



Orientacions sanitàries per a les llars d'infants(*)

Redactor: Josep Bras i Marquillas, Secretari del Grup de Pediatres Experts en Guarderies de la Societat Catalana de Pediatria,

Integrat per: Pere Calafell i Gibert; Ramon Bacardí i Pons; M.^a Rosa Llitjós i Viza; Ramir Mirapeix i Turc; Miquel Porta i Bosch; Joan Ripoll i Borrell; Carles A. Wennberg i Balllovera.

DEDICATÒRIA

Al nostre amic i mestre Pere Calafell, peoner català en l'acció social i educativa per a la salut dels infants.

NOTES:

1. En aquest treball s'utilitza el terme «llar d'infants», que amb petites matitzacions és equiparable a d'altres mots d'ús molt corrent, com per exemple: guarderia, escola bressol, bressola, maternal, o bé jardí d'infants.

2. La Direcció General de Promoció de la Salut del Departament de Sanitat i Seguretat Social ha publicat un llibre sobre «*Consells de Puericultura*», adreçat a tots els pares de nens que neixen a Catalunya i que creiem que és també de gran interès per al personal que treballa a les llars d'infants, ja que conté totes aquelles recomanacions i accions preventives més importants en el camp de la Puericultura.

Pot resultar un complement molt útil a les «Orientacions Sanitàries» que ara presentem.

INTRODUCCIÓ

La llar d'infants, com qualsevol lloc on conviuen moltes persones, requereix unes condicions sanitàries per tal de limitar raonablement els perills per a la salut dels qui hi habiten. Unes vegades seran condicions de tiups genèric, necessàries a qualsevol edifici on hi hagi públic (mesures bàsiques de seguretat i salubritat). I d'altres seran mesures específiques per a les llars d'infants, pel fet d'acollir grups de nens fins a 3 anys, població amb uns riscos característics deguts a l'edat i el fet d'estar en grup.

Distingirem tres tipus de mesures: mesures higiènic-sanitàries, control sanitari i educació per a la salut.

1. Les mesures higiènic-sanitàries són totes aquelles pràctiques higièniques i de salubritat encaminades a un funcionament saludable de la llar d'infants, eliminant en el possible els riscos de malaltia o accident. Són bàsicament mesures de prevenció anomenada PRIMÀRIA (és a dir, destinades a evitar l'aparició de problemes).

2. El control sanitari consisteix en l'obtenció d'informacions necessàries per al seguiment de la salut dels nens i dels treballadors de la llar, i que en cas d'anomalies pot donar pistes de cara al diagnòstic precoç. La seva funció és de prevenció anomenada SECUNDÀRIA (és a dir, evitar la progressió de problemes ja apareguts).

3. L'educació per a la salut suposa la inclusió de la salut com a objectiu dins la programació educativa d'aquesta etapa, i es realitza a través de les actituds i hàbits bàsics. Tot-

(*) Text editat en 1985 per la Direcció General de Promoció de la Salut del Dept. de Sanitat i S.S. de la Generalitat de Catalunya, destinat a tots els centres que acullen nens petits.

hom en fa, d'educació per a la salut, a la seva manera, però els centres professionalitzats com són les llars d'infants ho han de fer de manera conscient i intencionada, amb objectius explícits, concrets i avaluable.

CARACTERÍSTIQUES DEL NEN DE 0 A 3 ANYS

És l'edat en què les adquisicions evolutives són més ràpides i fonamentals. Destacarem tres factors:

1. *El creixement*: és molt intens, especialment el primer any de vida, i és degut a una gran incorporació cel·lular de nodrients procedents de la dieta. Resulten necessaris en una proporció més gran que a l'adult les proteïnes, el calci, el ferro, les vitamines i l'aigua.

2. *El desenvolupament immunitari*: el nadó té bastants anticossos ¹ de la mare que li han arribat per via placentària.²⁰ Leucòcits,¹⁵ anticossos i altres factors de protecció intestinal li arribaran també de la mare a través de l'aliment. Però aquests elements protectors «regalats» per la mare es van utilitzant els primers mesos de vida fins que desapareixen. Des d'aleshores l'arribada de successives onades d'antígens ² microbians produirà l'aprenentatge immunitari de les cèl·lules memòria ⁶ i el progressiu desenvolupament de la capacitat productiva d'anticossos i leucòcits específics. Però els primers contactes microbians (excepte els vacunals) junt amb aquest aprenentatge immunitari duen també aparellades les corresponents infeccions.

3. *El desenvolupament neural,¹⁷ psíquic i social*: és un procés configurat genèticament, que requereix la concurrència de dos elements externs per a la seva realització:

— L'aportació dietètica, que permetrà l'adequat creixement encefàlic i el procés de mielinització ¹⁶ (maduració), i

— La presència d'un ambient (físic i sobretot humà) acollidor, que aporti els suficients elements d'estímul (afectiu, sensorial, motriu, lingüístic...) perquè els estadis del desenvolupament psíquic i social es vagin realitzant amb plenitud. Aquest ambient estimulant afavorirà que el procés de dendritització ⁸ sigui suficientment ric i constitueixi una xarxa espessa d'interconnexions nervioses, entre les neurones.¹⁸

ELS PRINCIPALS PERILLS PER A LA SALUT DEL NEN DE 0 A 3 ANYS

A la triada clàssica constituïda pel risc nutricional, l'infecció i el congènit, podem afegir-n'hi altres dos: el risc d'accident i el risc psicosocial.

1. *Risc nutricional*: una alimentació inadequada pot provocar alteracions globals (desnutricions, deshidratacions, retards de creixement i obesitat) o bé alteracions parcials (raquitisme, anèmia, intoleràncies digestives...). La desnutrició perllongada pot ocasionar un dèficit del creixement ja irreversible que es traduirà en nanisme, així com dèficits immunitaris. La sobrecàrrega d'hidrats de carboni i greixos perllongada durant tot el primer any pot produir una obesitat, gairebé irreversible.

2. *Risc infecció*: el sistema immunitari, en vies de desenvolupament, és encara «inexpert» i incompetent davant moltes de les agressions microbianes i dona peu a repetides infeccions. Degut a això sovint els nens petits, tot i estant asimptomàtics, són contagiosos, ja que estan incubant una malaltia infecciosa. Els microbis que més correntment infecten els nens petits són els virus.

3. *Risc congènit*: les anomalies congènites es manifesten al llarg dels primers temps de vida i sovint a partir d'un començament difícil de percebre. Per la seva prevalença ²² convé citar els problemes neurològics, sensorials i ortopèdics. Als tres primers anys de vida la ma-



jor part d'ells ja s'haurà manifestat clarament. Però per a poder millorar l'evolució dels nens afectats cal la màxima precocitat possible en el diagnòstic per tal d'iniciar el tractament. El retard diagnòstic és aquí un factor que agreuja el pronòstic de l'anomalia.

Atès que en l'actualitat els risc nutricional i infeccions estan devallant, el risc congènit va augmentant proporcionalment en importància.

4. *Risc d'accident*: l'estat del desenvolupament motriu en aquestes edats, amb la hiperactivitat i la malaptesa característiques, juga un paper predisposant als accidents, junt a d'altres factors importants: el centre de gravetat del cos del nen és elevat pel predomini cefàlic, l'urbanisme i la construcció acostumen a estar pensats només per a l'adult, etc.

D'altra banda, l'aparició del sentit de perill es basa en l'aprenentatge experimental i en l'adquisició del coneixement causa-efecte. Ambdós factors van apareixent de forma paulatina des dels 2-3 anys. Per això en el nen petit la prevenció, es basa fonamentalment (quasi exclusivament) en la protecció, es a dir, l'eliminació de situacions de risc, més que no pas en l'educació, que aquí encara juga un paper molt secundari.

5. *Risc psicosocial*: en aquesta edat de quasi total dependència de l'adult, l'ambient familiar que acull el nen és el principal responsable de la seva cura i estímul. L'alimentació, la higiene, el vestit, l'ambientació física, el nen els rep pel mateix conducte d'on li vénen l'afectivitat, l'estimulació sensorial, motriu, lingüística, etc. El nen resulta així un reflex fidel de la qualitat de la família, de la seva riquesa o mancança, del grau d'estabilitat, conflictivitat, etc.

Ara i aquí el model familiar predominant és el nuclear (només pares i fills), que s'asenta exclusivament en dues persones adultes. Aquesta estructura familiar comporta una inestabilitat potencial elevada que s'agreuja quan s'hi sumen problemes de conjuntura social (crisi econòmica, crisi moral, crisi familiar...). Actualment assistim, per exemple, a un alarmant increment del nombre de nens abandonats, maltractats, neuròtics i desequilibrats.

ELS PERILLS PER A LA SALUT DEL NEN PETIT EN GRUP, A LA LLAR D'INFANTS

Vegem com el fet d'estar en grup modula els principals factors de risc:

1. *Risc nutricional*: acostuma a disminuir per dos mecanismes:

a) Quan a la llar d'infants la qualitat dietètica del menú i la conducta alimentària són correctes, són garantits com a mínim uns àpats correctes cada dia al nen. Això és important en casos de famílies caòtiques.

b) Els greus errors nutricionals i de conducta alimentària, manifestats per cada família en els seus comentaris quotidians a la llar d'infants, poden ser subsanats en part per aquesta a través d'una informació dietètica i d'una orientació educativa adequades a cada situació.

2. *Risc infeccions*: presenta un gran augment transitori, fins als dos anys d'edat, respecte als nens que estan a casa seva. Però aquest fet, degut a l'adaptació al nou ambient, crea un aprenentatge immunitari precoç i evita que després, en ingressar al parvulari, el nen torni a patir un període d'infeccions contínues, com passa als nens que no havien assistit a una llar. Sembla que no es tracti, doncs, d'un problema afegit, sinó d'un problema avançat.

Els augments comprovats apunten a les virosis mucoses²³ i a les parasitosis intestinals¹⁹ (especialment la Giardiasi o Lambliasi) com a situacions hiperendèmiques¹² típiques de la llar d'infants. D'altres agents poden causar brots epidèmics¹¹ esporàdics, però no situacions endèmiques,¹⁰ per exemple: certes bacteries (que provoquen infeccions intestinals, meningitis, etc.) o paràsits (polls).

L'augment del risc infeccions a la llar d'infants s'explica fonamentalment per l'augment d'exposició als agents microbians:



— Augment de la incidència ¹⁴ de portadors ²¹ en període d'incubació (transmissions indistinguishables).

— Augment del nombre de nens convivents, en estret contacte, és a dir, augment dels receptors del contagi.

— Certes situacions, que lamentablement encara subsisteixen, augmenten de forma anòmla el risc infecció a la llar d'infants: excessiu apilonament dels nens, higiene deficient, vacunacions incorrectes, acceptació indiscriminada dels nens amb malalties transmissibles...

El tres esglaons de la cadena epidemiològica ⁴ necessària perquè es produeixi una INFECCIÓ són:

— *La font d'infecció*: A la llar d'infants la constitueixen principalment els nens assistents durant la fase d'incubació (se suposa que els malalts ja no hi assisteixen). D'altres focus potencialment perillosos els constitueixen el personal del centre i els patis de terra, sorra o grava.

— *Els mecanismes de transmissió preferents* són:

a) La via fecal-oral: per exemple la mà d'un educador, contaminada en rentar un nen que ha defecat, transporta els microbis fecals a la boca d'un altre nen i li produeix una infecció intestinal.

b) La via aèria: a través de l'aire respirat, o bé a través de les gotetes expulsades en estornudar o en tossir, els microbis procedents de les vies respiratòries d'un nen infectat passen a les d'un altre. Això s'agreuja en locals no ventilats (sense renovació d'aire) i en casos d'apilonament dels nens.

c) El contacte directe: de pell lesionada a pell sana es transmeten totes les infeccions cutànies (forunculosi, impetigen, tines, pediculosi, sarna...).

d) En casos de mala pràctica higiènica s'hi afegiran el contagi pels objectes inerts (terra, joguines, i sobretot canviadors), insectes i aliments.

— *Les persones més susceptibles* de la llar acostumen a ser els nens fins a dos anys, per dues causes: la manca d'immunitat i l'excés de contacte. Determinades situacions patològiques redueixen la capacitat defensiva, per exemple: problemes digestius crònics (celiaquia, fibrosi quística del pàncreas), desnodriment, dèficits immunitaris localitzats o globals.

3. *Risc congènit*: el risc de retard diagnòstic d'una malformació congènita pot reduir-se quan el personal de la llar coneix bé els ritmes normals del desenvolupament del nen (motor, sensorial i mental) que són fàcilment comprovables dia rera dia mitjançant l'observació del grup. A més, també per als pares, l'evolució dels altres nens de la llar pot constituir una bona referència de normalitat que poden comparar amb l'evolució del seu fill, valorant-ne possibles diferències.

4. *Risc d'accident*: es reduirà en tant que els centres s'atenguin a la normativa corresponent establerta per la Generalitat a l'Ordre d'11 de maig de 1983 que regula les condicions de seguretat, de compliment obligat pels centres d'atenció assistencial per a infants fins a 6 anys (D.O.G. de 10 de juny del 1983). Així es limita als mínims inevitables l'exposició dels nens al risc. A més a més l'educador controla les possibles situacions de perill i aprofita les eventuals incidències per a responsabilitzar el nen davant del risc.

En cas de situacions il·legals d'excés de nens, o d'inadequació d'edificis per acumulació de perills, naturalment el risc d'accident augmentarà.

5. *Risc psico-social*: es redueix si s'acompleixen o s'aproximen als requisits establerts per la Generalitat a l'Ordre d'1 de juny, que regula els mòduls de personal i les titulacions exigibles a les llars d'infants (D.O.G. 10 de juny del 1983), grups reduïts de nens i educa-



dors correctament professionalitzats. En aquesta situació el grup de nens resulta estimulants i acollidor, és a dir, favorable a la maduració afectiva i cognitiva, i facilita l'inici de la socialització en la mesura que el desenvolupament psíquic del nen ho permet.

En situacions il·legals d'apilament de nens o bé de mal funcionament, el risc de privació psico-social no es reduirà, sinó que augmentarà perillosament i crearà quadres d'institucionalisme similars a l'hospitalisme.¹³ Aquesta problemàtica pot originar-se per la permanència d'excessives hores diàries a la llar d'infants, que conduirà a un cert estranyament dels vincles familiars.

En el cas, bastant freqüent, de famílies afectades per problemes que els dificulten l'educació dels fills (per exemple: horaris llargs de feina dels pares, persones sobreprotectores, perfeccionistes o bé que no toleren bé la relació perllongada amb els seus fills) la llar d'infants constitueix un recurs pal·liatiu que pot millorar la dinàmica familiar.

En situacions familiars de marginalitat la llar d'infants també resulta un recurs que pot ajudar al control i l'educació de la família en la cura i estímul dels fills.

LES MESURES SANITÀRIES QUE REQUEREIX EL BON FUNCIONAMENT D'UNA LLAR D'INFANTS

Atès que les mesures sanitàries són nombroses, primer les citem seguint una ordenació per objectius, és a dir, segons el risc contra el qual actuen, i a continuació les anirem exposant ordenades pel tipus de mesura (higiènic-sanitàries, control i educació).

Ordenació per objectius

1. *Contra el risc nutricional:*

- *Dietes adequades a les situacions més habituals*
- *Control del creixement*
- *Educació alimentària dels pares*

2. *Contra el risc infecció:*

- *Actuació sobre les fonts d'infecció:*
 - Control pediàtric inicial.*
 - Control d'entrada de nens amb malaltia transmissible*
- *Actuació sobre els mecanismes de transmissió*
 - Higiene en la manipulació d'aliments*
 - Neteja i desinfecció de locals, cuina, mobiliari i utillatge*
 - Mesures antivectorials*
 - Salubritat ambiental*
 - Higiene de l'aigua i residus*
 - Educació en la higiene*
- *Actuació sobre les persones susceptibles*
 - Control vacunal*

3. *Contra el risc congènit:*

- *Rubeolització del personal femení fèrtil*
- *Educació específica del personal en els patrons de desenvolupament normal i anomalies comunes.*
- *La integració escolar i social del nen disminuït*

4. *Contra el risc d'accident:*

- *Normativa específica per a Llars d'Infants*
- *Primeres cures adequades en les incidències habituals*



- Connexió amb un servei d'urgències
- Educació del risc i la protecció
- 5. *Contra el risc psico-social:*
 - Informació personal de cada nen
 - Col.laboració amb els pares
 - Control del desenvolupament
 - Control de les medicacions
 - Educació dels pares en aspectes del desenvolupament infantil i riscos quotidians per hàbits incorrectes.
- 6. *Educació per la salut*
 - Educació del nen en la joia, l'autonomia i la solidaritat
 - Educació en diversos àmbits referents a la salut

ORDENACIÓ PER MÈTODES:

A. Mesures higiènic-sanitàries

B. Mesures de control sanitari

C. Mesures d'educació per a la salut

A. Mesures higiènic-sanitàries

1. DIETES ADEQUADES A LES SITUACIONS MÉS HABITUALS

Per a garantir la correcció dietètica dels menús cal la seva supervisió i control per part de tècnics en alimentació infantil.

Convé disposar de quatre variants de menú:

a) *Dieta del primer any**: pel que fa a l'alimentació del primer semestre, és important que en aquest període el menú de la llar s'adapti en el possible a les indicacions del pediatre de cada infant. Així obtindrem una alimentació correcta i harmònica del nen, i la tranquil·litat de la família. Dels 6 al 12 mesos ja es podrà anar cap a la unificació dels menjars sense grans problemes. Remarquem tres punts:

— Malgrat la introducció paulatina dels aliments no lactis (l'anomenat beikost), sempre es mantindrà una quantitat diària elevada dels lactis, principal font de calci. S'aconsella aproximadament uns 500 cc. diaris de llet o derivats equivalents.

— Els aliments nous (pel contingut, la preparació o la consistència) s'aniran introduint en petites quantitats i com a proposta al costat de l'aliment ja habitual. En la mesura que siguin acceptats anirem augmentant la quantitat i substituint i afegint-los als aliments anteriors. Per a la percepció dels diferents gustos s'aconsella que els diversos aliments no es barregin sempre en forma de «batuts de tot».

— La quantitat d'olis i d'espècies savoritzants (sal, sucre, etc.) serà la mínima possible.

* Mentre els permisos laborals per maternitat no es perllonguin adequadament, i atès que l'alletament matern és l'alimentació prioritària els primers mesos de vida, la llar ajudarà les mares en els seus esforços per compatibilitzar la seva feina, l'estada del nen a la llar d'infants i el seu alletament natural.



b) *Dieta dels anys restants*: serà una dieta estàndard, similar en proporcions a l'adult i es respectaran fins als 18-24 mesos dues peculiaritats: normalització progressiva de la consistència i reducció relativa de greixos. S'aconsella una programació quinzenal del menú, i que tothora sigui conegut pels pares.

c) *Dieta astringent*: donat que la diarrea és un problema freqüent a la llar d'infants, es disposarà de dos tipus de dietes astringents:

— La dieta compactant, o astringent estricta, per al nen que comença una diarrea: és la composta només per aigua, arròs, pastanaga, plàtan madur, poma i llimona (sense sucre). És l'adequada fins que millorin les deposicions.

— La dieta de transició: fins que es normalitzin les deposicions s'afegirà als aliments esmentats: iogurt, i carn o peix, cuinats sense oli (a la planxa o bullits) i pernil dolç.

(En el lactant s'administrarà inicialment aigua d'arròs o de pastanaga o bé la fórmula de l'OMS*. La dieta ens l'haurà d'indicar el seu pediatre).

d) *Dieta sense lactosa*: cal només quan la recomani el pediatre, generalment en casos de diarrea perllongada, o bé en intolerància específica.

Aquesta dieta exclou tots els aliments naturals procedents de la llet i els elaborats o conservats que contingui llet o lactosa.

2. HIGIENE EN LA MANIPULACIÓ D'ALIMENTS

A la llar d'infants tant el personal de cuina com els educadors manipulen els aliments, però les observacions que segueixen afecten fonamentalment el personal de cuina.

a) *Higiene del manipulador d'aliments*: d'ella depèn en bona part la prevenció d'infeccions intestinals massives vehiculades pels aliments. Comprèn diverses mesures:

- El cabell es durà recollit i cobert
- La roba usada a la cuina ha de ser d'ús exclusiu per al treball.
- Les ungles es duran tallades arran i acuradament netes.
- Abans de manipular aliments es rentaran mans i canells amb detergent antisèptic, i les ungles es fregaran amb el raspallet corresponent.
- S'evitarà parlar, estornudar o tossir amb la cara enfocada cap als aliments.
- Amb la periodicitat que estableixi l'Administració Sanitària de la Generalitat es passaran els exàmens mèdics específics per a manipuladors d'aliments.

a) *Higiene en la manipulació d'aliments*: inclou mesures destinades a evitar problemes dietètics i infecciosos. En citarem algunes de caràcter general:

- Els aliments llestos per menjar sempre estaran ben separats dels que estan en preparació.
- Cada dia es llençaran les restes d'aliments no consumits i només es guardarà al frigorífic una petita mostra de cada plat durant 24 hores i s'eliminarà a continuació. D'aquesta manera, en cas de brot diarreic o d'intoxicació massiva, es podrà realitzar l'anàlisi d'aliments.
- Els aliments congelats mai no es recongelaran i la cadena del fred⁵ mai no podrà ser interrompuda des de l'origen fins al consum. El manteniment dels congelats es farà a una temperatura de -18.° C (entre -18° i -24° C, mai menys freda).
- Mai no es pot refregir olis, ni aprofitar-ne restes per seguir fregint.
- La carn s'ha de ben coure, i en canvi la verdura no excessivament.
- L'oli, la sal i el sucre s'utilitzaran amb gran moderació.

* Aquesta fórmula es pot fer preparar en una farmàcia i és composta per: clorur sòdic: 3,5 gr.; bicarbonat sòdic 2,5 gr.; clorur potàsic: 1,5 gr. sacarosa: 4 gr. (o glucosa 20 gr.); aigua: 1 litre.



3. HIGIENE DE L'AIGUA I RESIDUS

S'atendrà a la normativa establerta a l'Ordre d'11 de maig del 1983, que regula les condicions higiènic-sanitàries (D.O.G. del 10 de juny del 1983).

4. NETEJA I DESINFECCIÓ DE LOCALS, CUINA, MOBILIARI I UTILLATGE

És molt important la neteja de l'utilatge perquè els nens sovint el manipulen amb les mans brutes i se'l posen a la boca. Aconsellem les següents pautes d'actuació sistemàtica:

- Mobiliari, utilatge d'ús no oral i roba: neteja setmanal amb detergents adequats.
- Locals (a més del terra, les parets de les sales amb nens de menys de dos anys), cuina i patis: neteja diària amb desinfectants domèstics habituals (tipus lleixiu o similars).
- Sorrells i utilatge d'ús oral (estris de menjar i joguines petites): també rentat diari però amb desinfectants neutres, per tal d'evitar la possibilitat d'irritacions cutànies i mucoses.
- Utilatge amb contacte fecal (canviadors, manyoples): Desinfecció (amb un sabó antisèptic) després de cada contacte fecal. Per a rentar els nens quan han defecat s'aconseylla enfundar la mà en guants de plàstic d'ús únic, o com a mínim, rentar-se les mans i respatllar-se les ungles amb un sabó antisèptic després de netejar cada nen.
- Orinals i WC: rentat després de cada ús

5. MESURES ANTIVECTORIALS

Les mesures de *desratització* inclouen:

- L'ús de raticides; s'han de seguir les indicacions de l'autoritat sanitària local.
- L'eliminació de les possibles vies d'accés (escletxes, túnels, etc.)
- L'aïllament dels aliments del rebost, preferiblement mitjançant l'envasat. Evidentment, cal mantenir sempre el rebost amb la porta tancada.
- L'eliminació diària de tots els residus alimentaris i altres escombraries.

Les mesures de *desinsectació* són d'aplicació preferent a la cuina, rebost, menjador i sales de lactants, i passen bàsicament per l'ús d'insecticides i l'absència de restes alimentàries o fecals exposades.

6. MESURES DE SALUBRITAT AMBIENTAL

A més dels aspectes que s'indiquen a l'Ordre d'11 de maig del 1983, que regula les condicions higiènic-sanitàries i de seguretat (D.O.G. de 10 de juny del 1983), cal saber que:

Per tal de garantir una correcta renovació de l'aire a les sales de joc s'utilitzaran mecanismes de *ventilació* permanent regulable, procurant evitar en tot cas l'aparició de corrents d'aire.

Les *olors* fecals procedents dels WC i de les sales de nens encara sense control esfinterià, així com també les olors procedents de la cuina, seran eliminades a través de sistemes d'extracció eficaços.

L'ús de *tabac* queda totalment proscriu a tot el recinte de la llar amb dos objectius: evitar la contaminació pel fum (fumadors passius) i evitar en el possible l'adquisició pel nen de patrons de conducta toxicomana.



La temperatura ideal a les sales és entre els 17 i el 20.° C i la humitat relativa del 40 a 70 %. En tot cas, a les oscil·lacions tèrmiques moderades és bo que el nen s'hi adapti mitjançant la variació en la roba d'abric, i en moltes ocasions la presència d'aire condicionat no serà pas la solució més correcta.

Per a augmentar la humitat ambiental és suficient la presència d'alguns recipients amb aigua.

Es procurarà que la zona millor asolellada de la llar es destini als nens lactants, o bé als més petits. Els patis disposaran de zones asolellades i ombrejades, tant a l'hivern com a l'estiu.

7. MESURES DE SEGURETAT CONTRA INCENDI I ACCIDENT

Estan contingudes a l'Ordre d'11 de maig del 1983, que regula les mesures higiènico-sanitàries i de seguretat (D.O.G. de 10 de juny del 1983).

8. RUBEOLITZACIÓ DEL PERSONAL FEMENÍ

El personal que treballa quotidianament amb grups de nens de meys de 6 anys constitueix el grup de màxima exposició al virus rubèolic que pot produir l'embriopatia rubèolica ⁹ en cas d'infecció materna durant el primer trimestre de l'embaràs. Es considera que entre un 1 i un 5 % de la població adulta no està immunitzada.

S'aconsella la vacunació antirubèolica sistemàtica de tot el personal femení fèrtil, a ser possible ja abans de començar a treballar a la llar d'infants, independentment que hagi passat o no la rubèola, vist que el diagnòstic de la rubèola, com el d'altres virosis, està sotmès a un marge d'error no gens despreciable.

Així està contemplat a l'Ordre de 29 de juny de 1981, d'aprovació del Subprograma de Vacunació Antirubèolica (D.O.G. de 8 de juliol de 1981).

És necessari que al moment de la vacunació es tingui l'absoluta seguretat de no estar embarassada, i prendre la responsabilitat de no quedar-ne durant els següents tres mesos. De no guardar aquestes mesures hi ha el risc hipotètic que sigui el propi virus vacunal el que produeixi l'embriopatia que es pretén evitar.

En casos de dèficit immunitari important, que no aconselli l'administració de la vacuna, tampoc no serà recomanable que la persona afectada treballi amb nens petits.

9. ATENCIÓ ADEQUADA DELS ACCIDENTS MÉS CORRENTS A LA LLAR D'INFANTS

És important que el personal que atén nens petits conegui bé els principis bàsics de l'atenció inicial en cas de malaltia o accident.

Citarem algunes de les situacions més corrents i l'actuació bàsica en cada cas.

a. Síntomes més freqüents

— *Rinorrea o secreció nasal*: eixugat i instil·lació amb sèrum fisiològic.

— *Otorrea o secreció òtica*: eixugat i mai aplicar-hi de gotes òtiques abans que no ho vegi un metge.



— *Diarrea*: dieta astringent des de l'aparició de la primera deposició anormal.

— *Febre*: alleugerir la roba d'abric i, sempre prèvia consulta als pares, els quals s'haurà d'avisar perquè el portin al metge, administració d'antitèrmic quan la temperatura superi els 38,5° C rectal o els 38° C axil·lar. Aïllar-lo el màxim possible de la resta de nens, sense privar-lo del contacte amb l'adult.

— *Pèrdues de coneixement*: Si no hi ha cap antecedent d'epilèpsia o de problema greu, pensarem en la possibilitat d'un mareig passatger (per exemple: per dejuni perllongat), estirarem el nen de costat amb el cap mirant a terra. Si després d'uns moments no torna en si, el durem a un metge.

— *Pèrdua del plor*: Malgrat resultar alarmant, convé no alarmar-se, ja que no és gens greu. L'actuació aconsellable és no tocar-lo i deixar-lo estar sol fins que es recuperi. Després, sense amanyagar-lo, seguir l'activitat normal com si res no hagués passat.

— *Epistaxi* (hemorràgia nasal): Prémer el nas fent pinça durant breus minuts. Si no cedeix l'hemorràgia caldrà posar-hi un tap amb gasa impregnada d'aigua oxigenada. I si així tampoc no passa després d'uns minuts, el durem al metge.

— *Convulsió*: (atac amb pèrdua de coneixement):

1. Traurem el nen de la classe.
2. L'estirarem sobre una superfície tova (per exemple: un matalasset), ajagut de costat i amb el cap mirant a terra.
3. Li posarem un mocador tibant entre les dents (per tal d'evitar que es mossegui la llengua).
4. Li administrarem per via rectal un enema d'hidrat de cloral.
5. Metrestant prepararem el trasllat urgent, encara que la convulsió cedeixi.

IMPORTANT: En qualsevol altra situació ens abstindrem d'administrar cap tipus de medicament que no hagi estat receptat pel metge o ordenat per la família. Si creiem que hi ha perill, avisarem la família, per dur-lo al metge.

b) *Accidents més freqüents*

— *Ferida petita*: rentar amb aigua i sabó (o sabó antisèptic), tapar-la fins a parar l'hemorràgia, i en el cas que el tall sigui superficial, net i de menys de dos centímetres de llarg, aplicar-hi la solució antisèptica habitual (mercurocrom o solucions iodades, per exemple), i ponts d'esparadrap (tipus Steri Strip) tancant la ferida; si és de més de dos centímetres, profunda o bruta, cal consultar el servei d'urgència.

— *Ingesta de càustic*: (lleixiu, sulfumant, zotal): mai no fer vomitar. Anar al servei d'urgència.

— *Ingesta de tòxic no càustic* (medicaments, detergent): provocar el vòmit amb la ingestió immediata d'una cullerada sopera de xarop d'ipeacuana (l'efecte tarda uns minuts). Després anar al servei d'urgència amb l'envàs que contingui els residus del tòxic.

— *Picades*: quan aparegui un gra, que ens sembli degut a una picada d'insecte, només hi aplicarem aigua freda si el nen se'n queixa. Si no: res. Si s'adverteix fibló, s'intentarà treure. Quan sospitem algun tipus de complicació avisarem la família per a dur-lo al metge, i mai no hi aplicarem pomades.

— *Cops al cap*: Si no presenta:

- Alteració sobtada del caràcter o de la marxa
- pèrdua del coneixement
- vòmits
- hemorràgia a l'orella
- les ninetes dels ulls de mida diferent

no farem res d'especial, llevat d'observar l'evolució.



Si apareix algun d'aquests problemes esmentats, mantindrem el nen estirat de costat amb el cap mirant a terra i mentrestant avisarem a la família per dur-lo al metge.

— *Ennuegament per objectes estranys* (petits objectes introduïts a la faringe). Penjarem el nen cap per avall (en posició salomònica, agafat pels peus) i li donarem cops al pit fins que expulsi l'objecte. Si no millora immediatament el durem al servei d'urgència d'un hospital i després n'informarem els pares.

— *Cossos estranys* (sense ofec, per exemple: petits objectes introduïts al nas, orelles, ulls...). No burxarem per treure'l, ja que de vegades encara penetra més. Si no surt per ell sol amb facilitat, avisarem la família per a dur-lo al metge.

10. CONNEXIÓ AMB UN SERVEI D'URGÈNCIES

És important que la llar d'infants tingui prevista la connexió amb un servei d'urgències proper per a quan calgui, malgrat que en la majoria de casos el grau d'imminència ens permeti esperar l'arribada dels pares.

11. CRITERIS DE LIMITACIÓ D'ENTRADA PER ALS NENS AFECTATS DE MALALTIA TRANSMISSIBLE

Per disminuir raonablement el risc de contagi la llar d'infants haurà d'exigir als pares l'observància de les següents normes d'actuació:

1. No acceptar l'entrada de cap nen quan presenti:

- Brutícia o manifesta manca d'higiene
- Febre (temperatura superior a 37,5° C rectal)
- Diarrea líquida o amb sang
- Estomatitis (infeccions o nafres disseminades a la boca)
- Erupcions i altres alteracions de la pell (excepte si duen l'informe del pediatre amb el diagnòstic i indicant que no són contagioses)
- Conjuntivitis purulenta (lleganyes amb pus groc) sense tractament
- Muguet (mal blanc) sense tractament
- Parasitosis intestinals (cucs, làmblies) sense tractament.

2. Els períodes mínims de baixa en cas de les següents malalties seran:

- Escarlatina: 7 dies des de l'inici de la medicació
- Parotiditis (galteres): fins a la curació (mínim 9 dies)
- Hepatitis: fins a la normalització de les anàlisis
- Pediculosi (polls): fins a la desaparició total de l'insecte i de les llémenes
- Poliomièlitis: 30 dies (els germans 15)
- Rubèola: 4 dies des de l'inici de l'erupció
- Tos ferina: 8 dies des de l'inici de la medicació
- Tuberculosi: fins que es disposi d'un informe pediàtric d'innocuitat
- Varicel·la: fins a l'asseccament total de les lesions
- Xarampió: 7 dies des de l'inici de l'erupció

3. Davant la persistència perllongada de símptomes no esmentats abans, la llar d'infants, podrà exigir, previ acord amb el pediatre que els assessora, que la família lliuri al

centre un informe del pediatre que porta el nen on constin l'orientació diagnòstica i la garantia de no contagiositat. En cas contrari, impedir l'entrada del nen a la llar.

Aquests criteris pretenen la minimització dels problemes que la malaltia infecciosa pot ocasionar al nen i a la família.

Però l'hàbit històric fa que la llar d'infants sigui viscuda com una simple ajuda als pares, com una simple capsa receptora on infal·liblement es guardarà el nen a l'hora que ells van a treballar. Quan el nen, pel seu propi bé i pel dels altres, no pot anar a la llar, el fet és viscut com una contrarietat i de vegades s'expressa en forma de conflicte pares contra llar i s'obvia la situació real del nen, origen del conflicte. Per tal de disminuir al mínim aquests conflictes, és aconsellable que aquests criteris de limitació esmentats siguin coneguts pels pares quan van a inscriure el seu fill a la llar d'infants, i pensin en les situacions de suplència que caldrà preveure en període de malaltia (avis, cangurs, etc.) freqüents sobretot al primer any d'assistència al centre.

12. COL.LABORACIÓ AMB PARES

A part de constituir un axioma pedagògic, la col.laboració amb els pares és una necessitat sanitària per tal de prevenir distorsions ambientals que condueixen a desequilibris dietètics o psíquics.

El contacte diari amb els pares permet conèixer el nivell de cura que tenen amb el nen. Així poden detectar-se les situacions familiars que condueixen a l'abandonament o als maltractes, i, en contacte amb els serveis socials disponibles, tractar de prevenir-ho.

En situacions familiars conflictives la llar d'infants pot resultar un punt de referència i suport afectiu, tant per al nen com per als pares, i resultar així una relació de valor terapèutic.

B. Mesures de control sanitari

1. CONTROL PEDIÀTRIC INICIAL

És imprescindible que almenys al moment d'ingressar un nen a la llar tingui un control pediàtric correcte, és a dir, que abasti els següents aspectes:

- Creixement (indicador del risc nutricional i congènit).
- Desenvolupament (risc psicosocial i congènit).
- Malalties infecto-contagioses i estat de vacunació (risc infecció). Segons la normativa vigent és obligatori presentar un certificat mèdic oficial en el qual consti que el nen no pateix cap malaltia infecto-contagiosa, i el seu estat vacunal. (Ordre d'11 de maig del 1983. D.O.G. de 10 de juny del 1983).

Actualment la cobertura pediàtrica de la població és gairebé total. Aquest control pot ser dut a terme pel pediatre que porta el nen, o bé pel pediatre propi de la llar d'infants. En tot cas el resultat de l'examen constarà per escrit al centre.

2. INFORMACIÓ PERSONAL INICIAL

Per a conèixer la realitat del nen quan ingressa a la llar és important obtenir una informació completa a través dels pares. En aquesta informació hi ha uns components d'importància sanitària. Vegem-ho:



- Antecedents familiars (estructura, funcionament, patologia, habitatge).
- Antecedents personals fisiològics (embaràs, part, nadó, alimentació, creixement, desenvolupament, vacunes, hàbits).
- Antecedents personals patològics (malalties, accidents i medicacions).

És recomanable que tota la informació recollida de cada nen consti en un document personal, on també consti el posterior seguiment evolutiu durant la seva estada a la llar d'infants.

3. CONTROL DEL CREIXEMENT

En alguns sectors del nostre país no hi ha el costum de dur el nen al pediatre per als controls periòdics de seguiment. El pediatre assistencial, doncs, es veurà refermat en la seva tasca si també des de les llars d'infants es demana als pares de forma sistemàtica cada semestre (als lactants cada trimestre) el pes, la talla i el perímetre cefàlic del nen.

En traslladar aquestes dades a les gràfiques corresponents la línia de creixement ens indicarà si l'evolució és correcta (paral·lela a les corbes, o convergent cap a la mitjana) o incorrecta (divergent).

Aquesta recomanació sistemàtica per a tots els nens de la llar esdevé una necessitat en aquells nens sospitosos de carència alimentària o d'anomalies del creixement.

4. CONTROL I DESENVOLUPAMENT

No es tracta, com en el cas anterior, d'un control quantitatiu sinó qualitatiu, on els aspectes a observar són múltiples. Convé que el model d'observació del desenvolupament usat per la llar d'infants estigui escrit i consti d'elements concrets i comprovables. Inclourà les franques de normalitat amb les corresponents zones límit o d'alarma. S'ha de tenir en compte que els anomenats signes d'alarma evolutiva no poden basar-se en medicions úniques aïllades o momentànies, sinó que únicament són valorables en el seu conjunt i si són observats de forma seqüencial, ja que aleshores indicaran una tendència evolutiva, correcta o anòmla.

El control inclourà els patrons psicoafectiu, psicomotor, cognitiu, sensorial i lingüístic, i aquells altres que considerin oportuns els corresponents tècnics d'assessorament psicopedagògic.

En casos de dubte o d'anormalitat evident és important que la llar comenti amb la família la necessitat d'un diagnòstic precoç. En el cas que la família no col·laborés entrarien en marxa, de forma substitutòria, els tècnics assessors del centre: el pediatre i l'assessor psicopedagògic.

Aquests mateixos tècnics assessors orientaran el treball de la llar en aquells casos de nens disminuïts ja diagnosticats i l'assistència dels quals pot resultar molt positiva de cara a la rehabilitació i integració social, tant del nen com de la família.

Creiem important advertir que el procés d'integració de nens amb problemes requereix un treball addicional a la llar d'infants, i un suport tècnic, i mai no s'haurà de confondre amb un desenteniment dels problemes específics del nen: l'alternativa a l'educació especialitzada (que té el perill de segregar els nens pel seu problema), és la integració educativa (però aquesta té el perill d'abandonar els nens amb els seus problemes si no es disposa del suport tècnic que la llar d'infants necessita per a aquesta funció).



5. CONTROL VACUNAL

Només es recomanen per a ús massiu les següents vacunes i dosis:

- DTP. Polio: als 3 mesos
 als 5 mesos
 als 7 mesos
- Triple vírica: als 12 mesos
- DTP. Polio: als 18 mesos

Tal com hem assenyalat anteriorment existeix una normativa (Ordre d'11 de maig del 1983. D.O.G. de 10 de juny del 1983) que especifica: «és necessari per a ingressar a la llar presentar un certificat mèdic oficial del pediatre que el visita habitualment (...) anotant les vacunacions administrades, tot especificant les dates i el nombre de dosis. En el cas que el nen hagi estat vacunat en un Servei Oficial de Vacunacions, els pares podran acreditar l'estat vacunal del nen amb la documentació pertinent (carnet de salut infantil i carnet de vacunacions)».

La Direcció del centre anotarà a la fitxa de registre de vacunacions les dades corresponents a l'estat vacunal de l'infant que ingressa per primera vegada. En el cas que s'observés alguna deficiència, es donarà a conèixer als pares, tot insistint en la necessitat i conveniència d'efectuar la immunització completa per tal de protegir la salut individual i col·lectiva. D'acord amb l'Ordre de 29 de juny del 1981, publicada al D.O.G. de 8 de juliol del 1981, els registres dels centres seran supervisats periòdicament pel Cap Local de Sanitat».

De cara a un correcte acompliment per les famílies del calendari vacunal aconsellem que els educadors recordin als pares, amb pocs dies d'antelació, la data corresponent a les successives dosis.

6. CONTROL DE LES MEDICACIONS

Si alguna vegada fos necessari que el nen, tot i anant a la llar, necessités medicació, els pares hauran de lliurar la recepta del pediatre detallant producte, dosi, horari i calendari, i en el cas que això no fos possible hauran d'omplir un paper ordenant l'administració del medicament, sota la seva absoluta responsabilitat, indicant també clarament el nom del producte, dosi, horari, calendari, pediatre que l'ha receptat i diagnòstic.

L'objectiu d'aquest control és la reducció de les automedicacions, que al nostre país afecten especialment la infància, i sobretot en capes de població de nivell cultural precari.

7. REVISIONS MÈDIQUES PERIÒDIQUES DEL PERSONAL

Poden ser aconsellades, a criteri de l'assessor sanitari del centre i tenen per objectiu la detecció precoç d'anomalies funcionals o desviacions, encara no manifestes, tant les de tipus genèric (antropometria [3], tensió arterial, cribratge [7] bàsic de sang i orina) com les que específicament puguin afectar el treball amb nens (visió, audició, funció respiratòria, tuberculina).

El personal de cuina, pel risc infecció que pot comportar al grup la seva infecció inaparent, necessita revisions específiques que l'Administració determina.



C. Mesures d'educació per a la salut

En aquesta edat es van realitzant els aprenentatges bàsics, inclosos naturalment els de salut i respecte per a un mateix i els altres. Citarem a continuació uns objectius a aconseguir. Lògicament s'assoliran de forma incipient, i s'aniran completant en edats posteriors (parvulari i escola). Però malgrat no evidenciar-se de forma conclusa les adquisicions en aquesta edat és transcendent que al nen se li vagi introduint ja unes bases de vida, prèviament plantejades per la llar en la seva programació. En aquesta programació hi haurà de col·laborar de manera destacada el pediatre assessor del centre.

La col·laboració amb els pares serà imprescindible per tal de no malversar esforços i anar-los dirigint en un sentit similar o harmònic. En moltes ocasions s'haurà d'educar prèviament els pares, que són els principals responsables, educadors i seguidors dels seus fills al llarg dels anys.

En la relació amb el pediatre caldrà oferir la imatge d'una persona que ajuda a la cura, malgrat que de vegades pugui molestar, i no la tradicional imatge terrorífica del metge que punxa i mortifica com a càstig, que pot ocasionar en el nen un sentit d'angoixa i de culpa quan emmalalteix.

1. EDUCACIÓ D'UNA ACTITUD PERSONAL SANA

És important que la llar promogui en el nen una actitud personal sana, és a dir, de joia, solidaritat i autonomia.

La joia es fonamenta en una educació que utilitza com a principal eina la motivació positiva i no pas la repressió. L'activitat espontània del nen, convenientment matisada i incentivada per la resposta de l'adult, es converteix en experiència i observació, els dos grans eixos per al descobriment joios del propi món.

La solidaritat es desperta amb la creació de vincles relacionals amb els altres nens i amb els adults. Després d'una etapa en què les relacions del nen són bàsicament objectals i de vegades conflictives, paulatinament va aprenent a tolerar i col·laborar amb els altres i els seus objectes, enriquint així la pròpia experiència. El nen anirà aprenent que la relació amb els altres és positiva.

L'autonomia s'afavoreix respectant al màxim la iniciativa i la capacitat pròpia del nen, que sovint supera les expectatives que en té l'adult. Però alhora cal acceptar també sense reserves l'immens grau de dependència en aquesta edat. Quan el nen, per exemple, se sent accidentat o malalt, augmenta la seva sensació d'inseguretat i dependència i tendeix a dramatitzar la situació. L'adult acceptarà la dependència, però tendint a desdramatitzar i desangoixar, traspasant seguretat al nen i fomentant-li la capacitat de superació i d'autoajuda.

2. EDUCACIÓ EN DIVERSOS ÀMBITS REFERENTS A LA SALUT

Seguint la distribució d'àmbits proposada per la Generalitat per a l'educació sanitària de pre-escolar i E.G.B, citarem unes orientacions i objectius bàsics per al nen entre 0 i 3 anys i la seva família. En la concreció de les possibles activitats i recursos encaminats a aquests objectius, hi hauran de col·laborar de manera destacada els assessors pedagògics dels centres, que disposaran de preparació específica per al treball amb nens d'aquesta edat.



1. Alimentació

— L'hora de menjar serà una estona agradable en què el nen juga amb l'aliment que li porten per tal de conèixer-lo i menjar-se'l, tant com en tingui gana. En alguna ocasió potser se'ls haurà d'insistir, però mai cridar-los, ni obligar-los, ni molt menys violentar-los o provar amb menjars alternatius.

— Menjaran en grups reduïts per tal de mantenir una relació agradable.

— A l'hora de menjar els agrada sentir-se acompanyats pels adults, però volen que els deixin menjar amb les seves pròpies mans, amb la cullera i, de més grans, amb la forquilla i, per fi, el ganivet.

— Sempre tenen gana a les mateixes hores, i no els agrada esperar. Així es va creant un marc horari que serveix d'aprenentatge de la seqüència del temps.

— Els agrada menjar de tots els aliments, encara que al començament els costi una miqueta acostumar-se als que no coneixen.

— S'acostumarà a menjar sense gaires condiments (oli, sal, sucre).

— Una vegada el menjar estigui davant, no haurà de tenir-lo molta estona, només la necessària per a jugar una miqueta i menjar-se'l.

— Abans de menjar es renta les mans, es posa el pitet, s'asseu a la seva cadira i menja. Després, al lavabo, es renta la boca, les mans i es treu el pitet i se'n va a dormir o a jugar. Aquest ordre i aquesta neteja l'ajudaran a menjar a gust. De més gran ajudarà a portar el menjar i a parar i desparar la taula.

— Coneixerà els aliments que hi ha al rebost de casa i al frigorífic. Quan anem a comprar-los els veu al mercat i es fixa que estan distribuïts per grups entre diverses botigues.

— Aprenderà a mastegar adequadament segons la consistència natural de cada aliment, de manera paulatina a partir de la dentició.

— Les llepolies se li donaran en ocasions excepcionals (festes, reunions familiars, etc.) i no es constituïran mai en aliment habitual, ni en alternativa als que en algun moment pugui rebutjar.

2. Activitat i repòs

— Es consolidaran els hàbits horaris de repòs i s'intentarà respectar-los al màxim.

— Els canvis d'activitat a repòs i viceversa es procurarà que siguin graduals i no sobtats. Abans de dormir, per exemple, hi haurà una estona de silenci i de calma.

— El repòs i la son no s'associaran a separació, foscor i aïllament, sinó a relax, lletitud, penombra i benestar. No s'obligarà a dormir, sinó que s'induirà.

— L'activitat motriu es fomentarà a través de la utilització d'espais, materials i situacions que siguin adequats a cada estadi del desenvolupament i estimuladors de les properes adquisicions immediates.

— El primer objectiu de l'activitat és el propi cos, després l'espai proper i els materials manipulables, i després joguines grans i jocs d'aire lliure.

3. Higiene i neteja personal

— La neteja, l'ordre, la cura i la serenitat observades pel nen a l'exterior, el seu entorn físic i humà, són importants punts de referència de cara a l'elaboració d'una actitud envers



ell mateix de neteja, higiene, cura i ordre tant corporal com mental. En aquest sentit constitueixen un objectiu d'educació per a la salut.

— El bany (i quan són més grans la dutxa) és una activitat diària que, a més del seu evident objectiu higiènic, constitueix un joc agradable amb l'aigua calenta *, que relaxa, prepara per al repòs, i permet un resseguiment de totes les parts del cos (mullant, ensabonant, esbandint, eixugant, parlant, jugant-hi) treballant-se l'esquena corporal.

— La roba d'abric serà, en tot cas, la justa i suficient perquè el nen no pateixi fred ni calor. El principal mecanisme termoregulator és el sistema nerviós vegetatiu. La roba i els altres sistemes artificials de control tèrmic són útils com a factors secundaris de suport, però el seu excés continuat pot impedir el desitjable funcionament vegetatiu, restant-li vigor i eficàcia adaptativa.

— La roba s'ajustarà al cos sense estrènyer-lo ni limitar el seu moviment.

— La roba la mantindrem tan neta com la pell amb la que contacta.

— El rentat de mans s'arribarà a fer de forma completa (ensabonat, esbandit i exugat) i autònoma. Sistemàticament es farà abans i després de menjar, després d'evacuar i quan s'embrutin.

— Les ungles es mantindran arran. Per tallar-les disposarem de la seva col·laboració, fent-ho sense pressa ni tensions. A la mà, amb vora arrodonida, al peu, amb vora recta.

— El cabell el durà net, com la resta del cos. I en la mesura que es faci gran quan es renti es pentinarà amb la seva pròpia pinta.

— En acabar els menjars s'habituarà a fregar-se una estoneta les dents amb el seu propi raspallet mullat amb aigua i a glopejar. En absència de raspallet, si més no, farà els glopeigs.

— En estornudar o tossir s'habituarà a tapar la boca amb el dors de la mà.

Sexualitat

— Es respectarà el coneixement del seu cos, sense ocultacions ni referències morboses als genitals. En sabrà el nom real de cada part, igual com el de les altres parts del cos.

— Quan demostrï curiositat pel fet d'haver-hi dos sexes, ni s'ocultarà el fet, ni se sobreixirà obsessivament amb informacions o referències. Es constatarà que igual com té pare i mare hi ha els dos sexes en moltes espècies conegudes per ell.

— No es reprimiran les manipulacions genitals lúdiques ocasionals i esporàdiques. En el cas que siguin repetides, orgàsmiques o ritualitzades s'ajudarà el nen a trobar altres possibles activitats satisfactòries i que el relacionin amb l'ambient.

5. Desenvolupament físic

— L'educador afavorirà que el nen s'adoni que creix.

— El nen comprovarà que la talla dels seus vestits i calçats s'ha anat fent cada vegada més gran. Els pares encara els tenen més grans.

— La correcta integració de nens disminuïts a la llar els pot iniciar (tant a ells com als seus companys) en el coneixement del context social o real on viuran sempre; tots ells

* Atenció al perill de cremades (Ordre d'11 de maig que regula les condicions de seguretat. D.O.G. de 10 de juny del 1983).



aprendran amb normalitat que hi ha nens una mica diferents, però alhora iguals, que també mengen, dormen, juguen, es mouen i tenen pares com ells mateixos.

6. Salut mental

— El nen apreciarà sempre totes les parts del cos i les habilitats que hi va adquirint. Aquesta estimació la va aprenent en la mesura que l'ambient li resulti estimulant i gratificador de les seves habilitats.

— L'aprenentatge o l'adquisició funcional de noves habilitats i coneixements estarà sempre encaminat a fomentar el desenvolupament o adquisició d'una estructura, corporal i mental, amb progressiva complexitat i eficàcia resolutiva i creadora. L'ambient proposarà possibilitats perquè el nen, realitzant-les, les incorpori i enriqueixi el seu propi cabal.

7. Seguretat i primeres cures

— La seguretat consisteix en l'eliminació dels factors de risc coneguts. No descansa per tant en l'atzar, sinó en una infraestructura correcta de locals, utilatge i funcionament del grup. La llar educarà els pares en la recerca dels factors de risc a casa seva.

— En cas d'accident banal es treballaran dues coses: la desdramatització de la situació, acceptant els plors, però traient-li importància tot jugant a «curar» l'accidentat i posteriorment recercar amb el grup els possibles agents de risc, per tal que els vagin coneixent i vagin adoptant una actitud protectora cada vegada més autònoma.

8. Medi ambient (l'entorn immediat)

— El medi ambient que coneix i comprèn el nen és el seu entorn immediat: la seva habitació, casa seva, la llar, el barri o el poble on viu. El nen col.laborarà en el seu manteniment: anirà aprenent l'ordenació de les joguines després de jugar, col.laborarà en el cicle de la roba (dipòsit, rentat, eixugat, planxat, ordenat i recanvi).

— Apreciarà tots els sers vius i col.laborarà en el seu manteniment. Per exemple, en el cas de plantes, flors i animals (dels quals coneixerà els riscos de mossegada, gratada, embrutat per femta, etc.).

9. Drogues

— El nen no patirà com a fumador passiu donat que a l'aire on ell visqui no s'hi fumarà, o es ventilarà abans que ell hi vagi, tant a casa com a la llar d'infants.

— El nen aprendrà uns patrons de conducta adulta lliures al màxim possible de drogaddiccions. Ni tabac, ni alcohol, ni cafè, ni coles, ni llepolies, ni altres drogues «noves» seran observats al seu entorn immediat com a hàbits.

GLOSSARI

1. *Anticossos*: Són les substàncies que el sistema immunitari comença a produir quan entra en contacte amb un antígen, per tal de neutralitzar els efectes, generalment nocius, que aquell antígen concret pugui ocasionar a l'organisme. Cada anticòs lluita contra un determinat antígen. Els anticossos, popularment són denominats «defenses».



2. *Antigen*: És tota substància capaç de provocar en el nostre sistema immunitari la producció de substàncies contràries a ell o anticossos. Les diverses substàncies que componen els microbis acostumen a actuar com a antigens.

3. *Antropometria*: És l'estudi de les mides corporals d'un individu humà (per exemple: el pes, la talla, el perímetre cefàlic, etc.) per tal de comparar-lo amb un grup de referència normal.

4. *Cadena epidemiològica*: És el camí que porta els microbis fins al subjecte que infecten. Inclou tres esllaons: 1 La font d'infecció o lloc on els microbis viuen i es reproduïxen. 2 El mecanisme de transmissió o contagi és el que els transporta al receptor (per exemple: les mans, l'aire, l'aigua, els aliments) i 3 El subjecte susceptible, que és qui els rep i allà on es reproduïxen.

5. *Cadena del fred*: És el camí que porta els aliments congelats des de l'instant de la congelació fins al de consum. En tot aquest trajecte la temperatura no pot baixar, en cap moment, dels 18°C sota zero.

6. *Cèl·lules memòria*: Són les cèl·lules dels sistema immunitari que tenen per funció el reconeixement dels diversos antigens quan entren al cos, per tal d'estimular la immediata producció dels corresponents anticossos.

7. *Cribatge*: (en anglès screening i en castellà chequeo) és un estudi destinat a trobar anomalies incipients, que encara no han estat percebudes per l'individu en forma de símptomes.

8. *Dendritització*: És el procés de ramificació o aparició de «dendrites» al cos de les neurones. Augmenta així enormement el nombre de ponts d'interconnexió entre elles enriquant el procés de transmissió d'informació. Això es traduirà en una superior capacitat d'aprenentatge i desenvolupament neuropsíquic.

9. *Embriopatia rubeòlica*: És el dany ocasionat pel virus rubeòlic a l'embrió, quan la mare pateix la rubèola durant el primer trimestre de l'embaràs. Inclou les següents manifestacions principals: malformació cardíaca, malformació craneoencefàlica, sordesa i cataractes.

10. *Endèmia*: És l'estat d'aparició habitual d'una malaltia o problema en el si d'un col·lectiu determinat. Al nostre medi, per exemple són endèmiques la grip, a tuberculosi, els refredats, les diarrees.

11. *Epidèmia*: És l'aparició anormalment freqüent, durant un cert període de temps, d'una malaltia o problema en el si d'un col·lectiu.

12. *Hiperendèmia*: És un estat permanent d'endèmia més intens que el normal. Per exemple: durant un temps augmenta relativament el nombre de casos o bé en un col·lectiu el nombre d'afectats és permanentment superior al d'altres col·lectius veïns.

13. *Hospitalisme*: És l'estructuració psíquica amb què l'individu respon davant una privació afectiva perllongada, com la que és derivada dels internaments en els antics hospitals infantils, on el nen era separat de la mare.

14. *Incidència*: És el nombre de nous casos apareguts d'una malaltia o problema, en una població durant un període de temps determinat. Per exemple: a l'hivern acostuma a haver-hi una alta incidència d'infeccions respiratòries.

15. *Leucòcits o globuls blancs*: Són les cèl·lules bàsiques del sistema immunitari. Uns s'encarreguen de fixar antigens (cèl·lules memòria), uns altres de fagocitar-los i destruir-los, i uns altres de produir anticossos. La forma de tots ells és similar.

16. *Mielinització*: És el procés de producció de la funda de mielina (el greix de la substància blanca), que rodeja moltes neurones, accelerant la seva transmissió d'ordres i millorant així el seu rendiment informàtic. És un indicador de la maduració nerviosa.

17. *Neural*: Relatiu al sistema nerviós.

18. *Neurones*: Són les cèl·lules del sistema nerviós. Tenen un cos central del qual surten unes ramificacions (que constitueixen els nervis) que fan possible la comunicació entre elles.

19. *Parasitosi*: És una malaltia originada per paràsits.

20. *Placenta*: És un òrgan dependent de l'embrió a través del qual intercanvien substàncies la sang de la mare i la del fill i així és com ell realitza la nutrició, l'oxigenació, l'eliminació de residus i la immunització.

21. *Portador*: És aquell individu que conté microbis. De vegades li causaran malaltia (portador en període d'incubació), i de vegades no (portador sa). Plantegen problemes perquè sense presentar símptomes de malaltia, en canvi la poden transmetre, constituint-se en font oculta d'infecció per als altres individus.

22. *Prevalença*: Es el nombre de persones afectades per una malaltia o problema, en una població, en un moment determinat.

23. *Virosi*: És una malaltia originada per virus. Per exemple, diarrees per virosi intestinal, refredats per virosi a les mucoses respiratòries.

BIBLIOGRAFIA

Bras, J.; *Per a tots salut*. Ed. Laia.

Comitè d'Experts en Vacunacions; *Manual de Vacunacions*. 3.ª Edició. Barcelona. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1983. (Quaderns de Salut; 1).

Comitè d'Experts en Càries Dental; *Manual de Prevenció i Control de la Càries Dental*. 2.ª Edició. Barcelona. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1983 (Quadern de Salut; 7).

Comitè d'Experts en Prevenció de la Disminució Psíquica; *Manual de Prevenció de les Disminucions Psicomotrius*. Barcelona. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1983. (Quaderns de Salut, 12).

Davidson, F.; *Les crèches*. Editions Sociales Françaises.

Davidson i d'altres; *Guarderías Infantiles*. Ed. Nova Terra.

Davidson et al.; *Care of children in day centers*. Public Health Papers núm. 24. OMS.

Goldschmied, E.; *El niño en la guardería, guía para educadores y padres*. Ed. Reforma de la escuela.

Grup de Treball sobre Drogodependències. *Manual de Prevenció i Control del Tabaquisme*. 2.ª Edició. Barcelona. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1983 (Quaderns de Salut; 8).

Huntington, D. et al. *Serving Infants: Child development day care*. Núm. 2. U.S. Dept. of Health, Education and Welfare.

López Nomdedeu, C.; *Manual de alimentación para las guarderías infantiles*. Programa Edalnu. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

Martínez Callen/Ramis/Ripoll; *El vostre fill*. Ed. Laia.

Normativa de les llars d'infants; Condicions que han de regir en els Centres d'atenció assistencial i educativa els infants fins a 6 anys no inscrits com a centres d'ensenyament. Barcelona. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1983.

Ricci/Tonucci; *El primer año de nuestro niño*. Ed. Reforma de la escuela.

Societat Catalana de Pediatria et al.; *Consells de Puericultura*. Barcelona. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1982.

REVISTES

In-Fàn-Cia-A (Espanya). Revista de l'Associació de Mestres Rosa Sensat. Directora: Irene Balaguer. Edició i Administració A.A.P.S.A. «Associació de Mestres Rosa Sensat», carrer Còrsega, 271, 08008 Barcelona.

Bambini 85, Egle Vecchi, Loris Malaguzzi, Susanna Mantovani, Via Brignoli, 9, 27-100 Bergamo. Scuola Materna (Itàlia). Director: Aldo Agazzi, Editrice La Scuola, Via Luigi Cadorna, 11, 25126 Brescia.

Enfance (França). Director: René Zazzo, 41, rue Gay-Lussac, 75.005 París.