

**Asociación Madrileña de Enfermería en
Centros Educativos
+ Nacional + Internacional**



**GUÍA DE ACTUACIÓN
DE ENFERMERÍA
EN ENFERMEDADES
INFECTOCONTAGIOSAS EN
EL ÁMBITO EDUCATIVO**

GUÍA DE ACTUACIÓN
DE ENFERMERÍA
EN ENFERMEDADES
INFECTOCONTAGIOSAS EN
EL ÁMBITO EDUCATIVO

©2018 Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos
+ Nacional + Internacional (AMECE+N+I)



Todos los derechos reservados.

Guía avalada por la Comisión Científico - Técnica Colegio Oficial de Enfermería de Madrid.

PI 163-13/18



AUTORAS

Esta guía ha sido elaborada por un grupo de trabajo que forma parte de la Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos Nacional e Internacional (AMECE.N.I) y está compuesto por las siguientes enfermeras:

Natalia Llanas Mota. Enfermera Escolar. Centro Público de Educación Especial Maria Soriano. Madrid

Rocío Camargo Arroyo. Enfermera Escolar. Colegio Humanitas Bilingual School. Torrejón de Ardoz.

Verónica Sánchez Martínez. Enfermera. Servicio Médico Iberdrola. Madrid

Coordinadora:

Esmeralda García Rodríguez. Enfermera Escolar. Colegio La Salle Nuestra Señora de las Maravillas. Madrid

Ilustraciones:

Nuria Moreno Guerrero. Alumna Colegio La Salle Nuestra Señora de las Maravillas. Madrid

Lucia Trigo Queralto. Alumna Colegio La Salle Nuestra Señora de las Maravillas. Madrid

Nelson Corrales Jubelin. Alumno Colegio La Salle Nuestra Señora de las Maravillas. Madrid



Índice

1. JUSTIFICACION	7
2. DIAGNOSTICOS	9
3. OBJETIVOS	13
4. ENFERMADES INFECTOCONTAGIOSAS MÁS COMUNES EN LA ESCUELA	15
4.1. Boca-Mano-Pie	15
4.2. Bronquiolitis	16
4.3. Citomegalovirus	17
4.4. Conjuntivitis.....	18
4.5. Escarlatina	19
4.6. Faringo-Amigdalitis.....	20
4.7. GEA	21
4.8. Impétigo	22
4.9. Molusco contagioso.....	23
4.10. Mononucleosis	24
4.11. Pediculosis	25
4.12. Sarna.....	26
4.13. Tosferina	28
4.14. Síndrome del niño abofeteado	29
4.15. VHS	29
4.16. TABLA.....	32
5. ENFERMADEDES DE DECLARACION OBLIGATORIA (EDO)	35
5.1. Definición.....	35
5.2. Procedimiento a seguir en caso de una EDO	35
5.3. EDOs más frecuentes en la escuela	37
a. Gripe.....	37
b. Hepatitis A	38
c. Meningitis.....	39
d. Parotiditis	40
e. Rubeola	41
f. Sarampión	42
g. Salmonelosis.....	43
h. Varicela	44
5.4. Listado completo EDO	45
5.5. Tabla EDO	48
6. MEDIDAS PREVENTIVAS	51
6.1. Lavado de manos	51
6.2. Vacunación	55
7. ANEXOS	57
7.1. Tabla registro enfermedades infectocontagiosas	57
7.2. Algoritmo	57
8. BIBLIOGRAFIA	59



1.-JUSTIFICACIÓN

La incidencia de algunas enfermedades contagiosas ha aumentado con el paso del tiempo. A pesar de contar con la protección de las vacunas que ayuda a la erradicación de estas, muchos países se encuentran con sistemas de salud más deficitarios y que no cubren el mismo nivel de vacunación que en España, por lo que la erradicación de estas enfermedades se vuelve más compleja. Otro factor que provoca esta incidencia es un movimiento social “antivacunas” que ha surgido en cierto número de la población.

Casos como el sarampión ha tenido un incremento de hasta 4 veces más desde 2016 a 2017 según la OMS. ¹ Poniendo la vista de aquí a 8 años atrás, otras enfermedades como la Gripe, Hepatitis A, Parotiditis, Tosferina y Varicela también han sufrido un incremento según la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. ²

ENFERMEDAD	2010	2016
Gripe	224.011	621.912
Hepatitis A	1.023	1.296
Parotiditis	2.705	5.020
Tosferina	3.218	5.127
Varicela	157.914	166.781

Tabla 1. Adaptada. ²

Uno de los lugares donde pasan más tiempo los niños es el colegio y por lo tanto tienen mayor riesgo de contraer y contagiar ciertas enfermedades al estar en contacto con otros niños que pueden transportar la enfermedad. Aquí aparece el papel de la enfermera escolar, quien servirá de ayuda para identificar ciertas enfermedades y crear un vínculo entre el niño, los padres, el colegio y el sistema nacional de salud.

El origen y necesidad de crear esta guía se basa en servir de soporte-ayuda a todas aquellas enfermeras escolares para saber cómo actuar en caso de encontrarnos con una enfermedad infectocontagiosa en el ámbito escolar. Se facilitan las características de las enfermedades más comunes en la escuela, los pasos que hay que seguir ante una Enfermedad de Declaración Obligatoria, el calendario actual de vacunación, así como el enlace para poder acceder a él en caso de cambio con los años.



2.-DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

El conjunto de diagnósticos con sus criterios de resultados e intervenciones correspondientes, sirven para describir la situación ante la que nos encontramos con un lenguaje estandarizado. Por ello y siguiendo el proceso enfermero, hemos identificado los diagnósticos de enfermería que más se pueden dar en un alumno (niño/adolescente) con algún tipo de enfermedad infectocontagiosa. Finalmente tenemos un plan de cuidados que habrá que individualizar en cada caso según las características del alumno y del entorno que le rodea.

NANDA	NOC	NIC	ENFERMEDAD
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL ESTADO DE INMUNIZACIÓN (0186)	Conductas de vacunación (1900) Control del riesgo (1902)	Educación sanitaria (5510) Manejo de la inmunización/vacunación (6530) Identificación de riesgos (6610)	Todas
HIPERTERMIA (0007)	Termorregulación (0800)	Tratamiento de la fiebre (3740)	Boca-mano-pie, Bronquiolitis, Citomegalovirus, Escarlatina, Faringoamigdalitis, GEA, Gripe, Hepatitis A, Pediculosis, Rubeola, Sarampión, Sme. niño abofeteado.
DETERRIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR (0044)	Respuesta alérgica: localizada (0705)	Protección contra infecciones (6550) Administración de medicación (2300) Manejo del prurito (1570)	Boca-mano-pie, Conjuntivitis, Escarlatina, Hepatitis A, Impétigo, Meningitis, Mononucleosis, Parotiditis, Rubeola, Sarampión, Escabiosis, Sme. niño abofeteado, Varicela, VHS.



NAÚSEAS (0134)	Control de náuseas y vómitos (1618)	Manejo de las náuseas (1450) Manejo del vómito (1570) Administración de medicación (2300)	Escarlatina, GEA, Hepatitis A, Meningitis, Mononucleosis, Salmonelosis
DIARREA (0013)	Continencia intestinal (0500)	Manejo de la diarrea (0460)	GEA Mononucleosis Salmonelosis
FATIGA (0093)	Nivel de fatiga (0007)	Manejo de la energía (0180)	Todas menos Conjuntivitis, Impétigo, Molusco Contagioso, Pediculosis, Escabiosis
LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS (0031)	Estado respiratorio: ventilación (0415)	Manejo de las vías aéreas (3140) Ayuda a la ventilación (3390) Monitorización respiratoria (3350)	Boca-mano-pie, Bronquiolitis, Gripe, Sarampión, Sme. niño abofeteado
PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ (0032)	Signos vitales (0802)	Monitorización de los signos vitales (6680) Monitorización respiratoria (3350)	Boca-mano-pie, Bronquiolitis, Gripe Sarampión, Sme. niño abofeteado, Tosferina
DOLOR AGUDO (0132)	Nivel de malestar (2109)	Nivel del dolor (1400) Manejo de la medicación (2300)	Todas



<p>DISPOSICION PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS (0161)</p>	<p>Conocimiento: fomento de la salud (1823)</p>	<p>Facilitar el aprendizaje (5500) Educación sanitaria (5510)</p>	<p>Todas</p>
<p>TEMOR (0148)</p>	<p>Control del miedo (1404)</p>	<p>Disminución de la ansiedad (5820) Contacto (5460) Potenciación de la seguridad (5380)</p>	<p>Todas</p>

Tabla 2. Elaboración propia_{3,4 y 5}



3.- OBJETIVOS

Objetivo general

Esta guía ha sido creada con el objetivo de proporcionar a los Profesionales Enfermeros del ámbito educativo, toda la información necesaria para prevenir, detectar y saber cómo actuar ante enfermedades infectocontagiosas, que puedan aparecer en los colegios.

Objetivos específicos

- Reconocer los signos y síntomas de las enfermedades infectocontagiosas.
- Prevenir la aparición de nuevos episodios, si fuera posible.
- Actualizar a los profesionales enfermeros de los centros educativos.
- Crear protocolos para las enfermedades infectocontagiosas más comunes en el centro escolar.
- Establecer una colaboración entre Atención Primaria y/o Atención Especializada y el colegio ante casos urgentes (Enfermedades EDO urgentes, protocolos de actuación).
- Orientar e Informar a los profesionales no sanitarios de los colegios sobre los cuidados ante una enfermedad infecto - contagiosa, transmisión y necesidad o no de exclusión escolar.



4.-ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS MÁS COMUNES EN LA ESCUELA

Boca-Mano-Pie	Conjuntivitis	GEA	Mononucleosis	Tosferina
Bronquiolitis	Escarlatina	Impétigo	Pediculosis	S. Niño abofeteado
Citomegalovirus	Faringo-Amigdalitis	Molusco C	Sarna	VHS

Tabla 3. Elaboración propia

CUIDADOS COMUNES/GENERALES A TODAS LAS ENFERMEDADES

1. Extremar medidas higiénicas sobre todo lavado exhaustivo y constante de manos.
2. Desinfección del aula y juguetes que puedan estar contaminados.
3. Informar al profesorado y personal del centro de las correctas actuaciones ante la detección de una enfermedad infectocontagiosa.
4. No compartir objetos de uso individual (vasos, cubiertos, pañuelos, toallas...)
5. Desechar adecuadamente material contaminado (papel, pañuelos, pañales...)
6. Se recomienda la asistencia al pediatra en caso de presentar los síntomas característicos de una enfermedad para empezar con tratamiento y prestar cuidados específicos.
7. Emplear medidas físicas y administrar antitérmicos en caso de fiebre.
8. Llamar a los padres si aparece en el colegio sintomatología compatible con enfermedad contagiosa.
9. Administrar abundantes líquidos si fiebre.

BOCA MANO PIE ⁶

Es una enfermedad exantemática, típica de la infancia y a su vez, la más frecuente en los menores de 5 años.

- **Microorganismo causante:**
Causada por la infección de varios virus de la familia de los enterovirus, siendo los más habituales los virus Coxsackie A16 y enterovirus 71. Recientemente han comenzado a describirse variantes atípicas de la enfermedad, relacionadas con la identificación de nuevos tipos de virus *Coxsackie*
- **Manifestaciones clínicas:**
 - Fase prodrómica (Síntomas que presenta antes de manifestarse la enfermedad) (1-2 días): fiebre de hasta 39°C y ligeros síntomas catarrales
 - Fase exantémica (aparición de vesículas por el cuerpo) (1-2 semanas): úlceras en la boca respetando la faringe y vesículas en manos y pies (sobre todo en dorso, pero también en palmo-plantar) y lesiones cutáneas no vesiculosas en nalgas



- **Periodo de incubación:**

3 a 6 días

- **Mecanismo de transmisión:**

- Se transmite por contacto directo con pequeñas gotitas (Fluggè) procedentes de las vías respiratorias. Puede ser al respirarlas o al tocar una zona contaminada
- Se transmite por contacto directo con secreciones o excreciones infectadas (saliva, orina, heces...), incluido las zonas u objetos contaminados.

- **Cuidados específicos.**

- Cuidado de las úlceras bucales El alumno debe mantener una adecuada higiene bucal, pudiendo utilizar geles orales que ayudan a calmar las molestias de las úlceras de la boca o cremas que aceleran el secado y cicatrización de las lesiones peribucales
- Evitar comidas calientes, así como alimentos ácidos.
- Ofrecer comidas fresquitas y evitar el exceso de dulce y sal.

- **Exclusión escolar:**

No precisa exclusión escolar, pues la infección asintomática por Coxsackie es común y la posible transmisión antes del comienzo de los síntomas limita la efectividad de dicha exclusión

BRONQUIOLITIS 7, 8, 9, 10 y 11

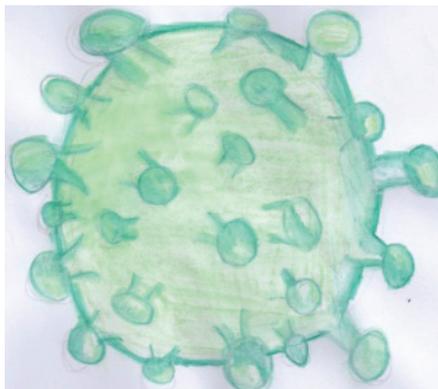
Las enfermedades respiratorias son muy frecuentes en la infancia, manifestándose principalmente en invierno. Representan alrededor del 30% de las hospitalizaciones en lactantes y un 6-7% en edad pediátrica.

- **Microorganismo causante:**

Principalmente VRS (Virus Respiratoria Sin-cital) (40-75% de las hospitalizaciones) el paciente es contagioso hasta 2 semanas tras el inicio de la infección

Otros: virus influenza, adenomavirus, virus parainfluenza, enterovirus, rinovirus (25% y un 30% serían debidas a otros virus)

Estos porcentajes pueden estar influidos por muy diversos factores (estacionalidad, virulencia, población, etc.).





- **Manifestación clínica:**
Rinorrea
Tos, con o sin expectoración.
Taquipnea
Dificultades al comer debido a la disnea.
Fiebre (a veces).
Trabajo respiratorio e hiperinsuflación del tórax.
Apnea (principalmente en lactantes)
- **Periodo de incubación:**
Suele ser de 3-6 días, aunque puede variar de 2-8 días según el niño.
- **Mecanismo de transmisión:**
Se transmite por contacto directo con pequeñas gotitas (Fluggè) procedentes de las vías respiratorias. Puede ser al respirarlas o al tocar una zona contaminada.
- **Exclusión escolar:**
No hay motivo de exclusión escolar, a no ser que el niño se encuentre en mal estado para realizar las actividades del aula.

CITOMEGALOVIRUS (CMV) ¹²

Pertenece al grupo de los herpes virus. Es una enfermedad asintomática en aquellos niños que tiene buena salud. El principal riesgo lo sufren los enfermos inmunodeprimidos, con anemia o madres que están embarazadas, ya que pueden crear un daño al feto en el desarrollo psicomotor. Las personas que trabajan con niños deben tener especial cuidado si están rodeados de mujeres embarazadas ya que se puede ser portador asintomático, por eso hay que hacer especial hincapié en el lavado de manos.

- **Microorganismo causante:**
Virus de la familia del herpes (Simple 1 y 2, varicela-zoster, roséola y Epstein-Barr)
- **Manifestaciones clínicas:**
Suele ser asintomático, aunque algunos de los síntomas que puede presentar son parecidos a los de la mononucleosis (dolor de garganta, fiebre, fatiga e inflamación de las glándulas).
- **Periodo de incubación:**
3-12 semanas. El periodo de contagiosidad puede durar de meses a años.



- **Mecanismo de transmisión:**

Se transmite por contacto directo con secreciones o excreciones infectadas (saliva, orina, heces...), incluido las zonas u objetos contaminados.

- **Exclusión escolar:**

No hay motivo de exclusión escolar, a no ser que el niño no se encuentre en buen estado para realizar las actividades del aula.

CONJUNTIVITIS ^{12 y 13}

Es una inflamación de la membrana que envuelve al ojo, afectando también a párpados y piel, ocasionada por bacterias o virus. Cuando la conjuntivitis es de origen infeccioso, habitualmente se acompaña de una secreción blanca o amarillenta que puede hacer que los párpados aparezcan pegados por la mañana. Lo más frecuente es que en la escuela sean de origen vírico. Los gérmenes que las causan, además de encontrarse en la secreción del ojo enfermo, pueden estar presentes en las secreciones nasales.

- **Microorganismo causante:**

Virus: principalmente adenovirus, aunque también puede estar causado por herpesvirus, rubella, rubeola, picornavirus.

Bacterias: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus species, Staphylococcus aureus y Pseudomonas aeruginosa.

- **Manifestaciones clínicas:**

Inflamación de párpados.

Enrojecimiento de conjuntiva.

Irritación, sensación de arena en el ojo.

Secreción amarillenta y a veces verdosa.

Levantarse con el ojo pegado debido a la legaña producida.

- **Periodo de incubación:**

3-29 días, con una media de 11 días (III) en Adenovirus. Con un periodo de contagiosidad de hasta 11 días.

Las infecciones bacterianas son contagiosas hasta 24h después del tratamiento antibiótico.

Las víricas son contagiosas hasta que le ojo deja de secretar.

- **Mecanismo de transmisión:**

Se transmite por contacto directo con secreciones, incluido las zonas u objetos contaminados.



- **Cuidados específicos:**

No deberían hacer piscina durante la enfermedad ya que se puede agravar.

Si usan lentillas, se deberán desechar ya que están contaminadas. En caso de usar gafas se deberán desinfectar en cada uso.

- **Exclusión escolar:**

No es motivo de exclusión escolar. Se recomienda la no asistencia en edades pequeñas debido al alto riesgo de contagio por no tener un control de la enfermedad y en caso de que sea bacteriana, hasta que no haya pasado 24h desde el inicio del tratamiento.

ESCARLATINA ¹²

Es una enfermedad bacteriana que se presenta como una erupción en la piel, actualmente es menos frecuente debido al uso de tratamientos antibióticos, aunque se sigue produciendo durante el invierno y primavera en países templados. Las personas que la sufren suelen ser menores de 12 años.

- **Microorganismo causante:**

Estreptococo del grupo A

- **Manifestación clínica:**

Dolor de garganta.

Odinofagia.

Fiebre alta.

Malestar general.

Náuseas, vómitos, dolor abdominal.

- **Periodo de incubación:**

Entre 2-3 días.

- **Mecanismo de transmisión:**

Se transmite por contacto directo con pequeñas gotitas (Fluggë) procedentes de las vías respiratorias. Puede ser al respirarlas o al tocar una zona contaminada.

En los casos que no haya tratamiento el contagio se puede dar de 10 a 21 días.

- **Exclusión escolar:**

No puede asistir al colegio hasta pasadas 24h una vez iniciado el tratamiento con penicilina pautado por el pediatra.

FARINGO-AMIGDALITIS¹³

La Faringo-amigdalitis aguda (FA) es un proceso agudo febril con inflamación de las mucosas del área faringoamigdal, pudiendo presentar eritema, edema, exudado, úlceras o vesículas.

- **Microorganismo causante:**

Tanto virus como bacterias son capaces de producir FA, las bacterias causantes son:
Streptococo beta hemolítico grupo A (EbhGA) o Streptococcus pyogenes.

- **Manifestaciones clínicas:**

Comienzo brusco de fiebre.

Dolor de garganta, asociado o no al tragar.

Cefalea

Mialgias.

Náuseas, vómitos, dolor abdominal.

Amígdalas eritematosas, inflamadas con exudado pultáceo o confluyente blanquecino-amarillento.

Petequias y/o lesiones anulares (“donuts”) en paladar blando, úvula o faringe posterior.

Adenopatía cervical anterior, dolorosa al tacto.

Aliento fétido.

- **Periodo de incubación:**

El periodo de incubación es de 3 a 5 días, el periodo de contagio es hasta las 48 horas después de tomar antibióticos. Tiene un periodo de. Si no se tratan con antibióticos la contagiosidad máxima de la infección estreptocócica es durante la fase aguda y una semana más tarde.

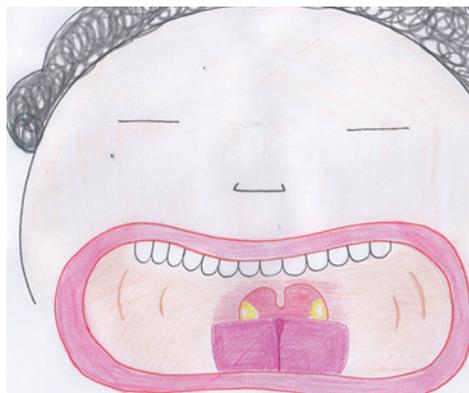
- **Mecanismo de transmisión:**

El contagio está favorecido por el hacinamiento y contacto íntimo en colegios, residencias, guarderías...

Se transmite por contacto directo con pequeñas gotitas (Fluggè) procedentes de las vías respiratorias.

- **Exclusión escolar:**

No puede asistir al colegio hasta pasadas 24 horas una vez iniciado el tratamiento pautado por pediatra.





GEA (GASTROENTERITIS AGUDA) ^{13 y 14}

La gastroenteritis aguda (GEA) es una infección del tracto gastrointestinal, habitualmente autolimitada, cuya manifestación clínica principal es la diarrea (según la OMS 3 o más en 24 horas). La GEA es más frecuente y potencialmente grave en niños menores de 2 años, puede acompañarse con frecuencia de náuseas, vómitos, dolor abdominal y fiebre, y tiene una duración menor de 14 días. Puede aparecer en forma de brotes.

- **Microorganismo causante:**
 - Rotavirus, Calicivirus, norovirus (virus tipo Norwalk) y algunos tipos de adenovirus. Todos ellos producen un cuadro generalmente leve con diarrea, malestar general, vómitos (especialmente importantes en las gastroenteritis por norovirus) y fiebre.
 - E. coli E. coli enteroinvasor, enteropatógeno, Shigella, Salmonella, Adenovirus, Giardia lamblia, Yersinia, Campylobacter, Cryptosporidium, Clostridium difficile
 - ENTEROTOXINAS: Entamoeba histolytica E. coli enterotoxigénico, C. perfringens, C. difficile, V. cholerae, V. parahaemolyticus, Bacillus cereus, S. aureus, Aeromonas spp

- **Manifestaciones clínicas:**

Heces acuosas (a veces sanguinolentas)

Fiebre.

Dolor abdominal, vómitos.

Alteración del estado general.

- **Periodo de incubación:**

Entre 1 y 10 días, según el patógeno causante de la enfermedad.

- **Mecanismo de transmisión:**

Ingesta de alimentos contaminados o poco cocinados.

Se transmite por contacto directo con secreciones o excreciones infectadas (saliva, orina, heces...), incluido las zonas u objetos contaminados.

- **Cuidados específicos:**

Cocinar bien los alimentos.

- **Exclusión escolar:**

Casi todos los casos de GEA son motivo de **exclusión de 24 a 48 horas sin síntomas**.

En los casos de GEA por E. Coli, Shigella, el periodo de exclusión son 24 a 48 horas sin síntomas y dos coprocultivos negativos.



IMPETIGO ¹⁵

El impétigo es una infección cutánea bacteriana superficial común que tiene su máxima incidencia entre los 2 y los 6 años. Es altamente contagioso y se propaga por contacto directo, la incidencia en niños **aumenta en verano porque con el calor y la humedad**, la piel queda más expuesta, lo que facilita el contagio. Así mismo, el rascado del propio paciente extiende la infección por todo el cuerpo.

Existen **dos formas clásicas**: *Impétigo no ampolloso* y *el impétigo ampolloso*.

No hay ningún tratamiento estándar. Las opciones del tratamiento incluyen diversos antibióticos orales y tópicos, así como desinfectantes.

- **Microorganismo causante:**
 - *Staphylococcus aureus* (80%) se considera como la bacteria principal que causa el impétigo no bulloso.
 - También podemos encontrar *Streptococcus pyogenes* (15-20 %)
- **Clínica:**
 - **Impétigo no ampolloso** (microvesiculoso o contagioso): Se inicia en zonas que han sufrido un microtraumatismo tales como: picaduras de insecto, heridas superficiales o lesiones de varicela. Las lesiones características son pequeñas pápulas eritematosas que evolucionan a una vesícula que se rompe con facilidad y forma un exudado que después dará lugar a la formación de una costra amarillenta. Las lesiones suelen propagarse fácilmente por autoinoculación; puede ser frecuente la aparición de adenopatías locales.
 - **Impétigo ampolloso**: Predomina en niños pequeños. Está causado por *S. aureus*. Aparecen pequeñas ampollas que inicialmente tienen exudado transparente y después pasa a ser turbio. Dichas ampollas se rompen fácilmente. Las lesiones aparecen agrupadas de 3 a 6 y están limitadas a una zona. Representa la forma localizada de la piel escaldada por estafilococo. Las zonas más frecuentes de aparición son: la cara (alrededor de los orificios de la boca o nariz) y las extremidades.
- **Periodo de incubación:**

De 7 a 10 días
- **Mecanismo de transmisión:**
 - Por contacto directo con la piel lesionada
- **Cuidados:**
 - Mantener una correcta hidratación cutánea para activar la función barrera de la piel, utilizaremos preferiblemente cremas emolientes.



- Cuidado de la mucosa nasal: Cuando el tratamiento se aplica para los portadores nasales de Estafilocos, deben fijarse en que no contengan propilenglicol, pues irrita la mucosa.

- **Exclusión escolar:**

Es precisa la exclusión escolar hasta la curación de las lesiones. Se debe excluir a cualquier niño con impétigo por estafilococo o estreptococo antes de iniciar 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 de manera más frecuente a través de un portador nasal.

MOLUSCO CONTAGIOSO ^{16, 17 y 18}

Infección común en niños de entre 2-5 años con una prevalencia de entre 5-8% y adultos de entre 17-25 años que están sexualmente activos. Es más frecuente en personas inmunodeprimidas o con dermatitis atópica. Las pápulas no suelen dejar cicatriz.

- **Microorganismo causante:**

Molluscipoxvirus, perteneciente a la familia de los poxvirus.

- **Manifestaciones clínicas:**

- Lesiones autolimitadas
- Pápulas rosadas, con forma esférica de entre 1-5 mm, delimitadas y con depresión en la zona central.
- Únicas o múltiples.

- **Periodo de incubación:**

De 14 a 40 días.

- **Mecanismo de transmisión:**

- Se transmite por contacto directo con las pápulas o con objetos y zonas contaminadas. Las piscinas son un foco importante de diseminación. También se puede autoinocular.

- **Cuidados específicos:**

- Evitar que los niños se rasquen para evitar su propagación.
- No suelen precisar tratamiento, aunque se recomienda en aquellos alumnos que hacen piscina. Sin ser tratados pueden durar entre 5 meses y 6 años.

- **Exclusión escolar:**

No hay exclusión escolar.



MONONUCLEOSIS ¹⁹

La mononucleosis infecciosa (MI) es un síndrome clínico, causado habitualmente por el virus de Epstein Barr, el cual se caracteriza por linfadenopatía, fiebre y dolor de garganta. En la mayoría de los casos cursa de manera asintomática, sobretudo en niños pequeños. La mayoría de los casos de MI sintomática ocurren en adolescentes mayores o adultos jóvenes. Por lo general, es una enfermedad benigna que desaparece espontáneamente y requiere sólo tratamiento sintomático. Sin embargo, en ocasiones el curso de la enfermedad puede complicarse o prolongarse.

- **Microorganismo causante:**

- Virus Epstein Barr (VEB)
- También dan síndrome mononucleósico: Citomegalovirus, toxoplasma, VIH y VHA

- **Manifestaciones clínicas:**

Es poco frecuente la clínica en lactantes y menores de 5 años. La infección por VEB cursa con:

- Fase prodrómica (1-2 semanas) que suele ser leve e insidiosa, cursando con malestar, fatiga, cefalea, náuseas y dolor abdominal.
- Fase de estado (2-4 semanas) que es el tiempo que suelen durar los síntomas para su posterior recuperación gradual. Durante esta fase encontramos: fiebre alta que suele durar 1 semana, faringoamigdalitis con exudado blanco-grisáceo (en ocasiones podemos tener un enrojecimiento aislado) y fuerte odinofagia y halitosis. Encontramos también linfadenopatía generalizada de predominancia cervical, esplenomegalia, hepatitis (hepatomegalia y elevación de transaminasas), exantema maculopapulosos en al menos 20% de los casos que puede llegar al 80% si se le ha administrado ampicilina o amoxicilina. El edema palpebral bilateral puede estar presente al inicio del cuadro.
- Fase latente, en la cual el VEB permanece en las células reservorio de por vida.

- **Periodo de incubación:**

Entre 4 y 8 semanas, aunque la eliminación del virus por la saliva puede prolongarse hasta los 6 meses tras la infección aguda

- **Mecanismo de transmisión:**

- VEB: Se transmite por contacto directo con pequeñas gotitas (Fluggè) procedentes de las vías respiratorias. Puede ser al respirarlas o al tocar una zona contaminada
- Citomegalovirus: Se transmite por contacto directo con secreciones o excreciones infectadas (saliva, orina, heces...), incluido las zonas u objetos contaminados



- **Cuidados específicos:**

- Se debe insistir en las medidas de higiene de manos después de cambiar los pañales, sobre todo en embarazadas no inmunes por el riesgo para el feto (Citomegalovirus)¹
- Reposo, que dependerá del estado físico del alumno.
- Evitará los deportes de contacto durante 4-6 semanas, ya que se estima que estos alumnos tienen un mayor riesgo de rotura esplénica de origen traumático incluso tras pequeños traumatismos.
- Es una infección que suele cursar con anorexia en el 21 % de los casos, el alumno podrá disminuir la cantidad de comida, pero aumentar el número de tomas, asegurando un aporte adecuado de proteínas, hidratos de carbono, lípidos y vitaminas.

- **Exclusión escolar:**

No se recomienda la exclusión escolar; en el caso del Citomegalovirus, presenta unas tasas de excreción máxima a niños de entre 1 y 3 años y muchos de ellos son asintomáticos. Dado que la excreción puede persistir durante meses, la exclusión no resulta efectiva

PEDICULOSIS²⁰

Infestación del cuero cabelludo por pequeños parásitos. Antiguamente se vinculaba con mala higiene, nivel socioeconómico bajo y hacinamiento. Actualmente esto no es así.

- **Microorganismo causante:**

Pediculus Cápitis

- **Manifestaciones clínicas:**

El primer síntoma de la enfermedad es picazón intensa y persistente en cabeza y cuello, como consecuencia de intenso picor, pueden producirse por rascado pequeñas infecciones por gérmenes. Esporádicamente puede aparecer fiebre con adenopatías.

- **Mecanismo de transmisión:**

Contacto directo con la persona infestada o por contacto indirecto con objetos personales que haya usado esta en especial ropa, peines, toallas, sábanas...

- **Cuidados:**

- La primera medida es la notificación a los padres de los alumnos, así como el uso correcto de los tratamientos antipediculosis y cómo deben de ser las inspecciones del cuero cabelludo.
- Vigilar de forma periódica el cabello del niño y extremar las medidas de higiene. Realizar un adecuado cepillado diario del cabello.
- Medidas de higiene con los objetos personales del niño: cuidado del estado de limpieza de los peines, utilización exclusiva de peines, cintas y adornos del pelo



- El tratamiento recomendado para el cabello y la ropa es el siguiente: Aplicar loción anti-parasitaria y pasar la liendrera, sumergir los peines y cepillos durante 5 minutos en loción antiparasitaria y aclararlos con abundante agua, lavar ropa y sábanas con agua caliente, en caso de que la prenda no lo permita, el aislamiento de esa ropa sin lavar lo haremos en bolsas de plásticos cerradas durante 15 días.
- Todos los miembros de la familia deben vigilar el pelo.
- **Exclusión:**
No es necesaria siempre que los niños hayan sido tratados y siempre según criterio médico. No debe restringirse la asistencia a niños que mantienen liendres tras el tratamiento, pues no hay evidencia de que la exclusión limite la propagación.

SARNA o ESCARBIOSIS ^{21, 22 y 23}

La sarna ha sido considerada la dermatosis parasitaria más frecuente en el mundo occidental hasta hace 50 años, momento en el cual fue disminuyendo hasta casi desaparecer de Europa y América, pero desde la década de los setenta se observa un incremento gradual del número de casos tanto en España como en los países Iberoamericanos. La sarna noruega es extremadamente contagiosa y su periodo de incubación es menor, suele afectar a pacientes inmunodeprimidos, pacientes con enfermedades reumatológicas (artritis reumatoide, LES), pacientes con trastornos mentales (demencia senil, Síndrome de Down), personal institucionalizados y personas con alteraciones neurológicas. Se localiza en plantas, palmas, cuero cabelludo y uñas

- **Microorganismo causante:**
Sarcoptes scabiei hominis, la hembra adulta es la causante de la enfermedad. Las hembras del parásito son capaces de poner entre 10 y 40 huevos que maduran en una semana. Los ácaros alcanzan el estadio adulto en tres semanas y son capaces de reiniciar el ciclo.
- **Manifestaciones clínicas:**
 - Existe una sensibilización cutánea que dura cerca de un mes, que es el tiempo que puede estar el parásito en el organismo sin causar clínica.
 - El picor es la manifestación más importante, suele ser nocturno (puesto que la hembra deposita los huevos por la noche) y se exacerba en situaciones de calor. En lactantes menores de 2 o 3 meses, el prurito puede estar ausente.
 - Lesiones patognomónicas: pápula acarina y el surco (elevación lineal de la piel de pocos milímetros de longitud que corresponde al túnel subcórneo excavado por la hembra del ácaro y el cuál le permite desplazarse. Al final del mismo existe una pápula o vesícula, llamada “vesícula perlada” que es donde está el parásito) En niños pequeños observamos pápulas, pústulas y vesículas. Pueden existir pequeños nódulos eritematosos, infiltrados al tacto, en el pene y en el escroto. Las lesiones pueden estar enmascaradas por excoriaciones producidas por el rascado.



- Zonas afectadas: espacios interdigitales de las manos, superficies de flexión de las muñecas, los glúteos, genitales y la zona mamaria. A diferencia de los adultos, en los niños pequeños las lesiones predominan en el cuero cabelludo, cuello, cara, pliegues, palmas y plantas.
- Lesiones de rascado, excoriación, placas eczematosas y sobreinfección bacteriana (piodermatitis) por *Staphylococcus aureus* y en menor medida por *S. pyogenes*
- **Periodo de Incubación:**
De 4 a 6 semanas
- **Mecanismo de transmisión:**
Por contacto directo por contacto estrecho, muchas veces sexual, y por contacto con ropa de cama o toallas de la persona afectada.
- **Cuidados:**
 - Mejorar las medidas higiénicas tanto del alumno como de su familia: lavado de ropa en seco o hervir la ropa de la cama de todos y airearla entre 4 y 7 días para evitar la reinfestación con ácaros que se desarrollan a partir de huevos. Así mismo, la ropa personal que se utilice durante los días que dura el tratamiento, hay que lavarla diariamente. Después de concluir el tratamiento se debe lavar a 60°C la ropa interior y sábanas y toallas. El resto de la vestimenta es suficiente con airearla, pues los ácaros sobreviven pocas horas fuera de la piel.
 - Higiene corporal diaria, prestando especial atención a las zonas donde se presentan las lesiones, cuero cabelludo y genitales
 - Higiene y cuidado de las uñas, las mantendremos cortas y limadas, para evitar la sobreinfección por rascado. Adecuado lavado de manos
 - Vigilar signos de infección cutánea.
 - Cambio diario de ropa de cama y toallas, así como ropa personal del alumno.
 - Se debe tratar a los familiares en contacto, aunque no tengan síntomas.
 - 24 horas después del tratamiento, el enfermo no transmite la enfermedad, pero puede persistir el picor y las lesiones inflamatorias dado que la reacción de hipersensibilidad continua durante semanas.
- **Exclusión escolar:**
Hasta completar el tratamiento.



TOSFERINA 24, 25, 26 y 27

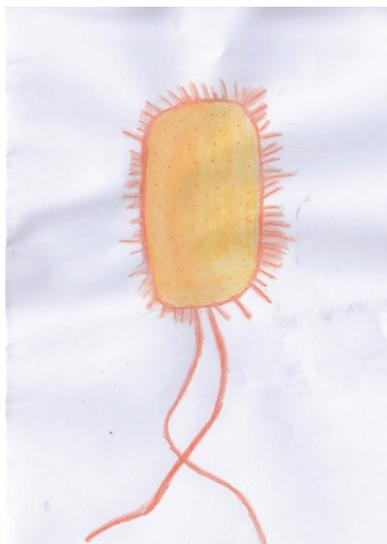
Denominada también pertussis, coqueluche o tos convulsa, es una enfermedad infecciosa aguda muy contagiosa de las vías respiratorias altas

- **Microorganismo causante:**

Producida por la bacteria gramnegativa *Bordetella pertussis*.

- **Manifestaciones clínicas:**

Se caracteriza por inflamación traqueobronquial y accesos típicos de tos violenta y espasmódica con sensación de asfixia que terminan con un ruido estridente durante la inspiración (estridor inspiratorio). Y otros microorganismos causan una enfermedad similar pero más leve a la que se denomina síndrome coqueluchoide.



- **Periodo de incubación:**

Después de la infección transcurren unos 7 a 20 días hasta que aparecen los primeros síntomas. Tras el final del período de incubación, el riesgo de ser infectado es más alto y disminuye lentamente después de la sexta semana de la enfermedad. Cualquier persona que haya tenido la tosferina disfruta después de varios años de inmunidad a la enfermedad.

- **Mecanismo de transmisión:**

Se transmite por contacto directo con pequeñas gotitas (Fluggè) procedentes de las vías respiratorias. Puede ser al respirarlas o al tocar una zona contaminada

- **Cuidados:**

- El cuidado del alumno en casa: Aire humidificado.
- Modifique la posición del niño cuando duerma.
- Mantenga erguido al niño antes y después de alimentarlo para reducir la regurgitación. y el vómito. Esta posición le permitirá respirar con mayor facilidad.
- Deben evitarse los lugares donde hay humo.

- **Exclusión escolar:**

Si, hasta 5 días después de iniciado el tratamiento.



SINDROME DEL NIÑO ABOFETEADO ⁶

Es conocida comúnmente como el síndrome del ‘Niño abofeteado’, eritema infeccioso o quinta enfermedad o megalovirus.

- **Microorganismo causante:**
Es una infección vírica producida por Parvovirus B19. Este virus es el más predominante durante la primavera entre los niños.
- **Manifestaciones clínicas:**
 - Fiebre.
 - Secreción nasal.
 - Tos.
 - Dolor de cabeza.
 - Conjuntivitis.
 - Erupción por las mejillas de color rojo intenso que se extiende por el resto del cuerpo (brazos, tronco y piernas).
 - Palidez en labios.
- **Periodo de incubación:**
Oscila entre una y tres semanas. Cuando aparecen los síntomas, la enfermedad ya no es contagiosa.
- **Mecanismo de transmisión:**
Se transmite por contacto directo con pequeñas gotitas(Fluggè) procedentes de las vías respiratorias. Puede ser al respirarlas o al tocar una zona contaminada.
- **Cuidados:**
En la mayoría de los casos el eritema infeccioso es una enfermedad benigna y autolimitada, que se cura sola, sin necesidad de ningún tipo de tratamiento.
- **Exclusión escolar:**
No es necesario el aislamiento del niño en su casa y puede asistir al centro escolar, ya que en el momento que se manifiesta la enfermedad, deja de ser contagioso.

VIRUS HERPES SIMPLE ^{28 y 29}

Los virus herpes humano pertenecen a la familia Herperviridae, que a su vez está compuesta por ocho tipos de virus diferentes. La infección por el virus del herpes simple puede deberse al virus simple de tipo 1 (VHS-1) o al virus herpes simple del tipo 2 (VHS-2). Ambos virus tienen como único reservorio el hombre y originan infecciones que se caracterizan por su capacidad de cronificarse en los ganglios nerviosos sensitivos. Encontramos dos tipos de infección: Primoinfección herpética



(lesiones locales: gingivostomatitis herpética aguda, herpes cutáneo y queroconjuntivitis) y recurrencias (suelen ser lesiones localizadas en piel o mucosas y que no se suelen asociar a reacciones sistémicas). Establecen una infección latente de por vida, interrumpida por brotes de reactivaciones que pueden ser asintomáticas o acompañarse de una variable e impredecible expresión de lesiones epiteliales. Las erupciones herpéticas recidivantes se desencadenan ante la exposición excesiva de luz solar, una enfermedad febril, estrés físico o emocional, inmunodeficiencia o por estímulos desconocidos. Las erupciones recidivantes son menos graves y se desarrollan con menor frecuencia.

- **Microorganismo causante**

- Virus del Herpes Simple tipo 1 (VHS-1)
- Virus Herpes Simple tipo 2 (VHS-2)

- **Manifestaciones clínicas:**

- **VHS-1:** la infección por herpes labial suele ser asintomática, aunque pueden aparecer vesículas dolorosas y úlceras peribucales. Antes de la aparición de las úlceras, las personas infectadas suelen notar una sensación de hormigueo, picor o quemazón en la zona afectada.

1. **Gingivostomatitis/ Estomatitis recidivante, Herpes mucocutáneo facial, Queratoconjuntivitis, infección diseminada y/o del SNS en inmunodeprimidos.** Es la causa más frecuente de estomatitis en niños de 1 a 3 años.

- Primoinfección:

- ✓ Cursa con fiebre alta con irritabilidad, salivación, odinofagia, halitosis y dificultad para la alimentación pues es una fase muy dolorosa.
- ✓ Encontramos también úlceras bucales múltiples, dolorosas y que sangran con el roce, están localizadas sobre todo en la lengua y encías, aunque pueden afectar a cualquier zona de la boca. A veces pueden ser peribucales.

- Recidivas: Tras la primera infección, las vesículas o úlceras pueden reaparecer de manera periódica. Consisten en una o pocas lesiones vesiculosas en la unión cutáneo mucosa acompañadas de dolor, hormigueo o picor. Los síntomas sistémicos son raros. La infección recidivante por VHS constituye una de las causas más frecuentes de eritema multiforme. El herpes genital por VHS-1 puede ser asintomático o causar síntomas leves. Cuando presenta síntomas estos incluyen la aparición de una o más vesículas o ulceraciones genitales o anales.

2. **Herpes cutáneo:** la lesión característica consiste en agregados de vesículas pequeñas de paredes finas sobre base eritematosas. Puede localizarse tanto en piel sana como sobre lesiones traumáticas previas. Es especialmente frecuente el panadizo herpético asociado a una estomatitis herpética. En los niños impetiginizan con frecuencia.



- 3. Eccema herpético (Erupción variceliforme de Kaposi):** Es la manifestación más grave del herpes “traumático” y se debe a la diseminación de la infección primaria por VHS en piel eczematosa. Es de aparición brusca de vesículas sobre áreas que presentan eccemas. La afectación sistémica es frecuente, apreciándose fiebre alta. Podemos encontrarnos con un cuadro grave bien por la alteración del equilibrio hidroelectrolítico, por la invasión bacteriana secundaria o por la invasión hacia otros órganos.
- **VHS-2:** Infección neonatal: mucocutánea (ojos, piel y boca) diseminada; meningoencefalitis, herpes genital (ETS ulcerosa más frecuente en los países desarrollados). En la infección genital por VHS pueden causar dificultades para iniciar la micción, disuria, retención urinaria o estreñimiento, así como puede producirse una neuralgia sacra grave. Las lesiones primarias suelen ser más dolorosas, prolongadas y generalizadas y tienen más probabilidades de ser bilaterales; las lesiones recurrentes pueden asociarse con síntomas prodrómicos graves y comprometer los glúteos, región inguinal o los muslos.
 - **Periodo de incubación:**
 - De 2 a 20 días
 - **Mecanismo de transmisión:**
 - **VHS-1:** secreciones orales y/o contacto físico
 - **VHS-2:** contacto buco-genital, transmisión sexual.
 - **Cuidados específicos:**
 - En el caso de la Gingivostomatitis herpética/ estomatitis recidivante administraremos una dieta blanda evitando alimentos ácidos, muy calientes o muy fríos.
 - **Exclusión escolar:**

No hay motivo para la exclusión escolar pues 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. Se aconseja no hacer uso de piscinas hasta que el papiloma esté tratado y en fase no contagiosa. Ciertos colegios permiten el uso de piscinas si el alumno se ha tratado el papiloma y lleva escarpines.



4.16. Tabla

Enfermedad	Microorganismo Causante	Manifestaciones clínicas	Periodo incubación	Mecanismo de transmisión	Cuidados	Exclusión Escolar
Boca-mano-pie	Coxsackie A16- Enterovirus 71	Fiebre hasta 39, síntomas catarrales, exantema y vesículas en manos, pies y boca	de 3 a 6 días	Contacto con secreciones/ Excreciones infectadas	Adecuada higiene bucal y corporal. Ofrecer alimentos fríos	No precisa
Bronquiolitis	VRS, Influenza, Adenovirus, enterovirus, rinovirus	Rinorrea, tos, fiebre, disnea, dificultades para comer, taquipnea	De 2 a 8 días	Contacto directo con gotas procedentes de las vías respiratorias	Cuidados generales comunes.	No precisa
Citomegalovirus	Familia Herpes Virus	Dolor garganta, fiebre, fatiga, inflamación glándulas	De 3 a 12 semanas.	Contacto directo con secreciones, excreciones o fómites.	Cuidados generales comunes.	No precisa
Conjuntivitis	Adenovirus, Bacterias	Inflamación, secreción, enrojecimiento e irritación ocular	De 3 a 29 días	Contacto directo con secreciones y fómites	No realizar Piscina. Desechar lentillas en caso de uso. Limpiar gafas a menudo.	No precisa
Escarlatina	Estreptococo del grupo A	Odinofagia, Fiebre alta, malestar general, Dolor abdominal, náuseas y vómitos.	Entre 2-3 días	Contacto directo con secreciones vías respiratorias y fómites	Cuidados generales comunes.	24 horas una vez iniciado tratamiento
Faringo-amigdalitis	Estreptococo beta hemolítico grupo A(EbhGA) o Streptococcus pyogenes.	Fiebre Alta, Odinofagia, Mialgias, amígdalas eritematosas con exudado blanco-amarillento, adenopatías	De 3 a 5 días	Contacto directo con secreciones de las vías respiratorias.	Cuidados generales comunes.	24 horas una vez iniciado tratamiento



Enfermedad	Microorganismo Causante	Manifestaciones clínicas	Periodo incubación	Mecanismo de transmisión	Cuidados	Exclusión Escolar
Gea (Gastroenteritis Aguda)	Rotavirus, calicivirus, norovirus, E-Coli, Salmonella, enterotoxinas	Heces acuosas, fiebre, dolor abdominal	Entre 1 a 10 días	Contacto con Alimentos contaminados. Contacto con secreciones o fómites	Cocinar bien los alimentos. Cuidados generales.	Si, de 24 a 48 h sin síntomas
Impétigo	Staphylococcus aureus/ Streptococcus pyogenes	Pápulas eritematosas, ampollas, vesículas	De 7 a 10 días	Contacto directo con piel lesionada	Hidratación correcta. Uso cremas emolientes, vigilar mucosa nasal	Hasta la curación de las lesiones.
Molusco Contagioso	Molluscipoxvirus	Lesiones autolimitadas, pápulas rosadas y depresión en zona central.	De 14 a 40 días	Contacto directo con pápulas o fómites.	Evitar rascado. Evitar piscinas.	No precisa
Mononucleosis	Virus Epstein Barr, Citomegalovirus, toxoplasma, VIH y VHA	Fatiga, cefalea, náuseas, vómitos, fiebre, faringoamigdalitis, linfadenopatía, esplenomegalia, hepatitis, exantema macropapuloso.	De 4 a 8 semanas.	Contacto directo con secreciones o fómites.	Medidas higiénicas, reposo, evitar deporte, alimentación correcta.	No precisa
Pediculosis	Pediculus Cápitis	Prurito intenso en cuero cabelludo		Contacto directo con persona infestada y fómites	Notificación a padres, vigilancia, medidas higiénicas.	No precisa
Sarna/ Escabiosis	Bacteria gram negativa Bordetella Pertussis	Prurito, lesiones patognomónicas, placas exematosas, excoriación.	De 4 a 6 semanas	Contacto directo con secreciones vías respiratorias y fómites.	Notificación a padres, vigilancia, medidas higiénicas.	Si, hasta completar tratamiento.



Enfermedad	Microorganismo Causante	Manifestaciones clínicas	Periodo incubación	Mecanismo de transmisión	Cuidados	Exclusión Escolar
Síndrome del niño abofeteado	Parvovirus B19	Síntomas catarrales, erupción en mejillas color rojo intenso que se extiende por el resto del cuerpo.	De 1 a 3 semanas	Contacto directo con secreciones vías respiratorias y fómites.	Cuidados generales comunes.	No precisa
Tosferina	Bacteria gram negativa Bordetella Pertussis	Inflamación traqueobronquial y accesos típicos de tos violenta y espasmódica	De 7 a 20 días	Contacto directo con secreciones de las vías respiratorias.	Vacunación, medidas terapéuticas en domicilio.	Si, hasta 5 días después del inicio del tratamiento.
Virus Herpes Simple	Herperviridae tipo 1 y tipo 2	Herpes labial, cutáneo y genital	De 2 a 20 días	Contacto secreciones orales, transmisión sexual, transmisión buco-genital	Dieta blanda, evitando alimentos ácidos, muy calientes o muy fríos	No precisa

Tabla 4. Elaboración propia 6-29



5. - ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA (EDO)

5.1. Definición

Enfermedad infecciosa y/o transmisible que el personal sanitario está obligado a notificar al Centro de Salud Pública de su Área debido a la importancia que conlleva para la salud comunitaria.

5.2. Procedimiento a seguir en caso de una EDO

En caso de sospecha de que algún alumno padezca alguna enfermedad infectocontagiosa (EDO ENFERMEDAD de DECLARACIÓN OBLIGATORIA) debemos ponernos en contacto con:

Entidad: Centro de Salud Pública del Área correspondiente al Centro Educativo

Contacto: Médico

Teléfono de contacto y Fax

Dirección

A dicho Centro de Salud le tenemos que facilitar los siguientes datos:

- Nombre, apellidos y fecha de nacimiento del alumno.
- Hospital, clínica o centro donde se le haya diagnosticado.

El centro de Salud hace las averiguaciones oportunas y en el caso de que sea necesario, se pone en contacto con el Colegio enviándonos un protocolo de actuación con las pertinentes recomendaciones de cómo debemos proceder.

Los padres deberán notificarlo a enfermería para estar en alerta.

EDO de notificación urgente (ante la sospecha de aparición de un sólo caso)



Botulismo	Poliomielitis / Parálisis flácida aguda en menores de 15 años
Cólera	Rabia
Difteria	Rubéola
Enfermedad invasiva por <i>Haemophilus Influenzae</i>	Rubéola congénita
Enfermedad meningocócica	Sarampión
Fiebre amarilla	SARS (Síndrome respiratorio agudo grave)
Fiebre del Nilo occidental	Triquinosis
Fiebres hemorrágicas víricas (Ébola, Marburg y Lassa entre otras)	Viruela
Gripe humana por un nuevo subtipo de virus	Otras meningitis bacterianas
Peste	

Tabla 5. Elaboración propia

Además de las enfermedades incluidas en esta lista, son de declaración urgente los brotes de cualquier etiología. Se considera **brote** 2 o más casos de una enfermedad en la misma clase.

“La notificación de cualquier enfermedad de declaración urgente da lugar a una investigación epidemiológica y a la toma de medidas de control si procede. La investigación epidemiológica se realiza por la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Salud Pública que corresponda, que solicitarán información complementaria que se precise.”

Cómo se realiza la notificación urgente:

“Estas enfermedades deben notificarse el mismo día en que se sospecha el caso por el medio más rápido posible (fax o teléfono preferentemente). La notificación se realizará a los Servicios Territoriales de Salud Pública al Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, con los datos de identificación del enfermo y del médico notificador y la información más relevante. Posteriormente se cumplimenta el formulario específico de la enfermedad (Disponibles en la página web de Madrid.org) y se envía por los circuitos habituales. En los casos de brote, se deberá recoger la fecha de aparición, colectivo y número de afectados, así como los datos personales (incluyendo teléfono) de alguno de los casos.

Para realizar la investigación epidemiológica de las enfermedades urgentes, desde la Sección de Epidemiología de los Servicios Territoriales de Salud Pública se podrá solicitar al médico notificador información complementaria relativa al proceso notificado.”



5.3. EDOs más frecuentes en la escuela

GRIPE ¹³

La gripe es una enfermedad del tracto respiratorio. Desde el punto de vista sanitario es una infección que cobra especial importancia porque su elevada morbi-mortalidad es causa de neumonías y otras sobreinfecciones bacterianas, así como numerosas hospitalizaciones (el mayor número de hospitalizaciones se da en menores de 1 año y mayores de 65 años) y elevada mortalidad sobre todo en los grupos de riesgo.

La gripe suele observarse en los meses más fríos del año, de octubre a marzo.

Los niños en edad escolar, son la principal vía de introducción de la gripe dentro del seno familiar. Existen pacientes infanto –juveniles que son considerados de alto riesgo, por lo que deben ser vacunados de manera anual (niños y adolescentes con enfermedad cardiaca o pulmonar cónica; niños y adolescentes con enfermedad metabólica crónica, enfermedad renal, hemoglobinopatías o inmunodeprimidos; pacientes pediátricos en tratamiento prolongados con aspirina; menores de 2 años; gestantes adolescentes que se encuentren entre 2º y 3º trimestre de gestación y están en estación epidémica). Así mismo se deberá administrar la vacuna antigripal a todos aquellos pacientes: mayores de 55 años; gestantes en 2º y 3º trimestre de gestación durante la estación gripal; trabajadores sanitarios y todas aquellas personas que puedan transmitir la enfermedad.

- **Microorganismo causante**

Virus Influenza

- **Manifestaciones clínicas:**

Suele tener un comienzo agudo con fiebre elevada, el paciente presentará escalofríos, tos, rinorrea, cefalea, mialgias, malestar y dolor de garganta. En los niños la gripe puede manifestarse con crup, bronquitis, enfermedad febril inespecífica y/o conjuntivitis. En lactantes y niños pequeños puede cursar con cuadro gastrointestinal en forma de diarrea, náuseas, vómito y dolor abdominal. A pesar de ser una enfermedad autolimitada, la tos y la sensación de malestar pueden prolongarse durante varias semanas.

- **Periodo de incubación:**

De 1 a 4 días

- **Mecanismo de transmisión:**

Se transmite por contacto directo con pequeñas gotitas (Fluggè) procedentes de las vías respiratorias. Puede ser al respirarlas o al tocar una zona contaminada

- **Exclusión escolar:**

No precisa exclusión escolar.



- **Cuidados específicos:**

- Recomendar la vacunación antigripal a los alumnos pertenecientes a los grupos de riesgo.
- Esteremos pendientes de las posibles complicaciones derivadas de la gripe como pueden ser otitis media aguda, exacerbación del asma, bronquiolitis, neumonía bacteriana

HEPATITIS A ^{31 y 32}

La hepatitis A es una enfermedad vírica que afecta al hígado causándole una inflamación generalmente benigna. Suele afectar con relativa frecuencia a niños en edad escolar. Lo que la diferencia de las hepatitis B y C es que la hepatitis A no causa hepatopatía crónica, pero puede causar síntomas debilitantes y hepatitis fulminante (insuficiencia hepática aguda), lo cual se asocia a una alta mortalidad.

Se presenta esporádicamente y en epidemias, tiende a reaparecer periódicamente. Dicho virus es una de las causas más frecuentes de infección de transmisión alimentaria.

- **Microorganismo causante**

Virus de la Hepatitis A (VHA)

- **Manifestaciones clínicas:**

Suele tener un comienzo repentino, con fiebre, malestar general, náuseas, astenia y dolores musculares. Estos síntomas son seguidos pasados unos días, de ictericia. En niños pequeños y lactantes, estas infecciones suelen ser asintomáticas o producen un cuadro leve e inespecífico sin ictericia.

- **Periodo de incubación**

El periodo de incubación suele ser de 14 a 28 días

- **Método de transmisión**

Se transmite principalmente por vía fecal-oral. El agente infeccioso está presente en las heces de la persona infectada desde una o dos semanas antes de iniciarse los síntomas hasta una semana después. El virus de la hepatitis A es una de las causas más frecuentes de infección de transmisión alimentaria, a través del agua o de los alimentos; también puede transmitirse por contacto físico estrecho con una persona infectada.

- **Cuidados**

- Garantizar salubridad del agua
- Evitar intercambio de fluidos con persona infectada.
- Eliminar la ingesta de alcohol.
- Control de la temperatura corporal.



- Evitar hacer esfuerzos físicos, guardando reposo si fuera necesario.
- Observaremos el color de piel y mucosas en busca de signos de ictericia (coloración amarillenta de la piel y conjuntivas de los ojos)
- Vigilar el aspecto tanto de las heces como de la orina: pues la ictericia puede acompañarse de coluria (orina de color muy oscuro, aspecto de “Coca-Cola”, por la presencia de bilirrubina en orina) y acolia (heces muy claras por la ausencia de pigmentos derivados de la bilirrubina)
- **Exclusión escolar:**

En niños menores de 5 años, la exclusión escolar será de 5/7 días tras el inicio de la ictericia. En niños mayores de 5 años no es necesario la exclusión escolar, diferentes organismos entre ellos la Asociación Americana de Salud Pública y el Grupo de Trabajo Británico para la Prevención de la Transmisión de Infecciones Gastrointestinales, aconsejan esperar 7 días tras el comienzo de la ictericia, sin embargo, estudios indican que el periodo de máxima excreción del virus es de 2 semanas antes del inicio de los síntomas, por lo que se podría permitir a los mayores de 5 años que hagan uso de un adecuado aseo personal, acudir a la escuela. En los centros que se confirmen uno a más casos de hepatitis A en niños o cuidadores o se identifiquen casos en dos o más hogares afectados, se recomienda profilaxis postexposición.

MENINGITIS ^{12 y 33}

La meningitis es una inflamación de las membranas que cubren el cerebro y la médula espinal. Está producida por bacterias o virus, siendo mucho más virulenta la causada por bacterias ya que pueden producir un daño cerebral o incluso la muerte. Las víricas se consideran benignas y la enfermedad no suele dejar secuelas.

- **Microorganismo causante:**

Bacterias: 1- Haemophilus influenzae tipo B. 2- Neisseria meningitidis o meningococo. Se diferencian 13 serogrupos siendo los más frecuentes en la CAPV el B y el C. 3- Neumococo (Streptococcus pneumoniae)

Virus: Familia de enterovirus.
- **Manifestaciones clínicas:**

Los síntomas de la meningitis son de debut rápido.

Fiebre

Cefalea

Dolor/rigidez de nuca

Vómitos

Irritabilidad.

Estos síntomas pueden progresar rápidamente hacia la disminución de la consciencia (dificultad para despertarse), convulsiones y muerte.



- **Periodo de incubación:**

Haemophilus influenzae B (1-10 días)

Meningococo (2-10 días) Es contagioso hasta 7 días antes de la aparición de los síntomas y hasta 24h después del tratamiento antibiótico.

Neumococo (1-4 días)

Virus (2-7 días). Se puede eliminar gérmenes de 1 a 3 semanas.

- **Mecanismo de transmisión:**

Se transmite por contacto directo con pequeñas gotitas (Fluggè) procedentes de las vías respiratorias. Puede ser al respirarlas o al tocar una zona contaminada

- **Cuidados:**

Ventilar las aulas, ya que la luz solar es un buen antiséptico para el meningococo.

Tratamiento antibiótico a aquellas personas cercanas que han estado en contacto con la persona enferma. La administración será lo más rápida posible, idealmente en las primeras 24 horas después del diagnóstico.

Se considera contactos, los alumnos y personal que han estado en el aula del alumno enfermo.

En caso de meningococo C, se revisará calendario de vacunación y si no están vacunados, se le administrara la primera vacuna.

Inmediatamente se enviará a su médico a cualquier niño o adulto que presente fiebre, erupción, manchas, conducta inapropiada u otros síntomas de alarma, independientemente de que hayan tomado antibiótico profiláctico.

- **Exclusión escolar:**

Durante el periodo de enfermedad, ya que en caso de meningitis bacteriana la persona es hospitalizada.

PAROTIDITIS (PAPERAS) 6, 12 y 13

El síntoma predominante es la hinchazón severa de la glándula salival junto a la mandíbula, delante de la oreja. No dan habitualmente problemas serios a largo plazo. Son muy frecuentes las infecciones asintomáticas. En los adultos son más probables las complicaciones serias. Los cuidadores deben saber que la exposición al virus en el primer trimestre del embarazo puede aumentar la tasa de abortos espontáneos. La enfermedad es prevenible por vacunación. La pauta en la CAPV es de 2 dosis en forma de vacuna triple vírica (sarampión-rubéola-paperas) a los 12 meses y 4 años de edad.





- **Microorganismo causante:**

La parotiditis está producida por un virus RNA monocatenario perteneciente a la familia de los *Paramyxoviridae*, *Paramyxovirus*
- **Manifestaciones clínicas:**

Fiebre.
Malestar general.
Vómitos, náuseas.
Comienzo súbito y tumefacción de las glándulas parótidas.
Orquitis.
Meningitis.
- **Periodo de incubación:**

El periodo de incubación es de 2 a 3 semanas siendo 19 días el promedio. Generalmente los contactos se infectan antes de que aparezca la tumefacción de las parótidas; 1-2 días antes y de 7 a 9 días después del comienzo de la tumefacción, aunque se acepta que el paciente tiene capacidad infectiva desde el 12º día hasta el 25º posterior a la exposición.
- **Mecanismo de transmisión:**

El único reservorio y hospedador del virus de la parotiditis es el ser humano. Se transmite por contacto directo con pequeñas gotitas (Fluggè) procedentes de las vías respiratorias. Puede ser al respirarlas o al tocar una zona contaminada
- **Cuidados específicos:**

La única forma de inmunoprevención de la parotiditis es la vacunación sistemática durante la infancia, actualmente practicada con la vacuna triple vírica. Una dosis a los 12 meses de edad y otra dosis a los 4 años.
A nivel de la comunidad educativa realizar EpS sobre la importancia de la higiene exhaustiva del individuo.
- **Exclusión escolar:**

De 5 a 9 días.

RUBEOLA 6, 12 y 13

Una vez pasada, crea inmunidad. Es más virulenta en adultos que en niños. Hay que tener especial cuidado en embarazadas porque puede hacer daño al feto y provocar la rubeola congénita debido a la teratogenicidad del virus. Es una enfermedad que se encuentra en declive.

- **Microorganismo causante:**

Virus de la rubeola, perteneciente al género *Rubivirus*.



- **Manifestaciones clínicas:**

- Erupción cutánea de tono rosáceo (comienzo en cabeza y progresivo hacia los pies)
- Malestar general
- Fiebre
- Faringitis
- Inflamación de ganglios del cuello o detrás de las orejas
- Otitis (a veces)

- **Periodo de incubación:**

2-3 semanas.

- **Mecanismo de transmisión:**

Se transmite por contacto directo con pequeñas gotitas (Fluggè) procedentes de las vías respiratorias. Puede ser al respirarlas o al tocar una zona contaminada.

- **Cuidados específicos:**

- La medida más eficaz para prevenir la rubeola es la vacunación (Según el calendario Común de vacunación del Ministerio de Sanidad, la pauta de administración será a los 12 meses y lo 3-4 años). Actualmente en la Comunidad De Madrid se administra junto con el sarampión y la parotiditis, en lo que denominamos la triple vírica.
- Se recomienda la vacunación en aquellas profesoras que estén embarazadas, ya que la rubeola puede provocar malformaciones al feto.

- **Exclusión escolar:**

No pueden asistir al colegio hasta 7 días después de la aparición de los síntomas.

SARAMPIÓN 6, 12 y 13

El sarampión es una enfermedad febril exantemática muy contagiosa.

Las complicaciones del sarampión se deben a la replicación viral o a la sobreinfección bacteriana, e incluyen: otitis media, laringotraqueobronquitis, neumonía, diarrea y encefalitis, otra complicación grave pero poco frecuente es la panencefalitis esclerosante subaguda.

- **Microorganismo causante**

Es un virus perteneciente al género *Morbillivirus* de la familia de los *Paramyxoviridae*. Su reservorio es exclusivamente humano.

- **Periodo de incubación**

Alrededor de 10 días desde la exposición hasta el inicio de la fiebre u otros síntomas inespecíficos y alrededor de 14 días hasta el inicio del exantema, con una amplitud de 7 a 18 días.



- **Mecanismo de transmisión**

Se transmite por contacto directo con pequeñas gotitas (Fluggè) procedentes de las vías respiratorias. Puede ser al respirarlas o al tocar una zona contaminada

- **Manifestaciones clínicas**

Comienza con fiebre, rinitis, tos y pequeñas manchas eritematosas con el centro blanquecino en la mucosa oral (manchas de Koplik). El exantema aparece entre en 3º y el 7º días tras el inicio de los síntomas, comienza en la cara y se extiende por todo el cuerpo.

- **Cuidados**

- La medida más eficaz para prevenir el sarampión es la vacunación.
- Aislamiento del enfermo: le mantendremos alejado del resto de alumnado y personal que puedan ser susceptibles (personas no vacunadas, que no hayan pasado la enfermedad y/o pacientes inmunodeprimidos). Así mismo buscaremos posibles casos de contagio en su entorno.
- Aislamiento respiratorio
- Ventilación adecuada de la instancia compartida con el alumno, así como una adecuada limpieza de todos los juguetes y útiles susceptibles de contagio (vasos personales del alumno, cepillos de dientes...) pues el virus está presente en el aire o sobre superficies infectadas y sigue siendo activo y contagioso durante periodo de hasta 2 horas, y puede ser transmitido por un individuo infectado desde 4 días antes hasta 4 días después de la aparición del exantema.²
- Valorar si existen signos de deshidratación (confusión, humedad, ojos hundidos, piel seca, etc.).
- Cuidados de la piel

- **Exclusión escolar:**

Precisa exclusión escolar de 4-5 días tras inicio del exantema, el sarampión es contagioso de 1-2 días antes del comienzo de los síntomas (3-5 días antes del inicio del exantema) hasta 4 días después.

SALMONELOSIS³⁴

Es una de las infecciones alimentarias más comunes producidas por tomar agua y alimentos contaminados. Los principales alimentos que causan esta enfermedad suelen ser los huevos. Al ser una enfermedad digestiva, hay que tener especial cuidados con la higiene después de ir al baño.

- **Microorganismo causante:**

Enfermedad infecciosa causada por enterobacterias del género Salmonella.



- **Manifestaciones clínicas:**

- Principalmente GEA
- Náuseas y vómitos.
- Dolor abdominal.
- Diarrea.
- Fiebre y escalofríos.
- Dolor de cabeza.
- Dolores musculares (mialgia).
- Sangre en las heces.

- **Periodo de incubación:**

Oscila entre varias horas a dos días, por lo que los síntomas generalmente comienzan al cabo de los 8 a 72 horas.

- **Mecanismo de transmisión:**

Se infectan por comer alimentos que han sido contaminados por las heces. Los alimentos comúnmente infectados son: Carne cruda, aves, huevos crudos, mariscos y frutas y verduras.

- **Cuidados:**

- Debido a que la infección por salmonella puede causar deshidratación, el reemplazo de líquidos y electrolitos es el foco del tratamiento. Los casos severos pueden requerir hospitalización y líquidos inyectados directamente en vena (vía intravenosa).
- Los métodos de prevención son especialmente importantes al preparar los alimentos o la prestación de cuidados para los bebés, los adultos mayores y personas con sistemas inmunes debilitados.
- Asegúrese de cocinar bien los alimentos y refrigerar o congelar los alimentos rápidamente.
- No comer huevos crudos.

- **Exclusión escolar:**

Hasta 24-48h sin síntomas.

VARICELA 35 y 36

Enfermedad que se da principalmente entre los 10-14 años de edad. Generalmente es leve, aunque puede complicarse en aquellas personas con inmunidad baja (bebés, embarazadas, adultos...) Con la primera dosis de la vacuna, se consigue una protección del 85%.

- **Microorganismo causante:**

El virus que causa la varicela es el virus varicela zoster. Es un miembro de la familia del herpesvirus, que causa también la culebrilla en los adultos.



- **Manifestaciones clínicas:**

La varicela es una enfermedad viral que se caracteriza por la aparición en la piel de varios brotes de lesiones típicas, formadas por pequeñas pápulas que se transforman en vesículas (con contenido líquido) y que al secarse forman costras.

- **Periodo de incubación:**

Entre dos y tres semanas.

- **Mecanismo de transmisión:**

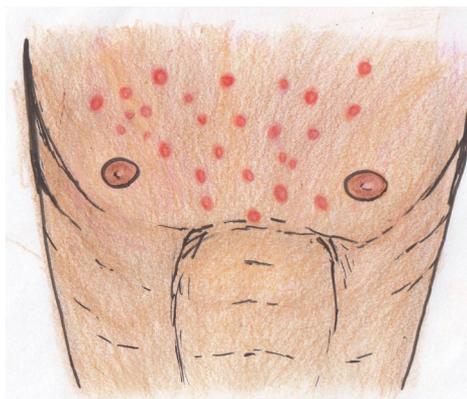
Se transmite por contacto directo con pequeñas gotitas (Fluggè) procedentes de las vías respiratorias. Puede ser al respirarlas o al tocar una zona contaminada.

- **Cuidados específicos:**

- Es importante evitar el consumo de aspirina para evitar la aparición del síndrome de Reye.

- **Exclusión escolar:**

Hasta siete días después de iniciada la erupción o hasta que todas las lesiones estén en forma de costra.



5.4. Listado completo de EDO ³⁰

Botulismo

Brucelosis

Campilobacteriosis

Carbunco

Cólera

Criptosporidiosis

Dengue

Difteria

Encefalitis transmitida por garrapatas

Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas (incluye vEJC)

Enfermedad invasiva por *Haemophilus Influenzae*



Enfermedad meningocócica

Enfermedad neumocócica invasora

Enfermedad por virus Chikungunya

Fiebre amarilla

Fiebre del Nilo occidental

Fiebre exantemática mediterránea

Fiebre Q

Fiebre recurrente transmitida por garrapatas

Fiebre tifoidea / Fiebre paratifoidea

Fiebres hemorrágicas víricas (Ébola, Marburg y Lassa entre otras)

Giardiasis

Gripe / Gripe humana por un nuevo subtipo de virus

Hepatitis A

Hepatitis B

Hepatitis C

Herpes zóster

Hidatidosis

Infección por *Chlamydia trachomatis* (excluye el linfogranuloma venéreo)

Infección por cepas de *Escherichia coli* productoras de toxina Shiga o Vero

Infección gonocócica

Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/Sida) *

Legionelosis

Leishmaniasis

Lepra

Leptospirosis

Linfogranuloma venéreo

Listeriosis

Paludismo

Parotiditis



Peste

Poliomielitis / Parálisis flácida aguda en menores de 15 años

Rabia

Rubéola

Rubéola congénita

Salmonelosis

Sarampión

SARS (Síndrome respiratorio agudo grave)

Shigellosis

Sífilis

Sífilis congénita

Tétanos / Tétanos neonatal

Tos ferina

Toxoplasmosis congénita

Triquinosis

Tuberculosis

Tularemia

Varicela

Viruela

Yersiniosis

Otras meningitis bacterianas

Meningitis víricas

() Enfermedades incluidas en sistemas especiales de registros de casos.*



5.5. Tabla EDO

Enfermedad	Microorganismo Causante	Manifestaciones clínicas	Periodo incubación	Mecanismo de transmisión	Cuidados	Exclusión Escolar
Gripe	Virus Influenza	Fiebre, tos, rinorrea, cefalea, mialgias, síntomas catarrales	De 1 a 4 días	Contacto directo con secreciones de las vías respiratorias	Vacunación, vigilar complicaciones derivadas de la Gripe.	No precisa
Hepatitis A	Virus de la Hepatitis A (VHA)	Fiebre, malestar general, náuseas, astenia y dolores musculares. Ictericia	De 14 a 28 días	Contacto directo con secreciones, excreciones o fómites	Garantizar salubridad del agua, Control temperatura, reposo, observación color piel y mucosas, aspecto heces y orina	Si, de 5 a 7 días
Meningitis	Haemophilus influenzae tipo B, Neisseria meningitidis, Meningococo, Neumococo. Familia de enterovirus.	Fiebre, cefalea, dolor/rigidez Nuca, vómitos, petequias, disminución consciencia, convulsiones	De 1 a 10 días, depende del patógeno.	Contacto directo con secreciones vías respiratorias y fómites.	Ventilación aulas, profilaxis anti-biótica	Hasta completa recuperación
Parotiditis	Paramyxovirus	Fiebre, malestar general, orquitis, tumefacción glándulas parótidas.	De 2 a 3 semanas	Contacto directo con gotas provenientes de la orofaringe.	Vacunación. EpS higiene, Cuidados generales	De 5 a 9 Días
Rubeola	Rubivirus	Erupción cutánea rosácea, malestar, fiebre, faringitis, adenopatías	De 2 a 3 semanas	Contacto directo con secreciones vías respiratorias y fómites.	Vacunación	Si, hasta 7 días después de la aparición síntomas



Enfermedad	Microorganismo Causante	Manifestaciones clínicas	Periodo incubación	Mecanismo de transmisión	Cuidados	Exclusión Escolar
Salmone- losis	Enterobac- terias. Sal- monella	GEA, sangre en heces, ce- falea, mialgia	De 2 horas a 72 horas	Consumo de alimentos contamina- dos por las heces: Carne cruda, hue- vos crudos, mariscos, frutas y ver- duras.	Adecuada prepara- ción de los alimentos. (bien co- cinos). Reemplazo de líquidos y electro- litos	Hasta 24- 48 horas sin sínto- mas
Sarampión	Morbillivirus	Fiebre, sínto- mas catarra- les, pequeñas manchas eri- tematosas en mucosa oral y exantema en rostro y cuerpo	De 10 a 18 días	Contacto directo con persona infestada y fómites	Vacunación, aislamiento respiratorio	Si 4-5 días
Varicela	Herpes vi- rus Zoster	Pápulas que se trans- forman en vesículas. Aparición en brotes	Entre dos y tres se- manas	Contacto directo con secreciones vías respi- ratorias y fómites.	Vacuna- ción. Evitar aspirina por síndrome de Reye.	Hasta 7 días ini- ciada la erupción cutánea

Tabla de elaboración propia ^{6, 12, 13, 31-36}

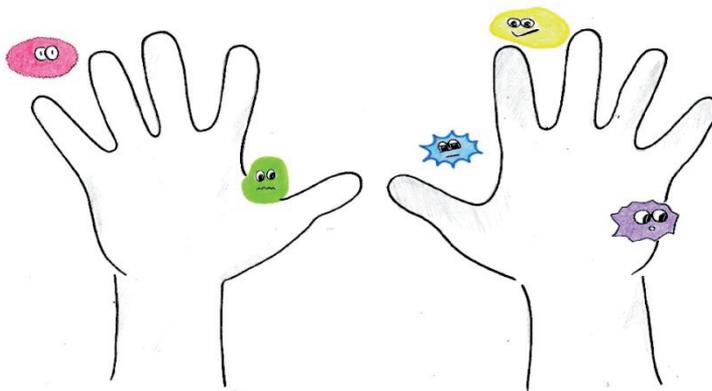
6. MEDIDAS PREVENTIVAS GENERALES

6.1 Higiene de manos. ^{37, 38, 39 y 40}

Lavarse las manos regularmente es el paso más importante de la higiene para evitar la propagación de bacterias y otros gérmenes de los que pueden generar trastornos de estómago, resfriado, gripe y otros problemas de salud graves. Mantener las manos siempre limpias es la mejor manera de evitar, contraer o propagar los microbios que producen infecciones. Existe un elevado número de vidas que se salvan gracias a la higiene de manos. Lávese las manos con agua y jabón o límpieselas con un antiséptico de alcohol en gel.

Las manos es la principal vía de transmisión de microorganismos patógenos. Aunque usemos guantes, hay que lavarse las manos antes y después.

El día internación de la higiene de manos es el 5 de Mayo, día establecido por la OMS desde el año 2009.



Consejos para lavarse las manos correctamente:

 **Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos**



0 Mójese las manos con agua;



1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



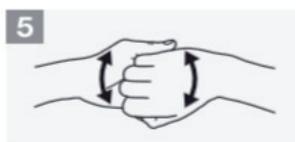
2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos y viceversa;



4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



8 Enjuáguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



10 Sírvese de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.

Tabla 6. Adaptada₃₇

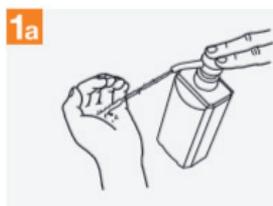


El tiempo del lavado de manos:

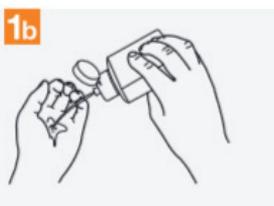
Mientras más tiempo pase lavándose las manos, más microbios eliminará. La mayoría de las personas se lavan las manos durante 6 o 7 segundos, pero para eliminar los gérmenes se requiere un lavado de al menos 15 segundos. Para protegerse a sí mismo y proteger a otras personas contra infecciones, lo ideal es que se lave las manos durante 30 segundos.

Cómo usar un antiséptico de alcohol para el lavado de manos:

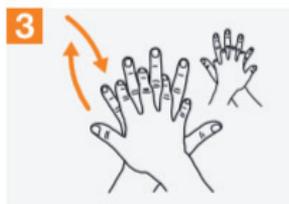
 **Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos**



1a
Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies;



2
Frótese la palma de las manos entre sí;



3
Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



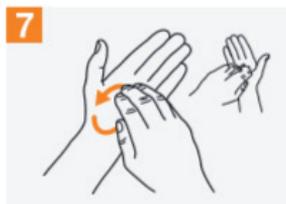
4
Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



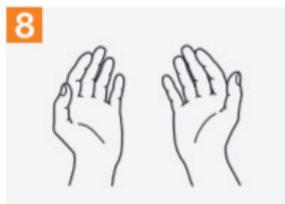
5
Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



6
Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



7
Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



8
Una vez secas, sus manos son seguras.

Tabla 7. Adaptada₃₇



¿En qué se diferencian los jabones antibacterianos de los antisépticos de alcohol?

Jabones antibacterianos:

- Vienen en forma líquida o en pastillas, y se usan con agua.
- No son más eficaces para eliminar los microbios que el jabón corriente.

Antisépticos de alcohol:

- Vienen en geles o sprays que no se necesita agua.
- Son igual de eficaces o mejores que el lavado con agua y jabón.

A continuación están las cinco excusas que se dicen con mayor frecuencia para no lavarse las manos:

1. No estuve en ningún lado.

A pesar de estar toda el día en casa, las manos pueden contener gérmenes. Objetos que usamos a diario y no han sido desinfectados, pueden contener microorganismos desde horas a meses.

2. No parecen sucias.

Aunque las manos no estén aparentemente sucias, hay microorganismos que no se ven a simple vista, por lo que es importante el lavado frecuente.

3. Me olvidé.

Con tanto que hacer, es fácil olvidarse de lavarse las manos. Así que trata de hacerlo una rutina para que puedas crear el hábito.

Lávate las manos antes de:

- Comer o preparar alimentos
- Curar una herida o administrar medicamentos
- Recoger un bebé o un niño.
- Cambiar un pañal

Lávate las manos después de:

- Manipular Alimentos
- Cambiar un pañal o ir al baño
- El contacto con fluidos corporales (sangre, saliva, vómito, etc)
- El contacto de animales y mascotas
- Vaciar la papelera
- Estar en el jardín



4. Los gérmenes son buenos para el sistema inmunológico.

Es cierto, algunas infecciones ayudan a estimular nuestro sistema inmunológico para prevenir enfermarse nuevamente por la misma infección, pero esto no siempre es así (por ejemplo, en la intoxicación por alimentos). Estar expuestos a los gérmenes no nos protegerá contra infecciones específicas.

6.2. Vacunación ^{41 y 42}

Cada año, el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP) recomienda el calendario de vacunaciones que considera que debe ofrecerse a los niños y adolescentes que residen en España.

CALENDARIO DE VACUNACIONES SISTEMÁTICAS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA 2018										
Comité Asesor de Vacunas										
VACUNA	Edad en meses						Edad en años			
	2	4	6	11	12	15	2-4	6	12	14-18
Hepatitis B ¹	HB	HB		HB						
Difteria, tétanos y tosferina ²	DTPa	DTPa		DTPa				DTPa / Tdpa	Tdpa	
Poliomielitis ³	VPI	VPI		VPI				VPI		
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b ⁴	Hib	Hib		Hib						
Neumococo ⁵	VNC	VNC		VNC						
Meningococos C y ACWY ⁶		MenC			MenC				MenC	Men* ACWY
Sarampión, rubeola y parotiditis ⁷					SRP		SRP	Var / SRPV		
Varicela ⁸					Var					
Virus del papiloma humano ⁹									VPH 2 dosis	
Meningococo B ¹⁰	MenB	MenB	MenB		MenB					
Rotavirus ¹¹	RV	RV	(RV)							

Vacunas financiadasVacunas no financiadas

Tabla 8. Adaptada

*Cada año podrá consultarse el calendario de vacunación en la página web (<http://vacunasaep.org/>).

Podemos agruparlas en tres categorías principales:

1. **Vacunas sistemáticas financiadas**, las que todos los niños en España reciben de forma universal. Incluye las vacunas oficiales ofertadas gratuitamente por cada una de las CC. AA. Se incluyen las siguientes: hepatitis B, difteria, tétanos, tosferina, polio, Haemophilus influenzae tipo b, meningococo C, neumococo, sarampión, rubeola y paperas (parotiditis epidémica), varicela y el virus del papiloma humano (esta solo para niñas). Además, en Cataluña, Ceuta y Melilla vacunan también a todos los niños frente a la hepatitis A.
2. **Vacunas sistemáticas no financiadas**, que presentan un perfil de sistemática y que el CAV-AEP considera deseable que todos los niños reciban, pero que las autoridades sanitarias españolas, por razones de coste-efectividad, no las incluyen por el momento en la financiación pública. Son las vacunas frente al rotavirus y la del meningococo B en lactantes y la tetravalente antimeningocócica en adolescentes.
3. **Vacunas de recomendación individual**, como es la tetravalente antimeningocócica en adolescentes, para los que se hacen recomendaciones de uso en ciertas circunstancias.





7. – ANEXOS

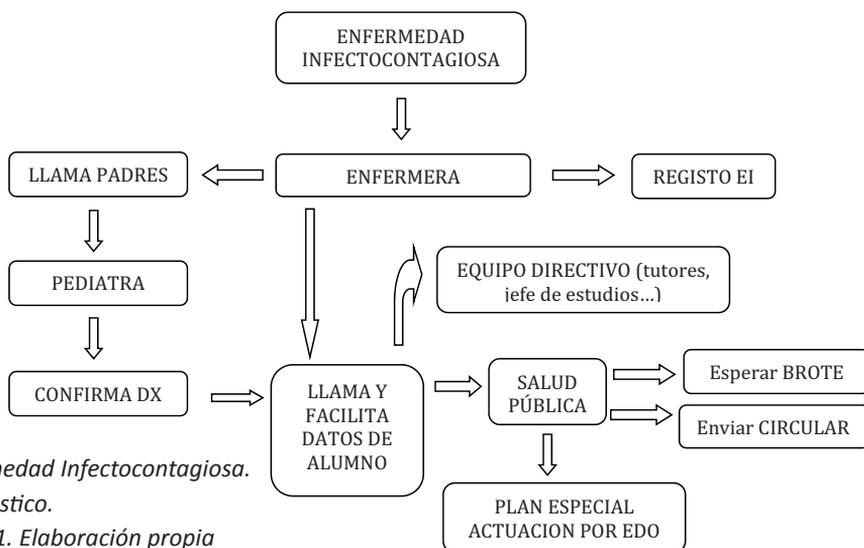
Anexo 1. Tabla de registro de enfermedades.

REGISTRO DE ALUMNOS

DATOS PERSONALES ALUMNO		VALORACIÓN							DIAGNÓSTICO		
NOMBRE Y APELLIDOS. CURSO	FECHA	FIEBRE	SENTIDOS	CARDIOVASCULAR	HEMATOLÓGICOS	GASTROINTESTINAL	RESPIRATORIO	NEUROLOGICO	MÚSCULO- ESQUELÉTICO	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA	DIAGNÓSTICO

Tabla 9. Elaboración propia

Anexo 2. Algoritmo



*EI: Enfermedad Infectocontagiosa.

DX: Diagnóstico.

Algoritmo 1. Elaboración propia



8.- BIBLIOGRAFÍA

1. CAV: Comité Asesor de Vacunas [Internet] Madrid. CAV; 2018 [actualizado 16 Feb 2018; revisado 12 Jun 2018] Disponible en <http://vacunasaep.org/profesionales/noticias/sarampion-europa-2017>
2. ISC: Instituto de Salud Carlos III [Internet]. Madrid: ISC; 2011 [actualizado 14 May 2018; citado 09 Jun 2018]. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/enfermedades-declaracion-obligatoria-series-temporales.shtml>
3. American Psychological Association: Herdman,T.H. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
4. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Mas M, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
5. Bulechek GM, Butcher H, Mc Closkey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
6. Superintendent of Public Instruction. Infectious Disease Control Guide for School Staff. Olympia 2014
7. Pons J. Infecciones de causa viral de las vías respiratorias bajas en la población pediátrica. Revisión sistemática de la bibliografía española. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2007/07.
8. Perez Rodriguez MJ, Otheo de Tejada Barasoain E, Ros Perez P. Bronquiolitits en pediatria: puesta al día. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud.2010; 34(1)3-11.
9. Martínez Martínez E, Mérida Galán MP, Oliver Garcia RM, Farré Rubies JJ. Bronquiolitits: abordaje por parte de enfermería. Ciber Revista -Esp-[Internet]. 2013[Citado 06 Jun 2018;31(9)]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/mayo2013/pagina9.html>
10. Orejón de Luna G, Fernández Rodríguez M. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Reunión anual (2012. Granada). Bronquiolitits aguda. Rev Ped Aten Prim 2012;14(Supl. 21):45-9.
11. Pérez Villena A, García Ruiz S, Sánchez Bayle M. Bronquiolitits y neumonía. Rev Ped Aten Prim 2010;XII(48):575-81.



12. Infectious Disease Management: Guidelines for Alaska Schools | August 2013
13. Seijas Martínez-Echevarría L. Causas infecciosas de exclusión escolar. Guía- ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. [actualizado el 21/04/2008; consultado el 01/07/2015]. Disponible en: <http://www.guia-abe.es/anexos-causas-infecciosas-de-exclusion-escolar>
14. Region of Waterloo Public Health Infectious Disease Program. Guidelines for Prevention and Management of Infectious Diseases in Schools. Waterloo 2014 Disponible en: https://www.regionofwaterloo.ca/en/doing-business/resources/Documents/HCP_PreventionManagement_ExclusionGuidelines.pdf
15. Koning S, Verhagen AP, van Suijlekom-Smit LWA, Morris A, Butler CC, van der Wouden JC Intervenciones para el impétigo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Lt
16. Van der Wouden J, van der Sande R, Kruijthof E, Sollie A, van Suijlekom-Smit L, Koning S. Intervenciones para el molusco contagioso cutáneo. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017 Issue 5. Art. No.: CD004767. DOI: 10.1002/14651858.CD004767
17. Hernández Martín A. ¿Qué hago con las verrugas, los moluscos y el acné?, ¿y qué digo cuando me preguntan cómo prevenir y curar la dermatitis atópica? *Rev Ped Aten Prim* 2012;14(Supl 21):101-3.
18. Carretero M, Villena M, Villena A. *Un Paciente Con Molluscum Contagiosum*. *Rev Clin Med Fam* 2009;2(6).
19. De Paor M, O'Brien K, Fahey T, Smith S. Agentes antivirales para la mononucleosis infecciosa (fiebre glandular). Cochrane Database of Systematic Reviews 2016 Issue 12. Art. No.: CD011487. DOI: 10.1002/14651858.CD011487.
20. New York State [Internet]. New York. Department of Health [actualized October 2011; Revised 10 Mar 2018] Disponible en: https://www.health.ny.gov/diseases/communicable/pediculosis/fact_sheet.htm
21. Campillos Paez, MT et al. Scabies: checking and update. *Medifarm* 2002;12(7):40-54.
22. Chosidow O. Scabies. *N Engl J of Med* 2006; 354 (16):1718-27.
23. Santos-Juanes J, Galache C, Martínez-Cordero A, Curto JC, Sánchez-del Río J. Sarna: revisión de la clínica y nuevos tratamientos. *Rev Esp Sanid Penit* 2001;3:49-54.
24. Uriona Tuma SM, Martínez Gómez X, Campins Martí M, Codina Grau G, Ferrer Marcelles A., Rodrigo Pendás JA., Pinós Tella L, Cebrián R, Moraga Llop FA. Estudio de contactos de ca-



- tos pediátricos de tos ferina en un hospital de tercer nivel de Barcelona. *Med Clín (Barn)* 2013;141(9):376-81.
- 25.** Olivares Ortiz J, Bueno Campaña M. Tos ferina: revisión clínica a propósito de un caso. *Rev Ped Aten Prim* 2011; XIII(52):575-84.
- 26.** Donoso A, Arriagada D, Cruces P, Díaz F. Coqueluche Grave. Estado del arte. *Rev Chilena Infectol* 2012;29(3):290-306.
- 27.** Rodrigo Osses A, Orlando Díaz P, Fernando Saldías P. Infección por Bordetella pertussis: Una causa emergente de tos prolongada en adolescentes y adultos. *Rev Chilena Enfem Resp* 2010; 26:30-6.
- 28.** Kimberlin DW, Lin CY, Jacobs RF, et al. Safety and efficacy of high-dose intravenous acyclovir in the management of neonatal herpes simplex virus infections. *Pediatrics*. 2001;108:230-8. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/108/2/230>.
- 29.** Lowhagen G, Tunbäck P, Andersson K, et al. First episodes of genital herpes in a Swedish STD population: A study of epidemiology and transmission by the use of herpes simplex virus (HSV) typing and specific serology. *Sex Transm Infect* 2000; 76:179-182.
- 30.** Portal de Salud. [Internet] Comunidad de Madrid: Salud Pública Vigilancia Epidemiológica. 1997 [actualizado 17 Mar 2015; citado 9 Jun 2018]. Disponible en http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142337086965&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1159289986941
- 31.** Jacobsen KH, Wiersma ST. Hepatitis A virus seroprevalence by age and world region, 1990 and 2005. *Vaccine* 28 (2010) 6653–7.
- 32.** OMS [Internet] Ginerbra. OMS 2017 [revisado 12 Jun 2017] Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>
- 33.** Ballesteros Moya E, Herrera Castillo L, Escosa García L., Romero González MP, Lázaro Perona F, José Gómez MI. Meningitis bacteriana por Streptococcus pyogenes: revisión de la literatura [Nota clínica]. *Rev Ped Aten Prim* 2013;15(60): 345.e173-e176.
- 34.** Simón Vivan P, Sanz Colomo M, Horna Campos O, Ros Samsó M. Transmisión de Salmonella entre tortugas y niños: experiencia de la enfermería de salud pública a propósito de un caso. *Enferm Clín* 2012;22(1):51-7.
- 35.** Peña-Rey I, Martínez de Aragón MV, Villaverde Hueso A, Terres Arellano M, Alcalde Cabero E, Suárez Rodríguez B. Epidemiología de la varicela en España en los periodos pre y post vacunación. *Rev Esp Salud Pública* 2009;83(5):711-24.



- 36.** La Russa PS, Marin M. Varicella-zoster virus In: Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW III, Schor NF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 20th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 253.
- 37.** OMS. Seguridad del paciente. Una alianza mundial para una atención más segura. Higiene de las manos ¿por qué, cómo, cuándo? Organización Mundial de la Salud, 2010.
- 38.** Sorrentino S. Fundamentos para enfermería práctica, editorial Harcourt, segunda edición 2002, páginas 108-109.
- 39.** Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias - Guía de los cinco momentos del lavado de manos de la OMS. FECHA DE IMPLANTACION: Enero 1995 FECHA DE ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN: Diciembre 2009 FECHA DE REVISIÓN: Diciembre 2014.
- 40.** Pittet D, Donaldson L. “Una atención limpia es una atención más segura”, primera iniciativa mundial de la Alianza Mundial de la OMS para la Seguridad del paciente”. IFIC volumen 2.2006: 135-140.
- 41.** CAV: Comité Asesor de Vacunas [Internet]. Madrid. CAV; 2018 [actualizado 1 ene 2018; citado 9 jun 2018] Disponible en: <http://vacunasaep.org/profesionales/calendario-de-vacunaciones-aep-2018>
- 42.** Peña Rey I, Martínez de Aragón MV, Villaverde Hueso A, Terres Arellano M, Alcalde Cabero E, Suárez Rodríguez B. Agrupación de Enfermedades Infecciosas y Salud Internacional del CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) Taller. 2009. Barcelona.



ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE ENFERMERÍA EN
CENTROS EDUCATIVOS
+NACIONAL +INTERNACIONAL

www.amece.es