



Ayuntamiento de  
**Pamplona**  
Iruñeko Udala

**Organismo Autónomo Escuelas Infantiles**  
**Haur Eskolen Erakunde Autonomoa**

Conde Oliveto, 4-2º izda.

31002 Pamplona -Iruña

Teléfono: 948 420098 Fax: 948 420099

# **NORMAS ALIMENTARIAS** **E HIGIÉNICO -SANITARIAS** **PARA EL PERSONAL DE** **LAS ESCUELAS INFANTILES**



## AUTORES

AJONA SAN JOSE, Inmaculada.  
Directora de la Escuela Infantil "Goiz Eder".

ITURGAIZ SAINZ, Ma Pilar.  
Ex - Directora de la Escuela Infantil "Mendebaldea".

VICONDO PEÑA, Alejandro. R.  
Pediatra del Organismo Autónomo de las EE.II. Municipales de Pamplona.

ZAZU ARTUCH, Ines.  
Directora Técnica del Organismo Autónomo de las EE.II. Municipales de Pamplona.

## ÍNDICE

### **1. PARTE PRIMERA: ALIMENTACIÓN**

- 1.1. PROTOCOLO LECHE MATERNA
- 1.2. PROTOCOLO LECHE ADAPTADA
- 1.3. MENÚS ADAPTADOS A LAS DIFERENTES ETAPAS DE SU DESARROLLO EVOLUTIVO.
- 1.4. PROTOCOLO DIETAS ESPECÍFICAS

### **2. PARTE SEGUNDA: PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

- 2.1. CALENDARIO DE VACUNACIÓN
- 2.2. PROTOCOLO DE VACUNACIÓN
- 2.3. PROTOCOLO NIÑOS NO VACUNADOS
- 2.4. MECANISMOS DE TRANSMISIÓN
  - 2.4.1. Medidas higiénico-sanitarias para educadoras
  - 2.4.2. Medidas higiénico-sanitarias para niños y niñas
  - 2.4.3. Medidas higiénicas para uso de guantes y calzado
- 2.5. MEDIDAS DE PREVENCIÓN MANIPULADOR DE ALIMENTOS

### **3. PARTE TERCERA: ENFERMEDADES EN LAS ESCUELAS INFANTILES**

#### 3.1. ACTUACIÓN ANTE UN NIÑO/ A ENFERMO/A

3.1.1. Actuación del niño/a.

3.1.2. Actuación de la educadora.

#### 3.2. SIGNOS Y SÍNTOMAS:

3.2.1. Protocolo sobre fiebre.

3.2.2. Protocolo sobre convulsiones febriles.

3.2.3. Protocolo sobre ojos rojos.

3.2.4. Protocolo sobre conjuntivitis.

3.2.5. Protocolo sobre heces.

3.2.6. Protocolo sobre manchas en la piel. Aftas.

3.2.7. Protocolo sobre tos y mucosidad.

3.2.8. Protocolo sobre piojos y pediculosis.

### 3.3.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS:

- 3.3.1. Enfermedad de boca – mano –pie.
- 3.3.2. Escarlatina.
- 3.3.3. Espasmo del sollozo.
- 3.3.4. Exantema súbito.
- 3.3.5. Gastroenteritis: Víricas – Campilobacter – Rotavirus – Salmonelosis.
- 3.3.6. Muguet. Aftas.
- 3.3.7. Procesos respiratorios: Catarro de vías aéreas superiores – otitis – sinusitis – faringitis – laringitis - bronquitis – bronquiolitis
- 3.3.8. Síndrome mononucleótico.

- 3.4.- PROTOCOLO PARA LAS HERIDAS.
- 3.5.- PROTOCOLO PARA LAS HEMORRAGIAS.
- 3.6.- PROTOCOLO PARA LAS QUEMADURAS.
- 3.7.- PROTOCOLO PARA LAS MORDEDURAS.
- 3.8.- PROTOCOLO PARA LOS GOLPES Y CAÍDAS.
- 3.9.- PROTOCOLO PARA EL ATRAGANTAMIENTO.
- 3.10.- PROTOCOLO RCP BÁSICO.
- 3.11.- TELÉFONOS DE URGENCIA.
- 3.12.- BOTIQUÍN DE PRIMEROS AUXILIOS.

## **4. PARTE CUARTA:**

- 4.1. PAPEL DE LA ESCUELA INFANTIL EN EL DESARROLLO Y PREVENCIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 0 – 3 AÑOS.
- 4.2. ORGANIGRAMA EN LA METODOLOGÍA DE DETECCIÓN.
- 4.3. ORGANIGRAMA DE INTERVENCIÓN EN NIÑOS/AS DE RIESGO.



Ayuntamiento de  
**Pamplona**  
Iruñeko Udala

**Organismo Autónomo Escuelas Infantiles**  
***Haur Eskolen Erakunde Autonomoa***  
Conde Oliveto, 4-2º izda.  
31002 Pamplona -Iruña  
Teléfono: 948 420098 Fax: 948 420099

# PARTE PRIMERA

---





## 1. ALIMENTACIÓN: NORMAS BÁSICAS DE ALIMENTACIÓN.

- Nunca se dará un alimento en la escuela que previamente no haya comido en su casa.
- Es conveniente introducir la alimentación complementaria en lactantes de forma paulatina y siempre a partir
- El yogur se dará cómo complemento será natural sin azúcar para todas las edades y no se dan variedades.
- Las legumbres se introducirán a partir de los 12 meses; hasta los 18 meses en puré con verdura y después entero.
- No puede entrar ni salir alimentos, chucherías, aspitas, frutos secos, galletas.
- Con respecto a los cumpleaños se permitirá llevar un bizcocho casero o comprado, la educadora deberá hablar con la madre por los niños/as del sector que presenten alergia. Si eso ocurriera tendrían que tomar las medidas necesarias para que ese o esos niños no quedaran fuera de la fiesta
- No pueden incorporarse a los alimentos del menú vino, txistorra, chorizo, caldos pre elaborado.
- Respetar el orden de los platos: 1º, 2º y postre.
- Dar agua siempre que el niño/a lo pida.
- Es importante administrarle el agua durante la comida y no después.

## **1.1. PROTOCOLO LECHE MATERNA.**

**ALMACENAMIENTO:** La leche debe guardarse en recipientes rígidos y cerrados, de cristal (biberones) o de plástico (bolsas específicas o biberón).

**CONSERVACIÓN:** La leche debe refrigerarse inmediatamente después de su extracción. Después debe mantener una cadena de frío adecuada a lo largo del proceso de conservación.

### **Recién extraída:**

Temperatura ambiente (19º - 22º) conservación 10 – 12 hs.

Nevera (0º - 4º) conservación durante 48 horas (siempre menos de 8 días).

En congelador se mantiene un máximo de 6 meses.

### **Descongelada:**

Temperatura ambiente: 1 hora.

Nevera: 24 horas.

Nunca volver a congelar.

## **1.2. PROTOCOLO DE LA LECHE ADAPTADA.**

**TIPOS DE LECHE ADAPTADA:** Son leche adaptada líquida,

NIDINA 1 para niños/as de menos de 6 meses.

NIDINA 2 para niños/as de entre 6 a 12 meses.

**ALMACENAMIENTO:** Cuando el envase no está abierto, puede dejarse en lugares secos y protegidos. La leche debe guardarse en recipientes rígidos y cerrados, de cristal o de plástico (biberones) cuando lo preparan para que los niños/ñas lo tomen.

**CONSERVACIÓN:** Se debe mantener una cadena de frío adecuada a lo largo del proceso de conservación, cuando tengan preparado los biberones de leche.

La leche adaptada líquida puede estar en la nevera durante 48 horas, pero nunca volver a congelar.

**ADMINISTRACIÓN:** Si la leche está refrigerada, antes de la administración se dejará un rato a temperatura ambiente o se calentará al baño maría.

Si se quiere descongelar rápido el biberón, se lo coloca bajo el grifo con agua fría hasta que la leche esté templada o a temperatura ambiente. Luego al baño maría si se usa más caliente.

Prohibido usar el microondas para calentar la leche.

### **1.3. MENÚS ADAPTADOS A LAS DIFERENTES ETAPAS DE SU DESARROLLO EVOLUTIVO.**

**Lactantes:** Menores de 6 meses: Biberones de leche materna.

Biberones de leche adaptada Nidina 1.

Mayores de 6 meses: Biberones de leche materna.

Biberones de leche adaptada Nidina 2.

Puré de verduras con carne o pescado triturados.

**Caminantes:** Puré de verduras con carne o pescado triturados.

Puré semitriturado de verduras con carne o pescado.

**Medianos:** Menú con primero, segundo plato y postre.

**Mayores:** Menú con primero, segundo plato y postre.

## ALMUERZOS ESCUELAS INFANTILES CURSO 2017 – 2018

### PRIMERA Y TERCERA SEMANA

SEMANA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Lactantes	PAN	GALLETAS	PAN	GALLETAS	PAN
Caminantes	PAN	1 <sup>er</sup> trimestre galletas, después manzana	GALLETA	1 <sup>er</sup> trimestre pan, después pera	PAN
Medianos / Mayores	PAN	MANZANA	GALLETA	PERA	PAN

**ESCUELAS INFANTILES MUNICIPALES DE PAMPLONA. AGOSTO 2017**  
**IMPORTANTE: Galletas y pan contienen gluten.**

**Si NO toman gluten en su alimentación: GALLETAS SIN GLUTEN.**

## ALMUERZOS ESCUELAS INFANTILES CURSO 2017 – 2018

### SEGUNDA Y CUARTA SEMANA

SEMANA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Lactantes	PAN	GALLETAS	PAN	GALLETAS	PAN
Caminantes	PAN	GALLETAS	1 <sup>er</sup> trimestre pan, después manzana	GALLETAS	PAN
Medianos / Mayores	PAN	GALLETAS	MANZANA	GALLETAS	PAN

**ESCUELAS INFANTILES MUNICIPALES DE PAMPLONA. AGOSTO 2017**

**IMPORTANTE: Galletas y pan contienen gluten.**

**Si NO toman gluten en su alimentación: GALLETAS SIN GLUTEN.**

**MENÚ ESCUELAS INFANTILES – HAUR ESKOLETAKO MENUA (JANGARRIA) CURSO 2017 -2018**

LUNES ASTELEHENA	MARTES ASTEARTEA	MIÉRCOLES ASTEAZKENA	JUEVES OSTEGUNA	VIERNES OSTIRALA
JUDÍA VERDE CON PATATAS LEKAK PATATEKIN	MACARRONES CON TOMATE MAKARROIAK TOMATEAREKIN	PATAS GUIADAS PATATA GISATUAK	PURÉ DE LEGUMBRE LEKALE PUREA	ARROZ CON TOMATE ARROZA TOMATEAREKIN
TORTILLA DE CALABACÍN KUIATXO- TORTILA	LIMANDA EMPANADA LIMANDA OILARRA BIRRINEZTATUA	PECHUGA DE POLLO EN SALSA ZANAHORIA OILASKO-BULARKIA AZENARIO-SALTSAN	LOMO EN SALSA SOLOMOA-SALTSAN	MERLUZA AL HORNO LEGATZA LABEAN ERREA
FRUTA	YOGUR - JOGURT	FRUTA	FRUTA	YOGUR - JOGURT

LUNES ASTELEHENA	MARTES ASTEARTEA	MIÉRCOLES ASTEAZKENA	JUEVES OSTEGUNA	VIERNES OSTIRALA
CREMA DE CALABAZA KUIA-KREMA	ARROZ CON TOMATE ARROZA TOMATEAREKIN	SOPA DE COCIDO HARAGI-ZOPA	LENTEJAS DILISTAK	BORRAJA CON PATATA BORRAJA PATATEKIN
ALBONDIGAS EN SALSA DE VERDURAS HARAGI-BOLAK BARAZKI	LIMANDA REBOZADA LIMANDA OILARRA ARRAUTZAZTATUA	POLLO ASADO OILASKO ERREA	MERLUZA Y BACALAO AL AJOARRIERO LEGATZA eta BAKAILAOA AJOARRIERO ERARA	PAVO GUIADO INDIOILAR GISATUA
YOGUR-JOGURT	FRUTA	YOUR	FRUTA	FRUTA



**MENÚ ESCUELAS INFANTILES – HAUR ESKOLETAKO MENUA (JANGARRIA) CURSO 2017 -2018**

LUNES ASTELEHENA	MARTES ASTEARTEA	MIÉRCOLES ASTEAZKENA	JUEVES OSTEGUNA	VIERNES OSTIRALA
CODITOS CON TOMATE KODITOAK TOMATEAREKIN	PORRUSALDA	GARBANZOS TXITXIRIOAK	JUDIA VERDE CASERA LEKAK ETXECO ERARA	PURE DE VERDURAS BARAZKI-PUREA
MINICROQUETAS BACALAO BAKAILAO-KROKETA TXIKIAK	MERLUZA AL HORNO LEGATZA LABEAN ERREA	TORTILLA DE JAMON URDAIAZPIKO-TORTILLA	POLLO REBOZADO OILASKO ARRAUTZAZTATUA	TERNERA GUIASDA ARATXE GISATUA
FRUTA	YOGUR - JOGURT	FRUTA	YOGUR- JOGURT	FRUTA

LUNES ASTELEHENA	MARTES ASTEARTEA	MIÉRCOLES ASTEAZKENA	JUEVES OSTEGUNA	VIERNES OSTIRALA
CREMA DE CALABACIN Y PUERRO KUIATXO-ets- PORRU-KREMA	LENTEJAS SENCILLAS DILISTA GARBIAK	SOPA CON FIDEOS FIDEO-ZOPA	BORRAJA CON PATATAS BORRAJA PATATEKIN	FIDEUA
ALBONDIGA CON TOMATE HARAGI-BOLAK TOMATEAREKIN	LIMANDA EN SALSA LIMANDA OILARRA SALTSAN	CABEZADA EMPANADA BURRUALDE-XERRA BIRRINEZTATUA	CONTRAMUSLO EN FRITADA IZTERRONDOA PIPER-TOMATEAN	MINI EMPANADILLAS DE ATUN
YOGUR-JOGURT	FRUTA	FRUTA	YOGUR-JOGURT	FRUTA

FRUTA: DURANTE LOS MESES DE VERANO: MELÓN, PERA Y PLÁTANO

DURANTE LOS MESES DE INVIERNO: NARANJA, MANZANA, PERA Y PLÁTANO

## MENÚ ESCUELAS INFANTILES ECOLÓGICO Y SALUDABLE

### PURÉS

(TIEMPO CALOR: AGOSTO/OCTUBRE)

CURSO 2017-18

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
PATATA CALABACIN PUERO POLLO	MIJO JUDIA VERDE PESCADO	PATATA ZANAHORIA TERNERA	MIJO CALABAZA LENTEJAS	PATATA JUDIA VERDE CEBOLLA POLLO
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
MIJO ZANAHORIA POLLO	PATATA JUDIA VERDE PESCADO	TRIGO SARRACENO CALABACÍN TERNERA	PATATA CALABAZA PUERRO LENTEJAS	MIJO ZANAHORIA POLLO
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
PATATA JUDIA VERDE POLLO	MIJO CALABAZA CEBOLLA PESCADO	PATATA ZANAHORIA TERNERA	MIJO CALABACIN LENTEJAS	PATATA CALABAZA PUERRO POLLO
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
MIJO CALABACIN POLLO	PATATA JUDIA VERDE PUERRO PESCADO	MIJO CALABAZA TERNERA	TRIGO ZANAHORIA CEBOLLA LENTEJAS	MIJO CALABACIN POLLO

**TODOS LOS DIAS ALMORZARAN FRUTA VARIADA. LOS ALIMENTOS SON ECOLÓGICOS DE PROXIMIDAD**

## MENÚ ESCUELAS INFANTILES ECOLÓGICO Y SALUDABLE

(TIEMPO CALOR: AGOSTO/OCTUBRE)

### CURSO 2017-18

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
AVENA CON VERDURAS	MACARRONES CON ESPINACAS	VERDURA DE TEMPORADA CON PATATA	GARBANZOS CON MIJO Y VERDURAS	ARROZ INTEGRAL CON VERDURAS
TORTILLA DE ZANAHORIA	PESCADO AL HORNO	ALBÓNDIGAS DE TERNERA	YOGUR	POLLO AL AJILLO CON MANZANA

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
CREMA DE LENTEJAS CON NABO Y PUERRO	CODITOS CON SALSA DE ZANAHORIA	CREMA DE MIJO CON ACELGAS	ALUBIA BLANCA CON ARROZ Y VERDURA (estilo pocha)	PATATA CON VERDURAS
ARROZ CON VERDURAS	PESCADO AL HORNO CON VERDURAS	HAMBURGUESA DE TERNERA CON CEBOLLA Y SESAMO	YOGUR	REVUELTO DE CHAMPIÑONES

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
ESPIRALES CON REMOLACHA, ZANAHORIA Y TERNERA	PATATA CON VERDURAS	CREMA DE CALABAZA	LENTEJAS CON AVENA Y VERDURAS	ARROZ INTEGRAL CON VERDURAS
COMPOTA DE MANZANA	PESCADO ENHARINADO	TERNERA CON GUARNICIÓN	YOGUR	POLLO AL HORNO CON ZANAHORIA

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
LENTEJAS CON VERDURAS	MACARRONES CON TOMATE	MIJO CON VERDURAS	GARBANZON CON ARROZ Y VERDURAS	MENESTRA DE VERDURAS CON PATATA
HAMBURGUESA VEGETAL	PESCADO AL HORNO	CORDERO GUISADO	YOGUR	TERNERA EN SALSA

**TODOS LOS DIAS ALMORZARAN FRUTA VARIADA. LOS ALIMENTOS SON ECOLÓGICOS DE PROXIMIDAD**

## **1.4. PROTOCOLO PARA LAS DIETAS ESPECÍFICAS.**

### **1.4.1. POR INTOLERANCIA, ALERGIA ALIMENTARIA.**

1. Recogida de información por parte de la escuela, básicamente sería pedirle al familiar un informe de su pediatra o alergólogo donde conste que tipo de intolerancia presenta.
2. Información al pediatra.
3. Entrevista del pediatra con la familia. Esta entrevista tiene que ser consensuada por la/el directora/director.
4. Confirmación del caso.
5. Dieta específica realizada por el pediatra para el/la niño/a.
6. Envío a escuela: directora/or, cocinera/ro, educadora/or y familias.
7. Dieta global. Cuando en un sector coinciden varias alergias, unificarlas con recomendaciones y pautas alimentarias.

### 1.4.2. PROTOCOLO ANTE UN FALLO HUMANO:

Si un niño/a, por accidente o por iniciativa propia, come un alimento que es alérgeno para él, el protocolo será:

**a**-Primero ver la reacción del alérgeno en el niño/a. Si no le pasa nada, si se le ponen parcialmente o totalmente violeta los labios y/o dedos de la mano, si comienza con tos seca en forma espontánea que va “increscendo”, si se le aprecian manchas rosadas, pruriginosas o irritabilidad que antes no tenía...

Puede ocurrir que la reacción sea tardía (en el momento no pasa nada pero más adelante, con el transcurrir de las horas, comienza a manifestarse el cuadro).

**b**-De acuerdo a la reacción del niño, si aparecen los signos o síntomas precoces, llamar al 012, luego al pediatra y, por último, a la familia. Separar al paciente de los otros niños, dejarlo en un ambiente fresco, no es necesario acostarlo, tranquilizarlo y seguir los consejos del 012.

**c**-Si la reacción es tardía, avisar a la familia lo ocurrido y pedirles que estén atentos por si aparece algún signo o síntoma, ya que podemos estar en presencia de una reacción anafiláctica: **ESTO ES GRAVE**.



Ayuntamiento de  
**Pamplona**  
Iruñeko Udala

**Organismo Autónomo Escuelas Infantiles**  
***Haur Eskolen Erakunde Autonomoa***  
Conde Oliveto, 4-2º izda.  
31002 Pamplona -Iruña  
Teléfono: 948 420098 Fax: 948 420099

# PARTE SEGUNDA

---



## **2. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

1. Inmunización activa. Calendario vacunaciones. Años 1980 – 2016.
  - 1.1 Referencias al Calendario de Vacunas 2016.
  - 1.2 Protocolo de niños/as no vacunados.
  - 1.3 Documento de la Declaración de Renuncia a la vacunación.
2. Mecanismos de transmisión
  - 2.1 Medidas higiénico – sanitaria en educadoras/es.
  - 2.2 Medidas higiénico – sanitarias en niños/as.
3. Condiciones higiénicas adecuadas en instalaciones, juguetes y material didáctico.  
Uso de guantes y calzados.
4. Manipulación correcta de los alimentos.



## 2.1. CALENDARIO DE VACUNACIONES

### **Comparación 1980 – 2107**

### **Calendario vacunación 1980**

Vacunas	años						
	3	5	15	18	6	10	14
Polio							
Difteria Tétanos Pertusas	DPT	DPT		DT			T
RUBEOLA						RUBEOLA (NIÑAS)	

## Calendario de vacunación actual

CALENDARIO VACUNACIÓN INFANTIL 2016 (O.F. 75E/2016, del 26/1)									
VACUNAS	EDAD								
	2 meses	4 meses	11 meses	12 meses	15 meses	3 años	6 años	11-12 años	14 años
Poliomielitis	VPI	VPI	VPI				VPI 6		
Difteria-Tétanos-Pertusis	DTPa	DTPa	DTPa				DTPa5/d Tpa6		Td 9
Haemophilus influenza b	Hib 1	Hib	Hib						
Hepatitis B	HB	HB	HB						
Enf Meningococica C		McC 3		McC				McC 7	
Neumococica conjugada 13v	NC13 v 2	NC13 v	NC13v						
Sarampion-Rubeola-Parotiditis				TV 4		TV			
Varicela					V	V			
Virus del Papiloma Humano								VPH 8	

## **REFERENCIAS AL CALENDARIO VACUNACIÓN INFANTIL 2016**

1. En recién nacidos de madre portadora: 1ª dosis de vacuna e Inmunoglobulina al nacer, 2ª dosis a los 2 meses y 3ª a los 6 meses.
2. Para niños/as nacidos a partir del 1 de enero de 2016:  
Según la vacuna utilizada puede ser necesaria la primo vacunación con dos dosis (2 y 4 meses de edad). La vacuna adjudicada actualmente en Navarra sólo precisa la primo vacunación con una dosis a los 4 meses.
3. En situación de especial riesgo, se puede adelantar a los 9 meses de edad. Si la primera dosis se aplica antes de los 12 meses, es necesario repetirla a los 12 meses con una separación mínima de cuatro semanas.
4. Se administrará a los nacidos con posterioridad al 1 de enero de 2016.
5. Se administrará a los nacidos con anterioridad al 1 de enero de 2016.
6. Todos los nacidos durante los años 2004 y 2005 recibirán una dosis antimeningocócica C en el curso escolar 2016 – 2017.
7. Solamente a niñas. Las niñas nacidas durante los años 2004 y 2005 recibirán dos dosis en el curso escolar 2016 – 2017.
8. Td: Vacuna Tétanos –difteria tipo adulto. Una vez completado el calendario de vacunaciones (5 o 6 dosis) o para adultos que hayan recibido cinco o más dosis es suficiente la administración de una única dosis de recuerdo en torno a los 65 años.

## **2.2. PROTOCOLO DE VACUNACIÓN**

Cuando la familia matricule al niño/a debe presentar la Cartilla de Salud Infantil con su respectivo calendario de vacunación.

Si la familia nos comunica que el niño/a esta vacunado pero no presenta ningún documento tendrán plazo para presentarlos hasta el día 31 de agosto de ese año.

Si a pesar del plazo estipulado no se presenta dicho documento, la dirección de la escuela se lo comunicará al pediatra y este tendrá una entrevista con la familia para explicarles que, si no traen la Cartilla o el Calendario Vacunal, el niño/a no podrá ingresar.

Sólo se va a pedir el Calendario de Vacunación al principio del ciclo escolar, durante el transcurso del año no es necesario.

Si la familia decide no vacunar al niño/a, comenzaremos el protocolo de niños no vacunados.

### **2.3. PASOS A SEGUIR CON UN NIÑO/ A NO VACUNADO**

- 1.- Identificar en el momento de la inscripción a este tipo de niños/as.
- 2.- Explicarle al padre/madre/tutor la importancia de esta situación y comentarle que el pediatra se reunirá con él en una entrevista.
- 3.- El personal directivo concierta hora y día para la entrevista
- 4.- En ese encuentro el pediatra le presentara al familiar del niño/a un documento llamado "Declaración de Renuncia a la Vacunación" . Ver adjunto.
- 5.- Firmarán los dos y una copia se la lleva el familiar y la otra se queda en la Historia Clínica de la escuela.

## DECLARACIÓN DE RENUNCIA A LA VACUNACIÓN

Menor		Fecha de nacimiento
Padres / tutores		DNI
		DNI
Profesional sanitario		Número de colegiado

### Información previa

Las autoridades sanitarias recomiendan la administración de las vacunas incluidas en el calendario de vacunaciones sistemáticas a todos los niños y adolescentes, y considera la vacunación como la mejor medida de prevención de las enfermedades infecciosas, tanto a nivel individual como de la comunidad, y además un derecho de los ciudadanos.

De acuerdo con el marco legal, la vacunación no es obligatoria. En caso de no aceptación de la vacunación o si se deniega su administración a la edad recomendada, se requiere la renuncia expresa.

### Declaración de los padres/tutores

- He sido informado de la necesidad de administrar a mi hijo las vacunas sistemáticas del calendario infantil. También de sus ventajas e inconvenientes y he tenido la oportunidad de plantear mis dudas. Se me han proporcionado fuentes de información, como <http://vacunasaep.org/familias> , <http://enfamilia.aeped.es> y <http://www.familiaysalud.es>
- He recibido información sobre la importancia de las vacunas y del riesgo al que expongo a mi hijo por no aceptar la vacunación.
- Nuestro médico y enfermera nos han informado del elevado nivel de eficacia y seguridad de las vacunas.
- Me considero responsable de esta decisión.
- También, sé que puedo reconsiderarla y solicitar la vacunación de mi hijo en cualquier momento.
- A continuación, señalo aquellas vacunas que no quiero que sean administradas a mi hijo.

**Señale con claridad qué vacunas acepta y cuáles rechaza.**

Vacuna recomendada	Aceptación / rechazo	
	Acepto esta vacuna	Rechazo esta vacuna
Hepatitis B		
Difteria, tétanos y tosferina acelular (DTPa o Tdpa)		
Poliomielitis (vacuna inactivada)		
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b		
Meningococo C		
Neumococo		
Sarampión, rubeola y parotiditis		
Tétanos y difteria (Td)		
Varicela		
Virus del papiloma humano		

<b>Firma del padre, madre o tutor</b>	<b>Firma del padre, madre o tutor</b>	<b>Firma del profesional sanitario</b>
Reconozco que he leído y entendido este documento y que he recibido una copia	Reconozco que he leído y entendido este documento y que he recibido una copia	
Fecha	Fecha	Fecha

## **2.4. MECANISMOS DE TRANSMISIÓN**

### **2.4.1 MEDIDAS HIGIÉNICO – SANITARIAS PARA LAS EDUCADORAS.**

#### Lavado de manos

Al llegar a la escuela. Con jabón para las manos.

Después de usar el W.C. Con jabón para las manos.

Después del cambio de pañales, se recomienda usar gel hidroalcohólico.

Se invita a usar el gel hidroalcohólico en el momento de que salen del aula o de los patios después de limpiar las secreciones nasales.

Antes de dar de comer, con jabón para las manos.

Después de atender a un niño/a enfermo/a, usar gel hidroalcohólico.

Esto es también higiene: mantener las uñas cortas, cuidadas y libres de suciedad. Además no deben llevarse pintadas.



### **En la actividad del cambio de pañal:**

Ponerse guantes de látex.

Si el personal presenta alergia al látex colocarse guantes de vinilo.

Colocar toallas de papel desechables en el cambiador.

Cuando los niños/as tienen los pañales con heces, limpiar los genitales de delante hacia atrás con toallas desechables.

Limpiar las manos del niño/a si entran en contacto con heces.

Poner al niño/a sobre el cambiador, quitar el pañal y tirarlo a la basura metido en una bolsa de plástico (tanto heces como orina).

Si sólo tiene orina, no es necesario utilizar toallas desechables, es suficiente con cambiar el pañal mojado por uno nuevo.

No almacenar pañales en la bañera o fregadero.

Así mismo, es conveniente cambiarlos cuando tengan ropa mojada sobre el cuerpo.

Número mínimo de cambios en la jornada escolar:

dos para las jornadas completas y uno en las de media jornada

Las educadoras: limpieza de las manos con agua y jabón después de la actividad.

## **2.4.2. MEDIDAS HIGIENCO-SANITARIAS PARA NIÑOS Y NIÑAS.**

Lavado de manos (con agua y jabón):

Siempre antes de comer.

Como recomendación, siempre después de ir al baño.

Ropa:

Cómoda. De algodón preferentemente. Que facilite los movimientos.

No tenerles muy abrigados. Evitar cambios bruscos de temperatura.

En épocas de calor tener los bodis abiertos, pues así permiten que el aire circule y los niños/as no tengan el cuerpo sudoroso.

Temperatura ambiental entre 19 ° a 21ª en las aulas.

En verano no traerlos con ropa de invierno y viceversa.

Prestar atención si se presentan con una apariencia física desaliñada, falta de higiene o vestidos inapropiados.

### **2.4.3. MEDIDAS HIGIENICAS PARA EL USO DE GANTES Y CALZADOS.**

#### **GUANTES :**

Se deben usar guantes de plástico. Si alguna persona tiene alergia al plástico usar guantes de vinilo.

Uso de guantes para:

Cambiar los pañales a un niño/a.

Curar heridas sangrantes o secas.

Limpiar las aulas de substancias alimenticias u otros residuos del suelo.

Limpieza del material que se uso en el taller.

Limpieza del material del aula cuando aparezca una enfermedad contagiosa cuya transmisión sea a través de los objetos.

Cuando se deba examinar a un niño/a.

Cuando haya que quitar las sábanas sucias de las camas.

**NO** usar guantes:

Mientras le estén dando el almuerzo o la comida a los niños/as.

En el taller, mientras se estén utilizando los objetos de ese lugar.

#### **CALZADO:**

Todos los niños/as deben dormir **sin calzado**. Las escuelas que lo deseen pueden tener calzado exclusivo para la escuela. En este supuesto los padres, cuando lleguen por la mañana, cambiarán el calzado de calle por el de la escuela y, al irse, el de la escuela por el de calle.

## **2.5. MEDIDAS DE PREVENCIÓN MANIPULADOR DE ALIMENTOS.**

Estas medidas son para el personal de cocina, cocineras/os y ayudantes de cocina.

### **2.5.1. LIMPIEZA E HIGIENE.**

Limpieza en las instalaciones.  
Desinfección.  
Residuos y desperdicios.  
Plagas.

### **2.5.2.- LIMPIEZA DE ÚTILES DE COCINA Y PIEZAS DESMONTABLES.**

Limpieza de todo lo que vemos en seco y, si no, ayudar con agua caliente.  
(Restos de comida, residuos varios...)  
Aplicar detergente o productos acorde a industria.  
Frotar hasta retirar toda la suciedad visible.  
Aclarar.  
Aplicar el desinfectante.  
Aclarado (algunos productos hay que dejarlos un tiempo para que actúen.  
Antes de empezar a trabajar siempre hay que aclarar).  
Secar (con papel desechable).

## **A- NUNCA SE DEBE HACER EN LA PRÁCTICA:**

- a.1.** Los utensilios de madera están prohibidos (tablas, cucharones...)
- a.2.** No se permite usar bayetas ni trapos, siempre papel desechable.
- a.3.** Los utensilios, limpios y desinfectados, deben almacenarse en esterilizadores, nunca al ambiente.
- a.4.** En la limpieza de las instalaciones, no se permite el barrido en seco donde hay productos alimenticios, (puede levantar polvo haciendo posible la contaminación de los alimentos.)
- a.5.** Las maquinarias deben ser desmontables para facilitar la limpieza de los restos de alimentos, nunca maquinaria no desmontable.
- a.6.** No almacenar productos de limpieza junto a los alimentos.
- a.7.** No está permitido tener animales domésticos en las zonas de manipulación, almacén o zonas donde pueda haber productos alimenticios.

## **B- HIGIENE PERSONAL DE LOS MANIPULADORES :**

- b.1.** Manos.
- b.2.** Nariz, boca y garganta.
- b.3.** Pelo.
- b.4.** Ropa de trabajo.
- b.5.** Salud del manipulador.

# PARTE TERCERA

---



### **3. ENFERMEDADES EN LAS ESCUELAS INFANTILES.**

#### **3.1. ACTUACIÓN ANTE UN NIÑO ENFERMO.**

##### **Niño/a enferma:**

Niño/a enfermo/a es aquél que presenta **síntomas** (fiebre, vómitos, diarrea, dolor etc.) **que le impiden seguir la actividad normal del aula.**

##### **Actitud de la educadora/educador:**

Hacer una valoración del niño/a y avisar a las familias para notificar la situación del niño/a.

A la llegada de la familia, se les informará de los síntomas que presenta.

La familia decidirá, según los casos, qué hacer: observación en casa, acudir al centro de salud o a urgencias.

Se les recordará que, si al día siguiente **persisten** los síntomas, no deberá volver a la escuela y sí acudir a su pediatra para valoración.

Se aconsejará a las familias, en la medida de lo posible, administrarle un antitérmico cuando el niño/a se levantara con fiebre, pero no llevarle a la escuela ya que no está en condiciones de asumir las actividades escolares de ese día.

Anotar en la planilla de incidencias pediátricas, la hora y causa de la llamada.



## **3.2. SIGNOS Y SÍNTOMAS:**

### **3.2.1. PROTOCOLO PARA LA FIEBRE.**

#### **¿Qué es?**

La fiebre es la elevación de la temperatura corporal por encima de Tº rectal > 38°C y Tº axilar > 37,5°C.

La fiebre, en sí, no es una enfermedad. Es un indicador de que en el cuerpo del niño/a está ocurriendo una infección, siendo la más frecuente la viral.

Más importante que la fiebre es su estado general, inquietud, irritabilidad, lloros, agresividad.

Se toma la temperatura con el termómetro en la región rectal en lactantes, a partir del año en axilas, **NO** sirve tomar la temperatura en boca y oídos, no es fiable.

Después de usar el termómetro debemos lavarlo con agua y jabón.

El único antitérmico que se utiliza en la escuela es el PARACETAMOL, con consentimiento firmado por la familia.

## ¿Qué hacer?

No decidir que el niño/a tiene fiebre poniéndole la mano en la frente. Siempre usar el termómetro.

Si tiene fiebre, primero hay que avisar a la familia.

Actuación en la escuela: Dejar al niño/a con poca ropa (body/camiseta interior).

Mantener la habitación fresca y ventilada, esto es fundamental para la salud del niño/a.

Importante la hidratación. No forzar a comer, es normal que se encuentre inapetente. Ofrecerle descanso.

Dar antitérmico si la temperatura es superior a la normal.

Si esto ocurre el único antitérmico que se utiliza en las escuelas es el PARACETAMOL, siempre con la autorización de los padres.

Si los padres **NO autorizan** la administración de paracetamol, debemos colocarle compresas frías en la frente, axila e ingle, hasta que la temperatura baje o la familia se lo lleve.

**No** dar friegas de alcohol.

Los signos y/o síntomas de gravedad de la fiebre son:

Somnolencia, mareo o comportamiento anormal. Manchas rojas en la piel que no desaparecen con la presión. Convulsión sin etiquetar. Alteraciones en la respiración.

Si aparecen estos episodios, deberán llamar al 112 y al pediatra de las escuelas.

### **3.2.2. PROTOCOLO PARA CRISIS Y CONVULSIONES FEBRILES.**

#### **¿Qué es una crisis febril?**

Una crisis febril se produce cuando la fiebre aumenta a niveles que el cuerpo comienza a reaccionar desde sudoración profusa hasta convulsiones.

#### **Protocolo para crisis febriles.**

Recogida de información por la escuela.

Información al pediatra.

Entrevista con la familia y el pediatra.

Confirmación del diagnóstico de crisis febril.

Indicación de Stesolid.

Firma de consentimiento del tratamiento por la familia.

Indicación del uso del Stesolid a educadoras del sector del niño/a.

## **Convulsiones febriles.**

La definición es: contracción violenta e involuntaria de los músculos.  
Esto se debe a una alteración neuronal.

Administrar Stesolid en el momento de la convulsión, NO después.

NO tratar de desobstruir la lengua porque la fuerza de los dientes es tan potente que puede cortar los dedos.

Llamar a la familia, al 112 y al pediatra.

Luego de la convulsión, dejarlo que repose hasta que venga la ambulancia o la familia.

Anotarlo en la planilla de incidencias pediátricas.

### **3.2.3. PROTOCOLO PARA OJOS ROJOS.**

#### **Puede ingresar a la escuela:**

Con picor, legañas acuosas, líquidas, aumento del lagrimeo, secreciones nasales acuosas.

Sólo ardor o picor, enrojecimiento de las conjuntivas, sin legañas ni secreciones nasales.

**NO ES CONTAGIOSA.**

### **3.2.4. PROTOCOLO PARA LAS CONJUNTIVITIS.**

#### **NO pueden ingresar a la escuela:**

Con secreciones amarillentas o verdosas que no permitan abrir los párpados.

Con ojos llorosos, costra amarilla en los párpados, secreción nasal por resfrío de color amarillento o verdoso.

**ES CONTAGIOSA PARA LOS NIÑOS/ÑAS Y LOS ADULTOS**

### **3.2.5. PROTOCOLO PARA LAS HECES.**

#### **NO pueden ingresar a la escuela:**

Con heces líquidas, explosivas que traspasan el pañal.

Con más de cuatro episodios por día, aunque estén formadas.

Blandas, muy olorosas (como de adulto), color verde oscuro (a partir de caminantes).

Algunas veces acompañadas de vómitos.

#### **SÍ pueden ingresar a la escuela:**

En lactantes, deposiciones verdosas consistencia blanda, pastosa o en la situación que toma el biberón y a los pocos minutos tiene una excreción.

Blandas, con olor normal sin vómitos.

En niños mayores pueden aparecer dolor abdominal con nauseas, sin vómitos y con deposiciones normales.

### **3.2.6. PROTOCOLO PARA LAS MANCHAS EN LA PIEL Y AFTAS.**

#### **NO pueden ingresar a la escuela:**

Lesiones en boca, con o sin picos febriles.  
Pueden ser aftas, muguet, micosis bucal, llagas o boqueras.

Grano en cualquier lugar del cuerpo, rojo encendido, con o sin costra amarillenta que elimina pus.

Erupción en ambas axilas en las que, al tacto, notamos la piel muy áspera como si fuese lija, algunas veces se acompaña con o sin fiebre o con la lengua roja.

Sarpullido en la piel, manchas pequeñas, de color rojo, con la presión desaparecen y que toman las comisuras de los labios, dorso de las manos y /o planta de los pies.

A pesar de que su estado general sea bueno y no tenga fiebre, puede ser una virosis contagiosa.

## **Sí pueden ingresar a la escuela:**

Con mancha circular, más frecuente en cara, con menos color que la piel, que no produce picor y sin compromiso general.

Con sarpullido en la piel. Son manchas pequeñas, de color rojo apagado, con la presión desaparecen, están distribuidas por el cuerpo pero no toman dorso de las manos ni planta de los pies, provocan escasa cantidad sin picor y el niño/a tiene un buen estado general.

Con sarpullido de color rojo intenso. Cuando el niño/a llora demasiado, aparece en cara o, principalmente, en pómulos, a la presión del dedo no desaparece y el niño/a está bien. Control por los padres.



### **3.2.7. PROTOCOLO PARA LA TOS Y MUCOSIDAD.**

#### **NO pueden ingresar a la escuela:**

Niño/a con tos constante, mucosidad nasal verde o amarillenta, con rechazo parcial o total del alimento.

Con vómitos sólo de flemas y con rechazo parcial o total del alimento, aún cuando no tenga fiebre o su estado general sea bueno.

Cuando el niño/a deba tomar medicación (salbutamol, antitusivos, mucolíticos o expectorantes) durante las horas de su actividad escolar y no tenga la autorización del pediatra.

#### **SÍ pueden ingresar a la escuela:**

Con mucosidad transparente, tos escasa y come bien, aunque algunas tomas las deje.  
Con tos seca, escasa mucosidad, sin alteraciones de su estado general y control por los padres.

### **3.2.8. PROTOCOLO PARA LOS PIOJOS Y PARASITOSIS.**

#### **NO pueden ingresar a la escuela:**

Si se encuentran animales vivos o liendres.

#### **SI pueden ingresar a la escuela:**

Un día después del tratamiento, sin liendres.

No requiere exclusión de la escuela si lleva el tratamiento indicado por su pediatra y lo notifica al educador /a de su niño/a.

### **3.3. ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LAS ESCUELAS INFANTILES.**

#### **3.3.1. PROTOCOLO PARA LA ENFERMEDAD BOCA MANOS Y PIES.**

##### **Clínica:**

Predomina en niños/as menores de 5 años.

Erupción en forma de vesículas, que se localizan siempre en las manos y pies, además en boca vesículas en cualquier punto de la cavidad bucal respetando la faringe.

Produce dolor bucal con negativa a comer y fiebre de 38°C axilar o 39°C rectal.

##### **Duración y Contagio:**

Puede ingresar el niño/a cuatro días después que se haya diagnosticado.

Dura entre 2 y 4 días.

**ES CONTAGIOSA PARA NIÑOS Y NIÑAS, ADEMÁS DE MUJERES EMBARAZADAS.**

##### **Tratamiento:**

El tratamiento es sintomático

### **3.3.2. PROTOCOLO PARA LA ESCARLATINA.**

#### **Clínica:**

Predomina en niños/as de 2 a 10 años

Periodo de incubación entre 2 y 4 días

Comienza con una inflamación de faringe y amígdalas acompañado de fiebre, esto es doloroso, con rechazo del alimento en niños/as pequeños/as. Dura de 12 a 24 horas.

El exantema (sarpullido) empieza en cuello y se va extendiendo a tronco y región axilar hasta llegar a las extremidades. Sobre todo en región inguinal se forman en los pliegues pequeños líneas purpúricas. La erupción tiene un color rojo escarlata que da el nombre de la enfermedad.

En la cara, más que el sarpullido, se aprecia sólo un enrojecimiento difuso que respeta el triángulo perinasobucal, por lo cual, la fisonomía de los niños con escarlatina es típica.

La lengua al principio es roja en la punta. Luego, con la evolución, se descama y termina con un color rojo intenso. A esta situación se le conoce como lengua aframbuesada.

#### **Duración y Contagio:**

El sarpullido persiste entre 3 y 6 días.

Sólo puede ingresar cuando desaparezcan el exantema y la fiebre.

**ES CONTAGIOSA PARA LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADULTOS**

#### **Tratamiento:**

El tratamiento es con antibióticos, básicamente con amoxicilina durante 8 o 10 días.

### **3.3.3. PROTOCOLO PARA EL ESPASMO DEL SOLLOZO.**

#### **Clínica:**

El espasmo del sollozo es un tipo de evento súbito, de tipo NO epiléptico.

Inicio frecuente entre los 6 y 12 meses de vida. La mayor cantidad de episodios los presentan los niños entre el año y los dos años de edad.

Característicamente, existe un evento desencadenante (el más común es el llanto), aunque puede ser provocado por dolor o sorpresa. Después de sacar el aire de sus pulmones el niño/a detiene la respiración (apnea) y puede mostrarse rígido y con un leve tono azulado (cianosis) en los labios y en los dedos.

El espasmo del sollozo no es provocado por enfermedades orgánicas del sistema nervioso; tampoco es la manifestación de ninguna enfermedad psiquiátrica ni significa que el niño/a tenga ningún trauma psíquico. Se le ha relacionado con un reflejo respiratorio infantil primitivo y tiene cierto grado de agregación familiar (uno de cada cuatro niños/as con espasmo del sollozo tiene un familiar directo que lo padeció en la infancia).

## **Manejo de Emergencia del Espasmo del Sollozo:**

Mantenga la calma. No existe riesgo vital.

Retire los objetos que tenga en la boca.

Colóquelo de costado y retire los objetos con los que se pueda golpear.

No intente detener el espasmo.

Aléjese un poco del niño/a, obsérvelo de forma indirecta.

Si el niño/a continúa con el espasmo más de un minuto, échelo en la cara agua fría o sople suavemente en la misma.

Déjelo dormir una pequeña siesta.

## **Cuándo la familia debe acudir a su médico:**

Cuando los espasmos se produzcan sin un factor desencadenante.

En caso de movimientos de tipo convulsivo.

En caso de eventos durante el sueño o cuando no recobre la conciencia.

En caso de inicio antes de los 5 meses de edad.

**NO ES CONTAGIOSO PARA LOS NIÑOS/ÑAS O EDUCADORES/AS.**

### **3.3.4. PROTOCOLO PARA EL EXANTEMA SÚBITO.**

#### **Clínica:**

La enfermedad aparece entre los 6 meses y 3 años.

Cursa con una erupción maculopapular en tronco, cuello y cara que aparece después de un período febril de 3 días de evolución.

No tiene picor.

La fiebre puede ser elevada de 39-40<sup>a</sup>C

La erupción cutánea puede ser entre 1-2 días.

#### **Duración y contagio:**

La duración entre la fiebre y el exantema son de 5 días, aproximadamente.

NO puede ingresar a la escuela hasta que se le ha ido el exantema.

**ES CONTAGIOSA PARA LOS NIÑOS/ÑAS Y EMBARAZAS,  
NO PARA LOS/LAS EDUCADORES/AS**

### **3.3.5. PROTOCOLO PARA LAS ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES.**

#### **Clínica:**

La gastroenteritis aguda (GEA) es una infección por virus, bacterias y parásitos.

Las deposiciones son variables pero sí son menos de 5 por día

Son de leves a moderadas. Más de 5 por día son graves.

Las deposiciones inicialmente son más blandas y pastosas de lo habitual, posteriormente son grumosas, desligadas y con frecuente presencia de mucosidad, por último son francamente líquidas.

En las GEAs por bacteria, son deposiciones muy numerosas, escaso volumen, rica en moco y, a menudo, con sangre.

Los vómitos no faltan, predominan al comienzo y su carácter es brusco, numeroso y, en ocasiones, constantes. Esto agrava el estado general y dificulta el tratamiento.

Casi siempre son transitorios, cediendo paulatinamente.

#### **Duración y contagio:**

**Las GEA:** **NO** pueden concurrir mientras tenga vómitos, diarrea, con o sin fiebre y/o afectación estado general.

**SALMONELOSIS:** **NO** pueden concurrir hasta que hayan transcurrido al menos tres semanas desde el comienzo del cuadro, hayan desaparecido todos los síntomas (fiebre, diarrea) y las deposiciones sean las normales en él /ella.

**CAMPILOBACTER:** **NO** pueden concurrir hasta tres días desde el inicio del tratamiento antibiótico y con las deposiciones normales.

**ROTAVIRUS:** **NO** pueden concurrir hasta desaparecer la diarrea.



### **3.3.6. PROTOCOLO PARA EL MUGUET Y LAS AFTAS.**

#### **Clínica:**

El muguet es la forma más común de candidiasis, la lesión está constituida por placas grumosas blanco – amarillento sobre una base roja, friable, quebradizo al intentar despegarlas con el depresor. Además, en niños/as de 2 años en adelante, puede acompañarse de sequedad y dolor local.

Pequeñas lesiones benignas que producen sensación dolorosa fuerte, como de quemazón, preferentemente en la cavidad bucal. La ulceración extensa se debe a enfermedad boca- mano- pies, virus herpes.

Las aftas recidivantes son ulceraciones de 2 a 10 mm con ase amarillenta y reborde enrojecida, localizadas en cualquier zona de la mucosa bucal.

En general, las aftas ocurren de forma repetida, sean únicas o de forma múltiple.

Existen tres formas posibles de aftas recurrentes: menores, mayores y herpetiformes.

El tratamiento es sintomático, los corticoides tópicos en niños/as se deben usar a la mitad de su concentración.

#### **Duración y contagio:**

Tanto el muguet como las aftas pueden durar entre 3 y 6 días.

Hasta que desaparezcan las lesiones blancas de la boca no pueden ingresar en la escuela.

**ES CONTAGIOSA PARA LOS NIÑOS Y NIÑAS TAMBIEN PARA LOS ADULTOS**

### **3.3.7. PROTOCOLO PARA LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DE VÍAS ALTAS Y BAJAS.**

#### 3.3.7.1. Clínica de la faringitis:

La faringitis es una inflamación de la faringe, clínicamente da dolor de garganta sin otro signo o síntoma. Cuando la causa es infecciosa da fiebre, con placas blancas grisáceas, apatía, falta de apetito. El tratamiento es sintomático para la inflamación y un antibiótico para las infecciones.

#### **Duración y contagio:**

La duración varía. Si es inflamatoria entre 2 y 5 días.

**NO es contagiosa y puede concurrir a la escuela.**

La infecciosa durará lo que dure el tratamiento con antibióticos.

**NO es contagiosa pero NO puede concurrir a la escuela durante los cinco primeros días del tratamiento.**

### 3.3.7.2. Clínica del resfriado común:

El resfriado común, en general, es viral. Puede complicarse con una sobreinfección bacteriana. Hay factores predisponentes como frío, humedad y mojaduras que ayudan a que los virus se reproduzcan más. La incidencia anual oscila entre 3 y 6 episodios anuales. En los meses de otoño y primavera la incidencia es menor.

El resfriado comprende estornudos, fiebre, secreción nasal, irritabilidad y obstrucción nasal. En los primeros días puede existir congestión timpánica y, en ocasiones, acompañarse de otitis. Algunos lactantes pueden presentar vómitos y diarreas.

En los lactantes, los simples lavados con suero fisiológico son efectivos, complementados con aspiración prudente de mucosidades. La antibioterapia está reservada para los casos infecciosos.

#### **Duración y contagio:**

La duración es muy variable, puede ser de días a semanas.

**No es contagiosa, puede concurrir a la escuela.**

### 3.3.7.3. Clínica de las otitis:

La otitis aguda es la inflamación o infección del oído, puede ser externa, media o interna. Tanto la otitis externa como la media son las más frecuentes. No hay predisposición por el sexo. Aparecen con mayor incidencia entre los 6 a los 36 meses. En la época de frío.

La sintomatología determina a un lactante o párvulo que, días atrás, presentó rinofaringitis. Bruscamente aparece una agravación con elevación de la temperatura, apatía, rechazo del alimento, más acusado si debe succionar, otalgia, frecuentes vómitos, diarrea y pérdida de peso. En la mayoría de ocasiones el llanto del niño/a pone de manifiesto la afectación del oído medio. Suele ser intenso, de prolongada duración y de predominio nocturno, como manifestación de su otalgia, que cede espontáneamente si se perfora la membrana timpánica.

El tratamiento infeccioso siempre es con antibiótico, cuando es externo. Con respecto al dolor puede mejorar con paracetamol, calor seco y discutida aplicación de gotas analgésicas sedantes locales. De existir otorrea y perforación timpánica, está contraindicado el uso de estas gotas.

#### **Duración y contagio:**

La duración de la otitis de acuerdo a que tipo es puede ser desde 5 a 10 días.

**No puede concurrir a la escuela los primeros cuatro días si toma antibiótico.  
Sí puede ir a la escuela si no toma medicamentos y no tiene dolor ni fiebre.**

#### 3.3.7.4. Clínica de la sinusitis:

La sinusitis es la inflamación de la mucosa de los senos paranasales, generalmente de origen bacteriano. Las repetidas infecciones respiratorias altas son factores importantes para esta enfermedad. Además, en los niños/as que presentan vegetaciones, estas impiden la ventilación nasal normal, el moco-pus se acumula en las fosas nasales y se favorece la infección de los senos

La sintomatología es una rinorrea persistente que, si es unilateral y de moco-pus, indica la posibilidad de sinusitis bacteriana y, si lo es de moco fluido y bilateral, puede corresponder a rinosinusitis alérgica. Puede haber dolor frontal en niños/as.

El tratamiento de la sinusitis alérgica son corticoides y antihistamínicos orales. Para las bacterianas son antibióticos y, el tratamiento sintomático, lavados con suero fisiológico.

#### **Duración y contagio:**

En condiciones normales, el tratamiento antibiótico es de 10 días.

**NO puede concurrir a la escuela los primeros cuatro días del tratamiento antibiótico.**

### 3.3.7.5. Clínica de la disfonía:

La disfonía es un síntoma muy frecuente en el niño/a, correspondiente a cambios normales de la voz.

En niños/as pequeños/as puede presentarse a causa de malformaciones congénitas de la laringe, además cabe la posibilidad de disfonías funcionales secundarias a problemas psicológicos o emocionales.

#### **Duración y contagio:**

La mayoría de las veces es normal. Sólo es enfermedad cuando la causa se debe a malformaciones congénitas.

**Puede concurrir a la escuela si es por cambio de voz. Con respecto a las enfermedades congénitas se analizará de acuerdo a la clínica.**

### 3.3.7.6. Clínica de la bronquitis aguda:

- La bronquitis aguda es una enfermedad que afecta a tráquea y bronquios.
- La edad de máxima de incidencia es de 2 a 3 años.
- Puede tener varias acepciones cómo bronquitis asmátiforme, bronquitis espástica o bronquitis obstructiva. Todas ellas son producto de la sintomatología pero el verdadero nombre de la enfermedad sigue siendo bronquitis aguda.
- Las causas más frecuentes son virales.
- La manifestación más importante es la tos. Esta aparece después de un proceso viral con obstrucción nasal y mucosidad nasal. Al principio la tos es seca, irritante y dolorosa, manifestada por llanto. Luego es más blanda, productiva, húmeda y con movilización de secreciones. Puede provocar vómitos mucosos o alimenticios.
- La temperatura axilar puede oscilar entre 37 y 39°C.
- El tratamiento es reposo en cama, mantenimiento del buen estado de hidratación y, si tiene mucosidad espesa, hacer fluido terapia.
- Los medicamentos están muy discutidos entre los propios médicos.

#### **Duración y contagio:**

La bronquitis aguda puede evolucionar entre 5 a 10 días.

**Puede concurrir a la escuela si no presenta tos, ni fiebre y está activo/a.  
NO puede concurrir a la escuela durante 7 días a partir del diagnóstico definitivo.**

### 3.3.7.7. Clínica de la bronquiolitis:

- La bronquiolitis es una enfermedad que afecta a menores de 2 años, caracterizada por inflamación de las vías respiratorias bajas, dando lugar a un cuadro clínico de dificultad respiratoria precedida de síntomas de afectación de vías aéreas altas con mucosidad y tos.
- Existen dos formas: bronquiolitis epidémica, principalmente vírica, cuyo pico máximo de incidencias es en enero, (puede extenderse hasta abril) -y bronquiolitis esporádica, pues aparece durante todo el año.
- La clínica se inicia con rinitis, tos y estornudos, seguida de dificultad respiratoria. En pocas horas se acrecienta más esta dificultad, llegando algunas veces a la hospitalización.
- La taquipnea es el aumento de la frecuencia respiratoria, en estos casos aumenta considerablemente
- El tratamiento, en la mayoría de los casos, será sintomático y domiciliario.
- El objetivo del tratamiento es mantener adecuada hidratación; oxigenación correcta y conservación de las vías aéreas libres y limpias de secreciones.

### **Duración y contagio:**

La bronquiolitis puede evolucionar entre 5 y 7 días, aunque puede persistir tos o alargamiento espiratorio durante dos semanas.

**Puede concurrir a la escuela si no presenta síntomas.**

**NO puede concurrir a la escuela durante 7 días a partir del diagnóstico definitivo.**



### 3.3.8. Clínica de la mononucleosis infecciosa:

- La triada, dolor de garganta, fiebre y adenopatías (inflamación de los ganglios), son las características de la enfermedad.
- El periodo de incubación es prolongado y su duración oscila entre 2 a 6 semanas, lo cual explica que muchas veces sea desconocido el foco de contagio.
- Comienza en forma aguda entre 2 a 5 días caracterizado por escalofríos, sudoración, sensación febril, falta de apetito, malestar... luego de esos días aparece la triada.
- La fiebre suele ser la primera manifestación de la enfermedad, es elevada (39°C – 40°C axilar) y presenta carácter intermitente, puede aparecer después de un periodo afebril y dura entre 10 a 14 días.
- El dolor de garganta es el síntoma más frecuente, acompañado de amígdalas enrojecidas, aumentadas de tamaño y recubiertas con un exudado de color blanquecino o grisáceo.
- Las adenopatías se observan en el 80 al 90 % de los casos. Son los cervicales, tanto anteriores como posteriores, los involucrados.
- El aumento del bazo ocurre en la mitad de los afectados y el hígado también puede verse afectado.

#### **Duración y contagio:**

- Se observa una recuperación de varios días a 3 ó 4 semanas.
- La fiebre puede desaparecer a las 2 semanas de comenzar la enfermedad.
- El aumento del bazo puede mejorar en un periodo entre 1 y 3 meses.

**NO puede concurrir a la escuela hasta la desaparición de todos los síntomas y, siempre, con recuperación del estado general.**

### **3.4. PROTOCOLO PARA LAS HERIDAS.**

#### **¿Qué hacer con una herida?**

Antes de empezar la cura lavarse las manos con agua y jabón y ponerse guantes.

Lavar la herida con agua y jabón o con suero fisiológico a chorro para arrastrar la suciedad.

Poner en una gasa clorhexidina y aplicar a la herida.

Colocar tirita o venda.

Si la herida es extensa o profunda, cubrir la lesión con gasas estériles, apretando para cortar la hemorragia.

Llamar la 112 para su traslado al centro sanitario.

Importante: Conocer su estado vacunal. (Vacuna tétanos).

Desde que se produce una herida hasta que se acude al centro de urgencias, no deben pasar más de 6 horas, tiempo de suturar la herida.

#### **¿Qué NO hacer?**

Utilizar algodón ni alcohol.

Aplicar polvos, ungüentos o pomadas caseras.

Extraer un cuerpo clavado en la herida, pues puede estar haciendo de tapón e impidiendo la hemorragia.

### **3.5 PROTOCOLO PARA LAS HEMORRAGIAS.**

#### **Hemorragias por la nariz**

Tranquilizar al niño/a.

Si la nariz está desviada no tocar, puede estar rota. Llamar al 112 para su traslado.

Si no es así, pinzar la nariz, cogiéndola entre los dedos, durante 5 a 10 minutos.

Se puede mojar la nuca con agua.

La cabeza debe estar derecha, ni hacia adelante ni hacia atrás.

#### **Hemorragias en otras partes**

Procurar que el niño/a no haga movimientos bruscos. Acostarlo y tranquilizarlo.

Cubrir la herida con gasas y comprimirla fuertemente con la mano.

Si es en una extremidad, elevarla por encima del corazón

## **3.6. PROCOLO PARA LAS QUEMADURAS**

### **3.6.1. QUEMADURAS POR LÍQUIDOS CALIENTES:**

Refresque la quemadura. Ponga la parte afectada bajo un chorro de agua fría durante 5 minutos. Esto ayuda a evitar que se siga quemando y disminuye el dolor y la inflamación.

**NO** deben realizar estas acciones:

- a) NO ponga hielo sobre la quemadura.
- b) NO frote una quemadura porque esto puede empeorar la lesión.
- c) NO rompa las ampollas ya que puede aumentar el riesgo de una infección en la quemadura.

Cubra la quemadura. Cubra el área afectada con un vendaje limpio que no se pegue a la quemadura, se puede aplicar antiséptico yodado, gasas furacinadas y dejarlo al descubierto.

**NO** deben realizar estas acciones:

- a) NO aplicar ungüentos ni corticoides.
- b) NO aplicar mantequilla, grasas, dentífrico.

### **3.6.2. QUEMADURAS POR PRODUCTO CORROSIVO (LEJÍA, SOSA, ETC.):**

Retirar la ropa y lavar al niño con agua abundante fría.

Si el tóxico cae en los ojos, lavar con agua o suero fisiológico en cantidad abundante; a continuación tapar los ojos y llamar al 112 para traslado a centro sanitario.

### **3.6.3. OTRAS CUESTIONES DE INTERÉS:**

Las quemaduras se dividen en tres grados:

#### **Las quemaduras de primer grado.**

La piel se enrojece, pero no se ampolla. Es algo dolorosa.

#### **Las quemaduras de segundo grado:**

La capa exterior de la piel se quema y alguna parte de la dermis se lesiona. La quemadura es bastante dolorosa, salen ampollas, se consideran leves las que se encuentran en cara, cabeza, manos y genitales.

#### **Las quemaduras de tercer grado:**

La piel se quema se ve blanca o carbonizadas. La epidermis y la dermis (las dos capas superiores de la piel) se lesionan irreversiblemente.

### **3.7. PROTOCOLO PARA LAS MORDEDURAS Y PICADURAS.**

#### **3.7.1. MORDEDURA POR NIÑOS:**

Lavar la herida con agua y jabón. Aplicar coldhot.

Apuntar el incidente en el registro de incidencias de la ficha pediátrica y en el registro de incidencias de la escuela.

Foto donde se vea la magnitud y la ubicación de la herida.

Contactar con el pediatra cuando la herida es en cara o manos, además de que sea profunda, con pérdida de piel y músculo. Cuando esto ocurre, primero enviar una foto al móvil del pediatra para que este evalúe la herida, luego hacer los procedimientos anteriores.

Contactar con la psicóloga cuando el niño/a agresor lo hace varias veces a distintos niños/as o al mismo niño/a.

Comunicar a las familias, sin nombrar el agresor.

### **3.7.2. PICADURAS DE INSECTOS (ABEJA, AVISPA, MOSQUITO, ETC.):**

Aplicar agua fría, hielo, compresas frías.

Usar en la zona de la piel donde se produjo la picadura una pomada con corticoides (Adventan, Vaspit) o un medicamento con antihistamínico.

Si el niño/a comienza con un cuadro de ahogo luego de la picadura, llamar al 112 pues puede ser síntoma de algo grave.

Comunicar a las familias.

## **3.8. PROTOCOLO PARA GOLPES Y CAIDAS**

### **3.8.1. GOLPES EN CABEZA:**

Si sólo aparece un chichón, poner hielo (bolsa de coldhot).

Si el golpe es de cierta importancia o si el niño se desmaya, vomita, está adormilado, etc. trasladarlo al centro sanitario o llamar al 112.

### **3.8.2. GOLPES EN LA BOCA:**

Limpiar suavemente la boca con una gasa impregnada en agua o suero fisiológico.

Si se ha roto o salido el diente, sumergirlo en saliva del niño, leche o suero y entregarlo a la familia para que lo lleve al dentista.



## **3.9. PROTOCOLO PARA ATRAGANTAMIENTO**

### **3.9.1. CLÍNICA:**

Inicio brusco de distrés respiratorio asociado a tos o estridor.

Tos: Es la maniobra más segura y efectiva de desimpactación del cuerpo extraño.

#### Tos efectiva:

Animar a continuar tosiendo.

Vigilancia continúa.

#### Tos inefectiva:

Pedir ayuda.

Determinar el nivel de conciencia.

Mirar la boca para ver el cuerpo extraño, si está en la cavidad bucal, y es accesible, tratar de extraerlo.

Si está en la parte posterior de la boca **NO** tratar de sacarlo, pues podríamos introducirlo más.

Realizar las maniobras necesarias de acuerdo a la edad del niño/a.

Si, a pesar de las maniobras, estas fracasan y todavía el niño/a no ha podido eliminar el cuerpo extraño, entonces se debe utilizar el aparato "DECHOKER".

### 3.9.2. NIÑO/A CONSCIENTE:

Animar a continuar tosiendo.

Los golpes deben ser hechos con el talón de la mano, duros y fuertes  
Las maniobras de desobstrucción de cuerpos extraños pueden ser aplicables a niños/as menores de un año, mayores de un año y mayores de dos años.

### 3.9.3. NIÑO/A INCONSCIENTE:

Decúbito supino.

Pedir ayuda.

Búsqueda de cuerpo extraño en boca: barrido con un dedo si es visible.

Si no es visible, **NO** hacerlo.

Maniobra frente – mentón.

Maniobra de Heimlich.

Maniobra RCP hasta que el niño/a se haya recuperado y esté consciente o concurra personal medicalizado.

Cuando ocurre este incidente primero llamar al 112, luego a la familia y, por último, al pediatra.

### **3.9.4. MANIOBRAS PARA ELIMINAR EL CUERPO EXTRAÑO:**

#### **Lactantes menores de un año:**

Golpes interescapulares.

Posición prona con la cabeza más baja.

Sujetar la cabeza en los ángulos mandibulares y abrir la boca con un dedo.

5 golpes con el talón de la mano.

Golpes torácicos.

Decúbito supino con la cabeza más baja, 5 compresiones torácicas..

#### **Niños/as mayores de un año:**

Colocar en el regazo o sentado inclinado hacia delante.

Golpes abdominales.

5 compresiones entre el ombligo y el esternón.

## **Niños/as mayores de dos años:**

### Maniobra frente – mentón.

### Maniobra de Heimlich.

Son indicaciones precisas para hacerla:

- a) Se trata de un paciente en el que se ha presenciado la aspiración del cuerpo extraño o hay razones poderosas para sospecharlo.
- b) El paciente se mantiene inconsciente y en apnea. Así mismo, su vía respiratoria persiste obstruida pese a maniobras habituales para abrirla.

### Cómo hacer la maniobra de Heimlich:

- a) Niño/a de pie, la persona se coloca por detrás con el puño cerrado y el pulgar adentro del puño.
- b) De esta forma se hace presión entre el esternón y el ombligo, cinco veces.

### **3.9.5. APARATO DECHOKER PARA ELIMINACIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS :**

Se utiliza cuando las maniobras han fracasado o al principio de la incidencia.

- Saque el Dechoker de su envoltorio, y rápidamente tire del émbolo una o dos veces. Mientras, tranquilice al accidentado avisando de que el Dechoker está siendo preparado.
- Tumbe a la víctima de espaldas, inclínele la cabeza elevándole la barbilla para tener acceso sus vías respiratorias.
- Inserte el tubo azul en la boca deslizándolo por encima de la lengua y coloque la mascarilla tapando boca y nariz. Presione con suavidad, pero con firmeza para crear un espacio estanco.
- Presionando ligeramente la máscara, tire del émbolo hacia arriba con fuerza para succionar el objeto y deshacer la obstrucción.
- Si la obstrucción persiste, repita los pasos 3 y 5 y sepa que puede tirar del émbolo varias veces para conseguir una succión adicional si fuera necesario.
- No deje nunca que el respirador cubra boca y nariz durante más de 3 segundos seguidos, en ninguna de las etapas. Cuente hacia atrás 3-2-1.
- Una vez que los restos han salido, coloque al individuo de costado.

## **3.10. PROTOCOLO DE R.C.P. BASICO**

### **3.10.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN:**

La parada en el niño/a más frecuente es por asfixia, (en el 90 % de los casos).

La causa es atragantamiento de cuerpo extraño.

Mientras, en el adulto, la causa es de origen cardiaco.

Otras causas: TCE, ahogamiento, accidentes, trauma bucodental, inhalación de gases.

Son siempre situaciones de mucho estrés, se visualiza la muerte y eso produce un bloqueo emocional que hace perder un tiempo imprescindible.

Por eso un buen método de concentración es cerrar los ojos, concentrarse en contar hasta cinco, luego abrirlos y comenzar la RCP.

El término RCP básica se refiere al mantenimiento de la vía aérea abierta; de la respiración y circulación sin la utilización de ningún tipo de equipo.

Colocaremos al paciente en posición horizontal sobre una superficie dura. Si se sospecha de la existencia de TCE (traumatismo craneo encefálico) o de traumatismo de cuello, moveremos al niño o a la niña como si se tratara de una unidad.

### **3.10.2. RESPUESTA DE LA VICTIMA:**

Determinar si el niño/a esta consciente o inconsciente. Si está consciente ver cómo llora, ojos abiertos o cerrados, por el contrario, niños/as inconscientes se les debe zarandear suavemente, tocar y acariciar el talón y planta del pie.

#### **Niño/a consciente:**

Posición de seguridad: la mejor es la lateral, para ayudarle a eliminar vómitos o cuerpos extraños.

Averiguar que le ocurrió, preguntar si se trago un cuerpo extraño.

Pedir ayuda si es necesario.

Evaluación continua.

#### **Niño/a inconsciente:**

Petición de ayuda. Realizar RCP al menos durante un minuto antes de pedir ayuda.

Apertura de la vía aérea: tratar de que expulse vómitos, mucosidad, sangre, cuerpo extraño e incluso la propia lengua por medio de la maniobra frente – mentón en menores de un año. (Traccionar la mandíbula inferior, es otra maniobra fácil de hacer que ayuda en estas circunstancias).

Comprobar la respiración (menos de 10 segundos): ver, oír y sentir.

#### **Respira con normalidad:**

Posición de recuperación. Posición lateral.

Pedir ayuda. Evaluación continua.

### 3.10.3. RCP BÁSICA – VENTILACIÓN:

Determinar si el paciente esta respirando de forma espontánea.  
Si es así, mantener la vía aérea abierta y, si no, iniciarla.

#### **Respiración artificial:**

- Tomar aire.
- Sellar en Lactante: boca y nariz.  
Niño/a mayor: boca y tapar con los dedos la nariz.
- Un volumen apropiado de aire es aquel que mueve el tórax.
- Proporcionar el volumen adecuado mediante emboladas suaves, lentas y frecuentes que no produzcan presiones altas, evitará la distensión gástrica.
- Evitar apretar el estómago para vaciar el aire salvo que sea necesario porque impide la ventilación. Si es necesario, hacerlo en decúbito lateral.
- Si no entra el aire, la vía aérea está obstruida. La causa más frecuente es la inapropiada apertura de la vía aérea.
- Frecuencia: Recién nacido: 30 veces/min.  
Lactante y niño/a: <1 año: 20 veces/min.  
Niños/as 1 – 8 años: 15 veces/min.



### 3.10.4. RCP BÁSICA – CIRCULACIÓN, MASAJE CARDIACO EXTERNO:

Tras la apertura de la vía aérea y la administración de 5 respiraciones de rescate se debe determinar la necesidad de realizar compresiones torácicas.

Determinación por la ausencia del LATIDO CARDIACO.

Buscar pulso central:

- Lactante: arteria braquial y femoral.
- Niño/a mayor: carótida (entre laringe y músculo esternocleido-mastoideo).

Iniciar el masaje cardiaco: cuando la frecuencia es menor a 80 ppm en el recién nacido, menor de 60 ppm el lactante menor de un año y en ausencia de pulso en el niño/a mayor.

#### 3.10.4.1. – Ritmo cardiaco:

Ausencia de pulso: compresiones torácicas coordinadas con respiraciones.

**CICLOS: 1 respiración por cada 5 compresiones.**

El paciente debe ser reconsiderado cada dos minutos y después de 10 ciclos de compresión y ventilación.

### 3.10.4.2.: Masaje cardiaco:

#### **Lactante:**

Línea imaginaria entre mamilas.

Dedo índice de mano distal a la cabeza del paciente por debajo de esta línea cuando cruza con el esternón.

El área de compresión es con medio y anula de esa misma mano.

Frecuencia: 120 ppm.

#### **Niño/a < 8 años:**

Unión de las costillas con el esternón. El área de compresión es dos dedos por encima.

Brazos extendidos. Peso del reanimador sobre los brazos.

Talón de una mano sobre la otra. Dedos entrelazados.

Frecuencia: 80 – 100 ppm.

#### **Condiciones:**

Siempre acompañado de respiración artificial.

El niño/a debe estar en posición supina sobre superficie dura.

El masaje debe permitir el retorno pasivo de la pared torácica.

**NO** debe retirarse la mano de su posición después de cada compresión.

Comprobar la eficacia del masaje palpando el pulso.

### **3.11. TELÉFONOS DE URGENCIAS**

**Servicio Nacional de Toxicología: 91 562 04 20.**

Funciona las 24 horas.

**Servicio de Ambulancias, Policía, Bomberos: 112.**

Es un número único europeo.

**Servicio de Cruz Roja: 901-222222.**

**Guardia Civil: 062.**

**Policía Nacional: 091.**

### **3.12. BOTIQUIN DE PRIMEROS AUXILIOS**

MEDICAMENTO	INDICACIÓN	DOSIS
Paracetamol	Antitérmico y analgésico	20 gotas(0,8ml) <1 año 30 gotas(1,2ml)<2años 40gotas(1,6ml)>2años
Stesolid 5mg	Protocolo de CF verificado y autorizado	Media enema
Adrenalina	Protocolo de CF verificado y autorizado	1 dosis subcutánea.
Eryplast (crema)	Pomada de protección de la dermatitis del pañal	Cambios de pañal
Suero fisiológico	Limpieza nariz, ojos, oídos.	1 dosis.
Povidona yodada (Betadine)	Desinfectante heridas. Lesiones abiertas en dermatitis del pañal	Cuando se necesita
Gasas	Limpiar heridas	Cuando se necesita.





Ayuntamiento de  
**Pamplona**  
Iruñeko Udala

**Organismo Autónomo Escuelas Infantiles**  
**Haur Eskolen Erakunde Autonomoa**  
Conde Oliveto, 4-2º izda. 31002 Pamplona -Iruña  
Teléfono: 948 420098 Fax: 948 420099

# PARTE CUARTA

---



#### **4. PAPEL DE LA ESCUELA INFANTIL EN EL DESARROLLO Y PREVENCIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 0 – 3 AÑOS**

**¿Desempeña un papel importante y trascendente la Escuela Infantil?:**

- Sí, porque...

Los primeros años de la vida son determinantes y decisivos en el proceso del desarrollo.

La educación a estas edades tiene un marcado carácter preventivo y compensador.

La escuela constituye un núcleo educativo fundamental ya que, además de acoger a los niños/as, les ofrece un marco para el desarrollo de todos los aspectos de la persona.



## **4.2. PREVENCIÓN DE LA ESCUELA:**

### **Estimulación:**

Estimulando el desarrollo afectivo, físico y social del niño/ña.  
Potenciando la prevención de trastornos en el desarrollo en la población de riesgo.

### **Detección:**

Detección de signos de alarma:

- Niños/as sin alteración "evidente" en el desarrollo
- Niños/as de riesgo biológico, psicológico o social.

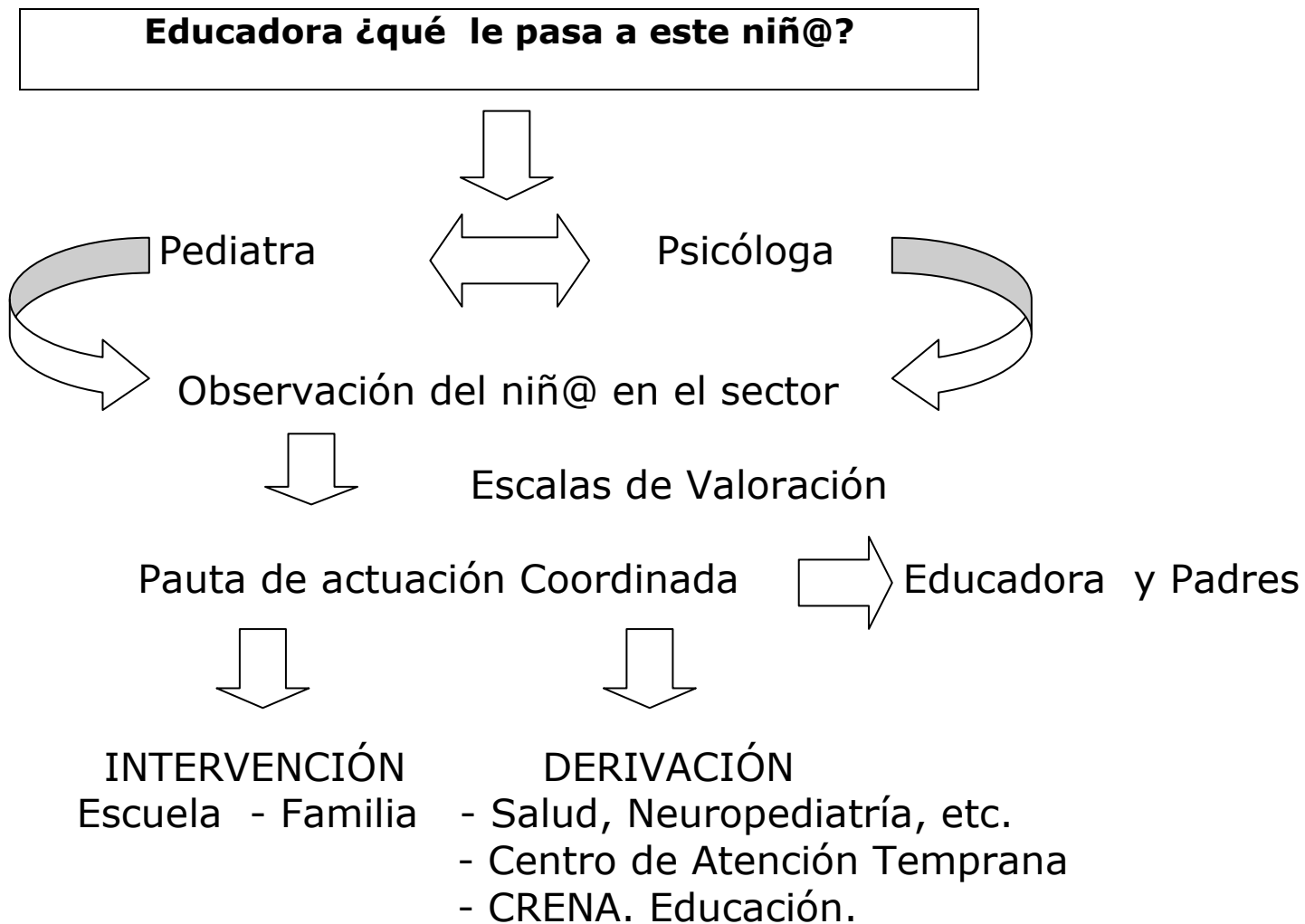
### **DETECCIÓN PRECOZ:**

Diagnostico precoz y /o intervención precoz.

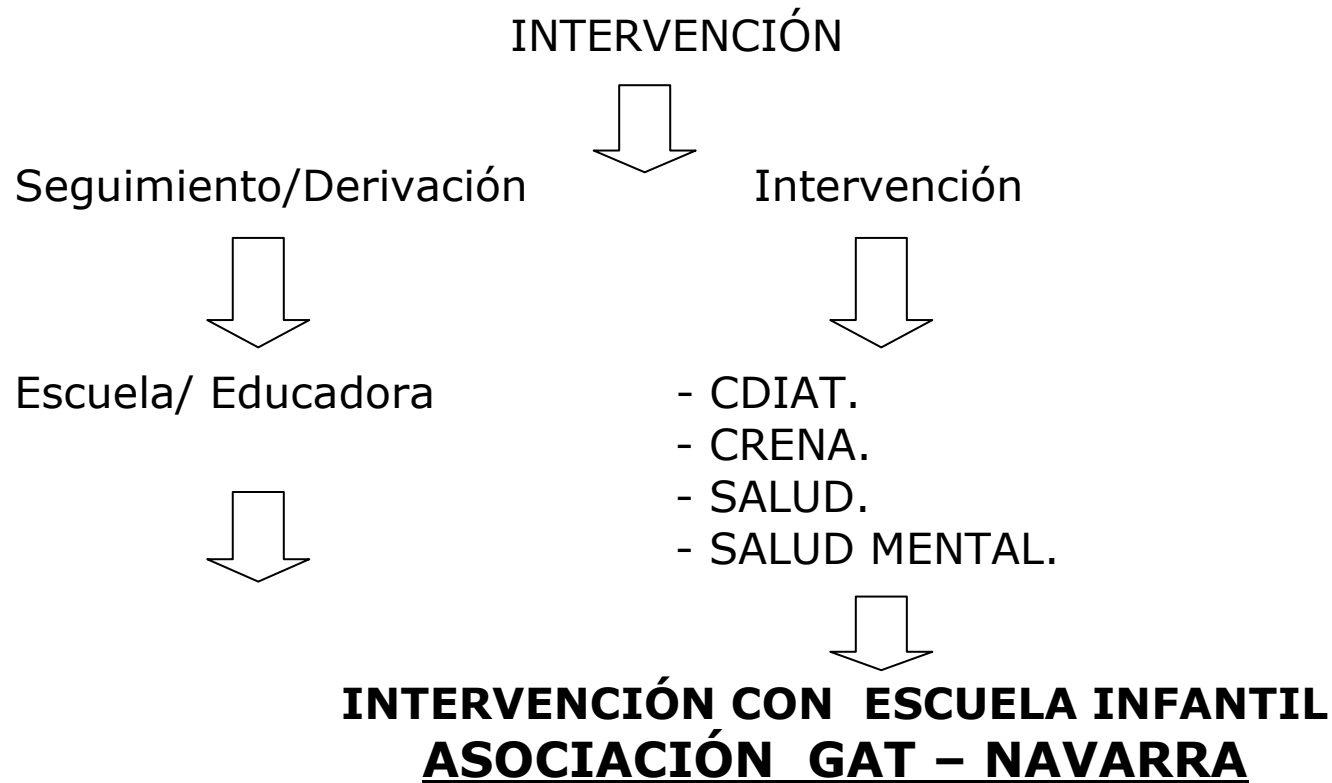
### **Metodología de detección:**

- Observación y valoración por educadora.
- Valoración por pediatra y psicólogo de los niños/as de riesgo.
- Estudio global de su desarrollo, familia y entorno.
- Recogida de información:
  - Contacto con pediatra de A:P: Otros profesionales.
  - Entrevista con los padres.
  - Valoración en sector con educadora.

### 4.3. ORGANIGRAMA EN LA METODOLOGÍA DE DETECCIÓN:



#### **4.4. ORGANIGRAMA DE INTERVENCIÓN EN NIÑOS/AS DE RIESGO:**



- [asociaciongatnavarra@gmail.com](mailto:asociaciongatnavarra@gmail.com)

- <http://gatnavarra.jimdo.com>

En estas direcciones de correo y pagina web podéis encontrar información sobre quienes somos, documentación A.T. jornadas, hoja de inscripción de socios, etc.







Ayuntamiento de  
**Pamplona**  
Iruñeko Udala

Diseño: Susana Mendioroz de Vicente

**Organismo Autónomo Escuelas Infantiles**

***Haur Eskolen Erakunde Autonomoa***

Conde Oliveto, 4-2º izda. 31002 Pamplona -Iruña

Teléfono: 948 420098 Fax: 948 420099

**MARZO de 2018**