



# PROTOCOLO DIABETES EN LA ESCUELA

---

Consejería de Educación, Ciencia y Cultura  
Consejería de Salud y Bienestar Social  
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha



La escuela es uno de los espacios donde el alumnado pasa la mayor parte del día, por ello resulta necesario que los distintos profesionales que desempeñan su labor en un centro educativo cuenten con conocimientos, información y formación suficientes en materia de diabetes.

Por otra parte, siendo uno de los objetivos principales del tratamiento de la diabetes el de conseguir la autonomía de la persona que padece la enfermedad, se han de facilitar los medios necesarios para que estas alumnas y alumnos conozcan la misma y para que sean capaces de realizarse autoanálisis glucémicos, interpretarlos y saber actuar.

Para la correcta consecución de ambos objetivos, es esencial el papel de los profesionales sanitarios, así como de las familias y las asociaciones.

## **UNO**

Los profesionales sanitarios garantizan la atención a toda la población escolar y ejercen su actividad en los centros salud, actuando excepcionalmente fuera de los mismos por motivos de urgencia médica.

Por su parte, los profesionales docentes no tienen como tarea la asistencia sanitaria, salvo los cuidados y supervisión no específicos.

## **DOS**

La primera y principal responsabilidad sobre el alumnado con diabetes recae en la familia, que tendrá el derecho a dirigirse al centro educativo en que se escolariza su hija o hijo, para informar de su enfermedad y solicitar la entrada en el mismo para su cuidado o supervisión.

Para ello presentará el documento recogido en el **Anexo I** y el informe oficial de salud, que incluirá los antecedentes personales, enfermedades de la alumna o el alumno, tratamiento actual, etc.

## **TRES**

Una vez notificada la enfermedad por la madre, padre o tutor/a legal de la alumna o alumno, la vigilancia y observación no específica del mismo (esto es, la que no supone cuidados o control distintos de los de cualquier otra alumna o alumno) será responsabilidad de los profesionales que desempeñen su labor en el centro educativo.

Los centros educativos podrán crear también una red de vigilancia, en la que participen compañeros/as y alumnado en general, que tendrán información de la situación.



#### CUATRO

La supervisión y control específico, cuando la alumna o el alumno no sea autónomo para realizar los correspondientes controles, será realizada por la familia.

Si a ésta no le fuera posible, por motivos justificados, podrá encargarse voluntariamente cualquier profesional del centro (docente o no docente), previo consentimiento de la madre, padre o tutor/a legal.

En caso de no encontrarse ningún voluntario entre los profesionales del centro, la directora o el director del centro educativo solicitará colaboración, a través de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha, a asociaciones de enfermos con diabetes que tengan ámbito de actuación en la localidad del centro en el que se escolariza la alumna o el alumno. Para ello, cumplimentará el **Anexo II**.

En cualquiera de estos casos, la madre, padre o tutor/a legal presentará el documento recogido en el **Anexo III**, que incluirá, entre otros puntos, la exención de responsabilidad a la persona encargada de esta tarea, así como un teléfono de contacto para que puedan ser informados de cualquier eventualidad.

Teniendo en cuenta que esta supervisión y control específico no es un acto médico, pero sí que precisa de unas orientaciones y de una información adecuadas, la directora o el director del centro educativo solicitará por escrito al centro de salud al que se encuentre vinculado, según **Anexo IV**, información sobre el desempeño de esta tarea.

#### CINCO

El centro de salud al que se encuentre vinculado el centro educativo proporcionará, previa solicitud por parte de la familia o del propio centro educativo, la información y asesoramiento necesarios para un adecuado conocimiento de la enfermedad. Dicha solicitud se realizará en el documento recogido en el mismo **Anexo IV** ya citado.

Se podrá solicitar colaboración a la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha, que proporcionará información a los centros docentes y difundirá material informativo dirigido a los profesionales, alumnado diagnosticado, familias y resto de alumnado sobre diabetes mellitus. Para la solicitud se presentará el documento recogido en el mismo **Anexo II** ya citado.

#### SEIS

Todos los centros educativos con alumnado diagnosticado de diabetes mellitus estarán dotados del material necesario para el control de la enfermedad: lancetas, glucómetro, tiras y glucagón.



La dotación se realizará desde el centro de salud al que se encuentre vinculado el centro educativo.

La obligación de supervisión y solicitud de reposición de dicho material en el centro educativo será de la directora o el director del mismo. Para ello, utilizará el documento recogido en el **Anexo V**.

#### **SIETE**

En caso de que, durante la permanencia en el centro educativo del alumnado diagnosticado con diabetes, surja algún episodio de urgencia clínica, se procederá según el protocolo de urgencias detallado en el **Anexo VI**.

#### **OCHO**

Las directoras y directores de los centros educativos notificarán a la Delegación Provincial de Educación, Ciencia y Cultura correspondiente las actuaciones llevadas a cabo con el alumnado objeto de este protocolo. Para ello utilizarán el documento recogido en el **Anexo VII**.



## ANEXO I

### Notificación de enfermedad y solicitud de cuidado o supervisión

|  |  |
|--|--|
| Apellidos de la madre, padre o tutor/a legal |  |
| Nombre de la madre, padre o tutor/a legal    |  |
| DNI / NIE:                                   |  |
| Dirección                                    |  |
| Código postal                                |  |
| Localidad y provincia                        |  |
| Teléfono 1 (persona)                         |  |
| Teléfono 2 (persona)                         |  |
| Teléfono 3 (persona)                         |  |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Apellidos de la alumna o del alumno |  |
| Nombre de la alumna o del alumno    |  |
| Fecha de nacimiento                 |  |
| Nacionalidad                        |  |
| Centro educativo                    |  |
| Dirección del centro                |  |
| Teléfono del centro                 |  |

#### SOLICITA

- Se le autorice la entrada en el centro educativo para el cuidado o supervisión de la diabetes de su hijo o hija, y para ello se compromete a acordar con el centro educativo y respetar un horario, conforme al informe oficial de salud, para realizar dicha supervisión o cuidado.
- Autorizar el intercambio de información necesaria para el correcto seguimiento del proceso de su hijo o hija.

Para ello **JUSTIFICA** por medio del correspondiente informe oficial de salud (el cual tienen que adjuntar a esta solicitud) la necesidad del cuidado o atención a la enfermedad de su hijo o hija, y **AUTORIZA** a que el centro educativo que escolariza a su hijo/a se coordine con el/la médico/a de referencia.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

LA MADRE, EL PADRE, LA TUTORA O EL TUTOR  
Fdo.:

**SRA. DIRECTORA O SR. DIRECTOR DEL** \_\_\_\_\_



## ANEXO II

### Solicitud de colaboración a la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha

La familia de la alumna o del alumno \_\_\_\_\_, escolarizada o escolarizado en el \_\_\_\_\_, ha notificado la enfermedad de su hija o hijo, así como justificado la imposibilidad de control o cuidado del mismo durante su estancia en el centro educativo.

Con el fin de facilitar la continuidad en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la alumna o del alumno, de cara a realizar la supervisión y/o control específico de su enfermedad, **SOLICITO** (*marcar*):

- Colaboración de alguna persona voluntaria para el control de los niveles de glucemia.
- Información o material informativo sobre diabetes mellitus.<sup>1</sup>

Para facilitarle el contacto con el centro educativo le proporcionamos la siguiente información:

Mail del centro: \_\_\_\_\_

Nombre del director/a: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Hora y días más adecuados para contactar:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Fdo: La directora o el director del centro  
Sello del centro

<sup>1</sup> El material informativo podrá ser solicitado independientemente de quien sea el que se encargue del control y/o supervisión



## ANEXO III

### Autorización para el cuidado o supervisión

|  |  |
|--|--|
| Apellidos de la madre, padre o tutor/a legal |  |
| Nombre de la madre, padre o tutor/a legal    |  |
| DNI / NIE:                                   |  |
| Dirección                                    |  |
| Código postal                                |  |
| Localidad y provincia                        |  |
| Teléfono 1 (persona)                         |  |
| Teléfono 2 (persona)                         |  |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Apellidos de la alumna o del alumno |  |
| Nombre de la alumna o del alumno    |  |
| Fecha de nacimiento                 |  |
| Nacionalidad                        |  |
| Centro educativo                    |  |
| Dirección del centro                |  |
| Teléfono del centro                 |  |

**INFORMA** de la imposibilidad justificada para encargarse de la supervisión y/o control específico de su hija o hijo, por el siguiente motivo:

\_\_\_\_\_

Y **AUTORIZA** que se le realicen las actuaciones de cuidado y/o supervisión de la enfermedad de su hija o hijo, **EXIMIENDO de TODA RESPONSABILIDAD** que pudiera derivarse de las mismas, a:

|                    |  |
|--------------------|--|
| Nombre y apellidos |  |
|--------------------|--|

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

LA MADRE, PADRE, O TUTOR/A LEGAL

Fdo.:

**SRA. DIRECTORA O SR. DIRECTOR DEL** \_\_\_\_\_



## ANEXO IV

### Solicitud de colaboración al Centro de salud<sup>2</sup>

La familia de la alumna o del alumno \_\_\_\_\_, escolarizada o escolarizado en el \_\_\_\_\_, ha notificado la enfermedad de su hija o hijo.

Para facilitar la continuidad en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la alumna o del alumno y un mejor conocimiento de la enfermedad, **SOLICITO:**

- Información sobre el desempeño la tarea de control y supervisión, y aquella que consideren necesaria y relacionada con la misma.
- Información general sobre la diabetes mellitus.

Para facilitarle el contacto con el centro educativo le proporcionamos la siguiente información:

Mail del centro: \_\_\_\_\_

Nombre del director/a: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Hora y días más adecuados para contactar:

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Fdo: La directora o el director del centro  
Sello del centro

**COORDINADOR/A DEL CENTRO DE SALUD** \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Este anexo deberá enviarse al centro de salud al que se vincula el centro educativo





## ANEXO V

### Solicitud de material<sup>3</sup>

D./Dña \_\_\_\_\_, director/a del \_\_\_\_\_, informa que la familia de la alumna o del alumno \_\_\_\_\_, escolarizada o escolarizado en dicho centro ha notificado la enfermedad de su hija o hijo.

Con el fin de disponer del material necesario para el control de la enfermedad, **SOLICITO:**

- Dotación inicial
- Reposición

del siguiente material para el control y/o supervisión de la enfermedad (señalar lo que proceda)

- Lancetas.
- Tiras.
- Glucómetro.
- Glucagón.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Fdo: La directora o el director del centro  
Sello del centro

**COORDINADOR/A DEL CENTRO DE SALUD** \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> Este anexo deberá enviarse al centro de salud al que se vincula el centro educativo



## ANEXO VI

## Protocolo de urgencias

(ante cualquier tipo de duda se avisará a los padres y/o 112)

| NIVEL DE GLUCOSA  | ESTADO               | PAUTA A SEGUIR   |
|---|----------------------|--|
| “LO”<br>( ↓ 40)<br><u>CON PERDIDA DE<br/>CONCIENCIA</u>                       | <u>Muy peligroso</u> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>AVISAR INMEDIATAMENTE AL 112</b></li> <li>▶ <b>INYECTAR GLUCAGON:</b> media ampolla (0,5 mg) en menores de 6 años y la ampolla entera (1mg) en niños de 6 ó más años</li> <li>▶ <b>NO DAR NADA POR BOCA</b></li> <li>▶ <b>AVISAR A LOS PADRES</b></li> </ul> |
| “ LO” ( ↓ 40)<br>sin pérdida de conciencia”                                   |                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Avisar a los padres</b></li> <li>▶ <b>Avisar al 112</b></li> <li>- Dar 100 ml de zumo + 1 azucarillo</li> <li>- Si se resiste poner miel en las encías</li> <li>- Reposo, no hacer ejercicio</li> </ul>  |
| Entre “ LO” ( ↓ 40) - 65  | Bajo                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Avisar a los padres</b></li> <li>▶ <b>Avisar al 112</b></li> <li>- Dar 100 ml de zumo + 1 azucarillo</li> <li>- Reposo, no hacer ejercicio</li> </ul>  |
| Entre 65 – 100  | Algo Bajo            | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Avisar a los padres</b></li> <li>- Dar 100 ml de zumo + equivalente a 1.5 raciones</li> <li>- Reposo, no hacer ejercicio</li> </ul>  |
| Entre 105 – 130   | Bien                 | Dar equivalente a 2 raciones   |
| Entre 135 – 150   | Normal               | Dar equivalente a 1.5 raciones   |
| Entre 155 – 175   | Regular              | Dar equivalente a 1 ración   |
| Entre 180 – 250   | Alto                 | Dar equivalente a 0.5 raciones<br>REPETIR TRAS 1 – 1.5 horas   |
| Entre 250 – 300   | Muy alto             | No ofrecer alimentos, excepto agua<br>Reposo, no hacer ejercicio<br>▶ Avisar a los padres  |
| Entre 301 – 400   | Peligroso            | No ofrecer alimentos, excepto agua<br>Reposo, no hacer ejercicio<br>▶ Avisar a los padres  |
| Entre 400 – “HI” (↑ 400)  | Peligroso            | No ofrecer alimentos, excepto agua<br>Reposo, no hacer ejercicio<br>▶ <b>Avisar a los padres</b><br>▶ <b>Avisar al 112</b>   |
| Entre 400 – “HI”(↑400)<br><u>Con pérdida<br/>de conciencia</u><br><u>COMA</u> | <u>Muy peligroso</u> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>AVISAR INMEDIATAMENTE AL 112</b></li> <li>▶ <b>Avisar a los padres</b></li> </ul>  |

**ANEXO VII****ACTUACIONES DE CUIDADO Y/O SUPERVISIÓN**

Centro: \_\_\_\_\_ Curso 20\_\_ / 20\_\_

|   |           |           |              |
|---|-----------|-----------|--------------|
| Apellidos de la alumna o del alumno   |           |           |              |
| Nombre de la alumna o del alumno  |           |           |              |
| Fecha de nacimiento   |           |           |              |
| Nacionalidad  |           |           |              |
| Apellidos de la madre, el padre o la tutora, el tutor   |           |           |              |
| Nombre de la madre, el padre o la tutora, el tutor  |           |           |              |
| Dirección   |           |           |              |
| Localidad y provincia   |           |           |              |
| Teléfono 1 (persona)  |           |           |              |
|   |           |           |              |
|   |           |           |              |
| <b>ACTUACIONES (Márquese lo que proceda)</b>  |           |           |              |
| <b>Notificación de enfermedad y solicitud de cuidado o supervisión (según Anexo I)</b>                                  | <b>Si</b> | <b>No</b> | <b>Fecha</b> |
| Solicitud autorización de entrada en el Centro educativo para el cuidado o supervisión de la diabetes de su hija o hijo |           |           |              |
| Solicitud de autorización de intercambio de información con la o el médico de referencia.                               |           |           |              |
| <b>Solicitud de colaboración a la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha (según Anexo II)</b>                   | <b>Si</b> | <b>No</b> | <b>Fecha</b> |
| Colaboración de alguna persona voluntaria   |           |           |              |
| Información o material informativo sobre diabetes mellitas.<br>Especificar:   |           |           |              |
| <b>Autorización para el cuidado o supervisión (según Anexo III)</b>   |           |           | <b>Fecha</b> |
| Se autoriza y exime de toda responsabilidad a: (Nombre y apellidos)   |           |           |              |



| Solicitud de colaboración al Centro de salud (según Anexo IV) y respuesta a la misma         | Si       | No         | Fecha |
|--|----------|------------|-------|
| Solicitud de información y respuesta sobre el desempeño de la tarea de control y supervisión |          |            |       |
| Información general y respuesta sobre diabetes mellitus                                      |          |            |       |
| Solicitud de material (Según Anexo V)  | Fecha    |            |       |
|  | Dotación | Reposición |       |
| <b>Lancetas</b>  |          |            |       |
| <b>Tiras</b>   |          |            |       |
| <b>Glucómetro</b>  |          |            |       |
| <b>Glucagón</b>  |          |            |       |

En, \_\_\_\_\_, a \_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

**Sr./a. Delegado/a Provincial de Educación Ciencia y Cultura**