PublicationDisplay.asp?PublicationID=85](http://www.hpa.org.uk/publications/PublicationDisplay.asp?PublicationID=85)
- Health Protection Agency. Guidelines on the Management of Communicable Diseases in Schools and Nurseries. Evidence based data on the incubation periods and periods of infectiousness of infectious diseases. [consultado el 02/03/2008]. Disponible en [www.hpa.org.uk/infections/topics\\_az/schools/schools.pdf](http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/schools/schools.pdf)
- Preventing person-to-person spread following gastrointestinal infections: guidelines for public health physicians and environmental health officers. Commun Dis Public Health. 2004;7(4):362-84. [consultado el 02/03/2008]. Disponible en [www.hpa.org.uk/cdph/issues/CDPHVol7/no4/guidelines2\\_4\\_04.pdf](http://www.hpa.org.uk/cdph/issues/CDPHVol7/no4/guidelines2_4_04.pdf)
- American Academy of Pediatrics, American Public Health Association, and National Resource Center for Health and Safety in Child Care and Early Education. Caring for Our Children: National Health and Safety Performance Standards: Guidelines for Out-of-Home Child Care Programs, 2nd edition. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics and Washington, DC: American Public Health Association; 2002. [consultado el 02/03/2008]. Disponible en <http://nrc.uchsc.edu/CFOC/>
- Williams L, Reichert A. Lice, nits and school policy. Pediatrics. 2001;107;1011-5. [consultado el 02/03/2008]. Disponible en [www.pediatrics.org/cgi/content/full/107/5/1011](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/107/5/1011)

**Abreviaturas:** **GEA:** gastroenteritis aguda. **VIH:** virus de la inmunodeficiencia humana. **VZ:** Varicela-zóster.

### Notas:

- <sup>1</sup> Algunas infecciones pueden transmitirse también mediante otras vías o mecanismos, pero sólo se mencionan las que tienen relevancia en los centros escolares.
- <sup>2</sup> No existe consenso respecto a la exclusión de niños con conjuntivitis aguda. Las conjuntivitis por adenovirus o enterovirus son autolimitadas y no precisan tratamiento. La diferenciación clínica entre conjuntivitis vírica y bacteriana es difícil y con frecuencia, sobre todo en menores de 5 años, las conjuntivitis víricas secundariamente se sobreinfectan. La Academia Americana de Pediatría (AAP) establece que excepto en aquellos casos en los que la conjuntivitis se acompañe de signos sistémicos de enfermedad, se permitirá a los niños acudir a la escuela una vez iniciado el tratamiento adecuado salvo que el comportamiento del niño impida evitar el contacto directo continuado con sus compañeros (ver "Conjuntivitis aguda" en [www.infodoctor.org/gipi/guia\\_abe/guia\\_abe.htm](http://www.infodoctor.org/gipi/guia_abe/guia_abe.htm)).
- <sup>3</sup> Los individuos con eritema infeccioso por parvovirus B19 son muy infecciosos antes del inicio de los síntomas pero es improbable que contagien después.
- <sup>4</sup> Existen datos que sugieren que para evitar el contagio de la escarlatina es preciso esperar 5 días tras el comienzo del tratamiento; no obstante, la Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda esperar 24 horas después del inicio del tratamiento, al igual que para la faringitis estreptocócica (ver "Faringitis aguda" en [www.infodoctor.org/gipi/guia\\_abe/guia\\_abe.htm](http://www.infodoctor.org/gipi/guia_abe/guia_abe.htm)).
- <sup>5</sup> La infección por virus herpes tipo 6 es asintomática en la mayoría de los casos.
- <sup>6</sup> En casos de diarrea, en general se recomienda la exclusión de piscinas al menos durante 2 semanas.



- <sup>7</sup> Cuando se identifica *Salmonella typhi* en un niño o en alguien del personal de una guardería se deben recoger coprocultivos de todos los asistentes y personal y se deben excluir a todos los infectados; la duración de la exclusión dependerá de la edad (ver "Gastroenteritis aguda" en [www.infodoctor.org/gipi/guia\\_abe/guia\\_abe.htm](http://www.infodoctor.org/gipi/guia_abe/guia_abe.htm)).
- <sup>8</sup> Los quistes de *Cryptosporidium* pueden mantener su capacidad infecciosa durante días con las concentraciones de cloro habitualmente usadas en piscinas.
- <sup>9</sup> Cuando hay un caso de shigellosis en una guardería está indicado el estudio de los contactos sintomáticos y tratamiento y exclusión si procede según el resultado (ver "Gastroenteritis aguda" en [www.infodoctor.org/gipi/guia\\_abe/guia\\_abe.htm](http://www.infodoctor.org/gipi/guia_abe/guia_abe.htm)).
- <sup>10</sup> La eliminación del virus de herpes simple puede durar semanas tras la gingivostomatitis y durante un periodo más breve durante las recurrencias sintomáticas o asintomáticas, por lo que es inefectiva la exclusión escolar (ver "Infecciones por virus del herpes simple 1 y 2" en [www.infodoctor.org/gipi/guia\\_abe/guia\\_abe.htm](http://www.infodoctor.org/gipi/guia_abe/guia_abe.htm)).
- <sup>11</sup> La AAP, la Asociación Americana de Salud Pública y el Grupo de Trabajo Británico para la Prevención de la Transmisión de Infecciones Gastrointestinales aconseja esperar 7 días tras el comienzo de la ictericia, sin embargo hay estudios que indican que el periodo de máxima excreción del virus de la hepatitis A es de 2 semanas antes del inicio de los síntomas, por lo que se podría permitir a los mayores de 5 años, que hacen un uso adecuado del aseo personal, la incorporación a la escuela, mientras que se aconseja la exclusión de 5 días a los menores de 5 años. En las guarderías en las que se confirme uno o más casos de hepatitis A en niños o cuidadores o se identifiquen casos en dos o más hogares afectados se recomienda profilaxis postexposición. Para ello se administrará la vacuna de hepatitis A (a personas entre 12 meses y 40 años) o una dosis de inmunoglobulina (0,02 ml/kg; a los menores de 1 año o mayores de 40, inmunocomprometidos, personas con hepatopatía crónica o si está contraindicada la vacuna), tan pronto como sea posible (la eficacia pasadas 2 semanas de la exposición no está establecida). La exposición en aulas escolares por lo general no plantea un riesgo apreciable.
- <sup>12</sup> No es precisa la exclusión por infección crónica por el virus de la hepatitis B (VHB), puesto que los niños en la guardería deben estar vacunados frente a este agente y la posibilidad de contagio es mínima. Si un niño con infección crónica por hepatitis B muerde a otro supone un riesgo adicional y es aconsejable valorar de forma individual, según el estado de vacunación, la profilaxis con inmunoglobulina específica antihepatitis B y la vacunación. Cuando es mordido un niño con infección crónica por hepatitis B, el riesgo en el agresor es bajo, siempre y cuando no tenga enfermedad de la mucosa oral y los expertos no suelen recomendar en este caso profilaxis con inmunoglobulina (ver "Pinchazo accidental y otras exposiciones a virus por vía parenteral" en [www.infodoctor.org/gipi/guia\\_abe/guia\\_abe.htm](http://www.infodoctor.org/gipi/guia_abe/guia_abe.htm)).
- <sup>13</sup> Se debe excluir a cualquier niño con impétigo por estafilococo o estreptococo antes de iniciar el tratamiento, a menos que la posibilidad de contacto con la piel lesionada sea baja por la localización de las lesiones. El riesgo de transmisión es bajo y habitualmente se adquiere esta infección más frecuentemente a través de un portador nasal (ver "Infecciones de la piel y partes blandas (I): impétigo, celulitis, absceso" en [www.infodoctor.org/gipi/guia\\_abe/guia\\_abe.htm](http://www.infodoctor.org/gipi/guia_abe/guia_abe.htm)).
- <sup>14</sup> Una vez que reciben al alta hospitalaria pueden reincorporarse al colegio. Valorar la necesidad de hacer profilaxis antibiótica para los contactos de meningitis/sepsis por *Haemophilus influenzae* tipo b o meningococo (ver "Meningitis bacteriana (profilaxis de contactos)" en [www.infodoctor.org/gipi/guia\\_abe/guia\\_abe.htm](http://www.infodoctor.org/gipi/guia_abe/guia_abe.htm)).
- <sup>15</sup> No hay razones para excluir de forma sistemática a todos los niños con molluscum de la asistencia a piscinas (o de las clases de *educación física*). No está claro de qué modo y en qué circunstancias se puede producir el contagio, por lo que, como en el caso de las lesiones por herpes, es aconsejable evitar el contacto directo con las lesiones, no compartir utensilios o prendas de vestir, y, si es posible, cubrir las lesiones con un apósito -o usar ropa que cubra las extremidades en la *educación física*, cuando las lesiones están situadas en ellas-.
- <sup>16</sup> Las infecciones sintomáticas y asintomáticas por *Enterobius vermiculares* son muy comunes en los escolares; las tasas de reinfección son elevadas. Los individuos infectados se deben bañar por las mañanas para eliminar los huevos puestos durante la noche. Se aconseja el cambio frecuente de ropa interior, pijamas y sábanas e insistir en las prácticas de higiene personal y lavado de manos.
- <sup>17</sup> El periodo de máxima transmisibilidad del virus de la parotiditis se extiende desde 1-2 días antes del comienzo de la tumefacción hasta 5 días después de ésta, pero se ha aislado el virus en la saliva desde 7 días antes hasta 9 días después de la aparición de los síntomas.
- <sup>18</sup> Debe permitirse regresar al colegio a los niños infestados una vez que han recibido un tratamiento específico. No debe restringirse la asistencia a niños que mantienen liendres tras el tratamiento; no hay evidencia de que



la exclusión de la escuela de estos niños limite la propagación (ver "Pediculosis de la cabeza" en [www.infodoctor.org/gipi/guia\\_abe/guia\\_abe.htm](http://www.infodoctor.org/gipi/guia_abe/guia_abe.htm)).

- <sup>19</sup> La rubéola se contagia sobre todo desde unos días antes hasta 7 días después de aparición del exantema. Los niños con rubéola congénita pueden ser contagiosos durante un año o más y está indicado el aislamiento de contacto hasta que 2 cultivos nasofaríngeos y de orina sean negativos después de los 3 meses de vida.
- <sup>20</sup> El sarampión es contagioso desde 1 ó 2 días antes del comienzo de los síntomas (3-5 días antes del inicio del exantema) hasta 4 días después.
- <sup>21</sup> La sarna habitualmente responde al tratamiento con permetrina, aunque el prurito puede persistir semanas a pesar del tratamiento eficaz. Se recomienda hacer tratamiento profiláctico de los convivientes, en particular si hay contacto prolongado piel a piel.
- <sup>22</sup> La infección por VIH no se adquiere por medio de los tipos de contacto que se producen en las guarderías y colegios, como el contacto con lágrimas o saliva. Debe permitirse su escolarización siempre y cuando su estado de inmunidad lo permita, adoptando las precauciones convencionales para manipular derramamientos de sangre y exudados de heridas de todos los niños y la exposición a niños enfermos (ver "Pinchazo accidental y otras exposiciones a virus por vía parenteral" en [www.infodoctor.org/gipi/guia\\_abe/guia\\_abe.htm](http://www.infodoctor.org/gipi/guia_abe/guia_abe.htm)).
- <sup>23</sup> La mononucleosis infecciosa suele ser una infección leve. Es frecuente el estado de portador asintomático del virus Epstein-Barr y la excreción viral por el aparato respiratorio dura meses, incluso puede haber excreción intermitente de por vida.
- <sup>24</sup> Las máximas tasas de excreción del citomegalovirus corresponden a niños de 1-3 años, muchos de ellos asintomáticos y suele persistir años, por lo que la exclusión no es posible. Se debe insistir en la higiene de las manos después de cambiar los pañales sobre todo en embarazadas no inmunes por el riesgo para el feto.
- <sup>25</sup> La infección asintomática por virus Coxsackie es común y la posible transmisión antes del comienzo de los síntomas limita la efectividad de la exclusión.
- <sup>26</sup> Es necesaria la vacunación y profilaxis postexposición en contactos íntimos y contactos domiciliarios de niños con tos ferina (ver "Síndrome pertusoides" en [www.infodoctor.org/gipi/guia\\_abe/guia\\_abe.htm](http://www.infodoctor.org/gipi/guia_abe/guia_abe.htm)).
- <sup>27</sup> La mayoría de los niños con enfermedad tuberculosa no contagian. Excepciones: tuberculosis pulmonar cavitaria, esputo positivo, compromiso laríngeo, enfermedad pulmonar extensa y tuberculosis congénita. En estos casos es necesario el aislamiento hasta que el cultivo de esputo sea negativo (ver "Tuberculosis" en [www.infodoctor.org/gipi/guia\\_abe/guia\\_abe.htm](http://www.infodoctor.org/gipi/guia_abe/guia_abe.htm)).
- <sup>28</sup> La contagiosidad de la varicela es máxima uno o dos días antes de la erupción hasta poco después de haber comenzado ésta. La AAP recomienda la exclusión hasta la fase de costra, sin embargo hay estudios que refieren que nunca se ha comunicado ningún contagio después de 5 días (ver "Varicela y herpes zóster" en [www.infodoctor.org/gipi/guia\\_abe/guia\\_abe.htm](http://www.infodoctor.org/gipi/guia_abe/guia_abe.htm)).
- <sup>29</sup> Nadar en piscinas públicas se ha asociado con un aumento de la incidencia de verrugas plantares por el virus del papiloma humano.

Notas: la *Guía\_ABE* se actualiza al menos una vez al año. Próxima revisión prevista en 2009. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[G] Más información en: <http://infodoctor.org/gipi/>  
[✉] Comentarios y sugerencias en: [laguiaabe@gmail.com](mailto:laguiaabe@gmail.com)

Con la colaboración de:



[©] Guía\_ABE, 2008. ISBN: 978-84-95028-75-4