



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**"INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN EL HOGAR
PARA EL CUIDADO DEL NIÑO DURANTE EL
PRIMER AÑO DE VIDA"**

PROGRAMA DE ACTUALIZACION (no) *lit.*

FALLA DE ORIGEN

**TESIS DE COMPILACION
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A :

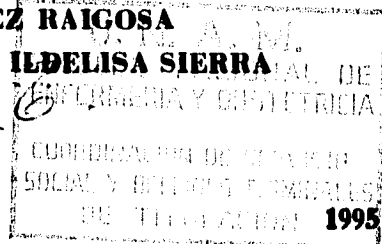
MARIA DE LOS ANGELES ANAYA MENDEZ

CON LA ASESORIA DE

LIC. ADDY GUTIERREZ RAIGOSA

LIC. MA. DE LOURDES ILDELISA SIERRA

MEXICO, D.F.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTO

A la Lic. en Enfermería y Obstetricia
Addy Gutiérrez Raygosa, quien con su
amistad y conocimientos hizo posible
la realización de este trabajo.

A la Lic. en Nutrición Ma.
Ildeliza Sierra T., quien
contribuyó en mi formación
profesional brindándome su
amistad y conocimientos.

DEDICATORIAS

PARA MIS PADRES:

A quienes amo profundamente,
ya que siempre me han guiado
por el camino de la honestidad
con amor y respeto

A MIS HERMANOS:

Genaro, Erika y Lilliana,
quienes siempre han compartido
mis triunfos y fracasos
como si fueran los propios.

INDICE

INTRODUCCION	1
1. <u>PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION</u>	3
1.1 DEFINICION DEL PROBLEMA	4
1.2 OBJETIVOS	7
2. <u>MARCO TEORICO</u>	8
2.1 EL RECIEN NACIDO NORMAL	11
2.1.1 Aspectos Anatomico-fisiológicos	11
2.1.1.1. El niño en el primer año de vida	25
2.2 LACTANCIA AL PECHO MATERNO	30
2.2.1 Anatomía y fisiología de la mama.	30
2.2.2 Factores que influyen en la disminución de la lactancia al seno materno	32
2.2.3 Mecanismos para la promoción, protección y apoyo a la lactancia al seno materno.	33
2.2.3.1 Promoción de la lactancia en el mundo	33
2.2.3.2 Declaración conjunta OMS/UNICEF	35
2.2.3.3 Promoción de la lactancia en Mé- xico	37
2.2.4 Orientación prenatal para estimular la Lactancia al pecho materno.	41

2.2.5 Composición de la leche humana	44
2.2.5.1 Factores inmunológicos	48
2.2.5.2 Propiedades antialérgicas de la le che humana	52
2.2.5.3 Diferencias entre la leche humana y la leche de vaca	52
2.2.6 Alimentación de la madre que lacta	54
2.2.6.1 Madres vegetarianas.	55
2.2.6.2 Factores de riesgo nutricionales	55
2.2.6.3 Obesidad y Lactancia	56
2.2.6.4 Restricciones dietéticas y otras	57
2.2.6.5 Higiene	58
2.2.7 Factores de riesgo para la lactancia	59
2.2.8 Ventajas de la lactancia al seno materno	60
2.2.9 Técnicas de amamantamiento al seno materno	63
2.2.9.1 Extracción manual	67
2.2.10 Factores que condicionan la suspensión tem poral o definitiva	70
2.2.10.1 Factores de los medicamentos so- bre el niño	71
2.3 ALIMENTACION ARTIFICIAL	73
2.3.1 Industrialización y Urbanización	73
2.3.2 Alimentación con Biberón	75
2.3.2.1 Técnica de alimentación artificial	77
2.3.2.2 Complementos vitamínicos	78

2.4 LACTANTE MAYOR Y MENOR	80
2.4.1 Ablactación	80
2.4.2 Reflejos que intervienen en la digestión . .	80
2.4.3 Proceso bio-químico de los nutrimentos . . .	82
2.4.4 Instrucciones para la ablactación	85
2.4.5 Destete	89
2.4.5.1 Alimentación mixta complementaria. .	90
2.4.5.2 Alimentación mixta sustitutiva . . .	90
2.5 DESARROLLO PSICOMOTOR	94
2.5.1 Estimulación temprana.	94
2.5.2 Actividades para estimular a los niños du- rante su primer año de vida.	105
2.6 DAÑOS A LA SALUD EN EL PRIMER AÑO DE VIDA.	109
2.7 TEORIA DE RIESGOS	117
2.7.1 El enfoque de riesgo en la atención a la salud	117
2.7.2 ¿Qué significa el término riesgo?.	119
2.7.3 ¿Qué es un factor de riesgo?.	120
2.7.4 Factores de riesgo y daños a la salud.	123
2.7.4.1 Indicadores y causas	123
2.7.5 Como se mide el riesgo	125
2.7.6 Uso del enfoque de riesgo.	126
2.7.6.1 Problemas a los que se enfrenta la aplicación del enfoque de riesgo .	127

2.7.7 Principales pasos de un estudio de riesgo. . .	132
2.8 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA LA SALUD EN EL PRIMER AÑO DE VIDA	133
2.8.1 Acciones de Enfermería en fomento a la esti- mulación temprana.	136
3. <u>ESQUEMA DE LA INVESTIGACION</u>	139
3.1 METODOLOGIA GENERAL DEL ESTUDIO.	140
3.1.1 Tipo de investigación.	140
3.1.2 Diseño de la investigación	140
4. <u>CONCLUSIONES</u>	143
5. <u>GLOSARIO</u>	146
6. <u>APARATO CRITICO</u>	150
7. <u>APENDICE</u>	154
No. 1 PROGRAMA DE ACTUALIZACION.	155
No. 2 ESQUEMA DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	168
No. 3 FACTORES DE RIESGO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA	173
8. <u>ANEXOS</u>	174
NO. 1 INVENTARIO DE RIESGOS PARA LA IDENTIFICACION A	

NIVEL FAMILIAR	175
No. 2 PLAN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA LA SALUD FAMILIAR E INSTRUCTIVO	178
No. 3 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL.	181
9. <u>BIBLIOGRAFIA</u>	183

INTRODUCCION

Durante mi formación profesional y pasantía pude observar a través de la consultoría de Enfermería y trabajo comunitario que, el manejo del niño durante su primer año de vida por su madre no es el indicado, ya que ésta carece de una orientación idónea que la lleve a proporcionar a su hijo los cuidados necesarios para su crecimiento y desarrollo.

De aquí surge la necesidad de elaborar un programa guía de actualización para que contribuya a brindar una orientación a las madres sobre el cuidado del niño sano en su primer año de vida, ya que éste, por su pequeñez y por la escasa resistencia de su organismo en el inicio de la vida, apenas tiene fuerza para luchar contra los peligros que lo amenazan, debiendo ser manejado con los cuidados necesarios para alcanzar una edad adulta llena de salud.

Se ha hecho una revisión de los aspectos relacionados a las características del recién nacido, lactancia al pecho materno, alimentación artificial, características del lactante mayor y menor, desarrollo psicomotor, daños a la salud durante el primer año de vida y la teoría de riesgos como instrumento para las intervenciones de Enfermería para la salud del niño durante el primer año de vida.

Se agrega como anexo el programa de actualización con esta te

mática que impartí al personal de Enfermería del Centro de Sa
lud Dr. José Castro Villagrana, a solicitud de las autoridades
de dicha instancia de salud.

1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION

1.1 DEFINICION DEL PROBLEMA

Entre los principales índices de mortalidad infantil en el primer año de vida encontramos las enfermedades respiratorias, infecciones gastrointestinales y desnutrición, acentuándose éstas por una inadecuada lactancia materna. ya que a través de la misma se proporcionan al niño una gran variedad de nutrientes que no se encuentran con las mismas características en niguna otra leche, ya sea de origen animal o artificial, también le proporciona al lactante una serie de anticuerpos o defensas contra las enfermedades que la madre ya ha padecido nteriormente, así como los beneficios psicológicos y emocionales que son transmitidos por la madre en el momento de amamantar a su hijo. Incrementa el problema el mal manejo de los alimentos, tanto en su higiene al prepararlos como en la cantidad que se ofrece al infante, ya que la alimentación conforme a su edad, crecimiento y desarrollo, deben irse sumando una serie de alimentos desde el tercer mes de vida, evitando así la desnutrición y al contribuir a su bienestar con efectos perdurables hasta la edad adulta.

Por otra parte, la falta de una serie de juegos y ejercicios que contribuyan al crecimiento y desarrollo psicomotor del niño le causan trastornos o retrasos. Así mismo, un inadecuado manejo prenatal y la falta de orientación de la madre sobre el control del niño sano realizados oportunamente pueden contri-

buir a un mal manejo de los niños, ya que han sido orientados adecuadamente para que brinden los cuidados necesarios y obtener así hijos sanos física y mentalmente con un óptimo crecimiento y desarrollo que más tarde formarán familias que darán lugar a nuevos hijos igualmente sanos o en su defecto desnutridos, que no permitirán el descenso de las tasas de morbi-mortalidad infantil.

Con base en el problema definido, se ve la necesidad de que las Enfermeras se actualicen en cuanto a las intervenciones necesarias de esta disciplina para favorecer la salud del niño durante el primer año de vida, por lo que propongo este curso de actualización, motivo de la investigación documental, fundamentada también en situaciones experienciales durante mi formación como Licenciada en Enfermería y Obstetricia y la pasantía realizada en la Sede de Prácticas de Atención Primaria a la Salud en la consultoría de enfermería y el trabajo comunitario.

El programa de actualización se pretende que sirva como guía tanto a futuros pasantes que realicen su servicio social en unidades del primer nivel de atención, así como a dirigentes de servicios de Enfermería donde se maneje dicha problemática.

Por lo tanto, me permito afirmar que las intervenciones de Enfermería en cuanto a la orientación de la madre sobre los cuidados al niño durante el primer año de vida pueden contribuir

a la disminución o supresión de riesgos y daños a su salud.

1.2 OBJETIVOS

- Elaborar un instrumento didáctico como guía para la actualización de Enfermería en aspectos de la salud del niño en el primer año de vida.

- Actualizar las Enfermeras en el cuidado del niño durante el primer año de vida.

- Contribuir a la disminución de los riesgos y daños a la salud del niño durante el primer año de vida mediante intervenciones de Enfermería.

2. MARCO TEORICO

¿ QUE ES UN NIÑO?

Los niños vienen en tamaños, pesos y colores surtidos. Se les encuentra donde quiera; encima, debajo, dentro, trepando, colgando, corriendo, saltando. Las mamás los adoran, las niñitas los odian y las hermanas y hermanos mayores los toleran; los adultos los desconocen y el cielo los protege. Un niño es la verdad con la cara sucia, la sabiduría con el pelo desgredado, la esperanza del futuro con una rana en el bolsillo.

Un niño tiene el apetito de un caballo, la digestión de un tragaespadas, la energía de una bomba atómica, la curiosidad de un gato, los pulmones de un dictador, la imaginación de Julio Verne, la timidez de una violeta, la audacia de una trampa de acero, el entusiasmo de una chinanpina, y cuando hace algo, tiene cinco mil pulgares en cada mano.

Le encantan los dulces, las navajas, las sierras, la navidad, los libros con láminas, el chico del vecino, el campo, el agua, los animales grandes, papá, los trenes, los domingos por la mañana y los carros de bomberos.

Le desagradan las visitas, la doctrina, la escuela, los libros sin láminas, las lecciones de música, las corbatas, los peluqueros, las muchachas, los abrigos, los adultos y la hora de acostarse.

Nadie más que él se levanta tan temprano ni se sienta a comer tan tarde. Nadie más puede embutirse en el bolsillo un cortaplumas oxidado, una fruta mordida, medio metro de cordel, un saquito de tabaco vacío, caramelos, seis monedas, una honda, un trozo de sustancia desconocida y un auténtico anillo supersónico, con un compartimento secreto.

Un niño es una criatura mágica, usted puede cerrarle la puerta del cuarto donde guarda las herramientas, pero no puede cerrarle la de su corazón; puede echarlo del estudio, pero no de su pensamiento. Todo su poderío se rinde ante él. Es su carcelero, su amo, su jefe... Es un manojito de ruido, cara sucia; pero cuando usted llega a su casa por la noche con las esperanzas y sus ambiciones hechas pedazos, él puede remediarlo todo con dos palabras mágicas: "Hola papito".

Elsa Senties.

2.1 EL RECIEN NACIDO NORMAL

2.1.1 Aspectos anatómo-fisiológicos

"La palabra nacer deriva del latín NASCERE que significa venir al mundo, empezar a brotar, tomar principio, originarse"¹

De tal manera que desde que nace un niño normal es capaz de responder a estímulos del medio ambiente. El aspecto que muestra es de indudable vitalidad; llora fuerte y claramente, a menudo con estridencia molesta, agitando con vivacidad sus miembros, luego a intervalos entreabre los ojos y pone en evidencia el principio de sus funciones excretoras orinándose y expulsando meconio.

Las dos terceras partes de su primera hora de vida las pasa despierto y tranquilo, reaccionando a los estímulos externos, mueve lentamente la cabeza para seguir la cara de quien lo atiende y al escuchar sonidos. Espontáneamente o cuando se le estimula, reacciona con sus brazos realizando movimientos que se parecen a los del abrazo (reflejo de Moro), al igual que este reflejo existen otros, como el de búsqueda (movimiento lateral de la cabeza abriendo la boca cuando siente que se le toca la mejilla), ambos reflejan el grado de madurez del sistema nervioso del bebé entre otros de los que hablaremos más adelante.

Realiza movimientos de deglución y succión que permiten el paso del aire al interior del aparato digestivo, también abre y

cierra los ojos, después se duerme y durante este lapso puede mostrar contracciones rápidas y espontáneas de las extremidades.

Entre las dos y seis horas de nacido despierta y entra en un segundo período de actividad, en el cual se aceleran las respuestas a estímulos externos y se acentúan los movimientos del intestino, que pueden verse a través de la pared abdominal culminando con la expulsión de una sustancia oscura, consistente y pegajosa, llamada MECONIO, la cual aparece durante los primeros días de vida, para dar paso a la expulsión de las heces fecales líquidas características de esta etapa.

En condiciones normales, durante la media hora que sigue al parto, el niño está alerta y tiende a conservar la posición que tuvo in útero (posición fetal), con los brazos y piernas flexionadas.

Suele expulsar secreciones de la boca y por ello en las primeras horas de nacido se procura tenerlo acostado en decúbito ventral con la cabeza a un nivel más bajo que el resto del cuerpo y de lado para que las secreciones salgan por gravedad.

La piel es de color rojizo y las extremidades están ligeramente moradas; si han sufrido al nacer asfixia pasajera, persiste en él una ligera coloración azulada que desaparecerá espontáneamente.² Nace cubierto por un material sebáceo llamado VER

MIX CASEOSA, que sirve para proteger su piel, sustancia de color blanquecino y aspecto arcilloso; de acuerdo a la cantidad de vérmix se descama más o menos rápidamente y se desprende su piel en escamas.

La piel del recién nacido aparece con suavidad aterciopelada conforme se va descamando poco a poco, a partir del segundo o tercer día suele aparecer una coloración amarillenta que se caracteriza con el nombre de ICTERICIA FISIOLÓGICA del recién nacido que desaparece espontáneamente alrededor del décimo día y que en la actualidad se atribuye este hecho al resultado de una deficiencia enzimática transitoria a nivel de la glándula hepática ya que el hígado no tiene la capacidad necesaria para sistetizar la bilirrubina.

El LANUGO es un bello fino que cubre la mayor parte de la superficie corporal, es abundante y desaparece progresivamente, a veces se acumula en ciertas regiones, tales como el área sacra, al nivel de la nuca, el borde libre de los párpados, la región frontal en la cuál suelen verse manchas rojizas de tono variable que se acentúan con el llanto y la presión, se trata de pequeños hemangiomas planos que tienden a desaparecer hacia el segundo día de vida.

Es normal que en la piel de la cara aparezcan unas ronchitas blanquecinas puntiformes, que reciben el nombre de millia o MILLIUM FACIAL, éstas se deben a la distensión de las glándulas

sebáceas, son más frecuentes en el dorso de la nariz y en las mejillas y no requieren tratamiento alguno. Otra característica de la piel puede verse en las áreas lumbo sacras y glúteas bajo la forma de áreas azuladas o violáceas, que se conocen con el nombre de MANCHAS MONGOLICAS, en ocasiones esta coloración suele adoptar el tipo llamado Universal, diseminándose en varios puntos de la superficie cutánea, está producida por la acumulación de células pigmentarias en las zonas media y profunda del corión que desaparecen espontáneamente después de algunos meses. También son muy comunes en el recién nacido unas manchas rojizas que se localizan en la frente, párpados, región occipital o labios; éstas se deben a formaciones de vasos capilares (hemangiomas capilares) y habitualmente desaparecen por sí solas al cabo de unos meses.³

Durante los primeros días de vida es habitual que el niño baje un 10% de su peso corporal (250 a 300 gr), debido a que la eliminación de orina y meconio es mayor que la cantidad de alimento que ingiere. Después de la primera semana de vida recupera su peso de nacimiento y aumenta entre 20 y 25 g. diarios durante los primeros seis meses de vida y aproximadamente 15g. diarios hasta cumplir su primer año de edad. Puede decirse que el peso del nacimiento (2500 - 3500 kg) se duplica a los cuatro meses y se triplica al año de vida, la talla del recién nacido a término es de 50 cm como promedio y de 75 cm al año de edad, el tejido adiposo aumenta progresivamente y llega a su

máximo al noveno mes de vida.⁴

En el recién nacido los huesos del cráneo se encuentran separados entre sí por bandas de tejido blando, conectivo, llamadas suturas, que en algunos sitios son anchas y dan lugar a las fontanelas, de las cuales hay dos importantes: la anterior o bregmática conocida vulgarmente como mollera, tiene la forma de un rombo y está situada sobre la línea media del cráneo y en la unión de las suturas interfrontal, coronaria y sagital y la posterior u occipital formada por la concurrencia de suturas sagital y lambdoidea (parietooccipital). La palpación de la fontanela anterior informa sobre la tensión que en circunstancias normales, debe permitir una ligera depresión con respecto a la superficie del hueso. Las variaciones pueden indicar algún proceso anormal dentro de la cavidad craneal y que afecta a su contenido. En el lapso que va hasta los 12 a 18 meses de edad es normal observar la fontanela anterior, la cuál cierra en esta etapa definitivamente.

Es normal en algunos niños observar en la cabeza una zona abultada sobre todo cuando la madre es primípara, este abultamiento (CAPUT SUCCEDANEUM) se debe al edema de los tejidos que cubren el cráneo, por la compresión que sufre la cabeza del niño contra los huesos de la pelvis de la madre, durante el parto desaparece espontáneamente y no debe dársele masaje ni puncionarlo ya que se infecta con facilidad. A veces la ruptura

de un vaso entre el hueso del cráneo y su cubierta (llamada periostio) produce un abultamiento (céfalo hematoma) que suele desaparecer en dos o tres semanas sin necesidad de ningún tratamiento. El perímetro cefálico del recién nacido es de 35 cm, a los seis meses es de 43cm y de 45 a 46cm al año de edad. Para medir este perímetro se pasa la cinta métrica por delante de la cabeza, arriba de los ojos y atrás, en la región más saliiente del hueso occipital.

En la primera hora después del parto, el bebé mantiene los ojos abiertos posteriormente los cierra varias horas. En la conjuntiva es frecuente observar pequeñas hemorragias debido a la ruptura de vasos sanguíneos producida cuando la cabeza del bebé se comprime contra la pelvis materna durante el trabajo de parto, en general, estas hemorragias se reabsorben espontáneamente y no requieren de tratamiento médico.

Desde las primeras cuatro semanas los estímulos luminosos producen movimientos de los ojos, al mes y medio de edad el niño ya puede seguir la luz, pero los ojos no siempre están bien coordinados (hacen bizco) debido a la mala coordinación muscular. A los tres meses ya sigue objetos con la vista, a los cuatro meses empieza a coordinar los movimientos de los ojos con el de las manos y es capaz de tomar objetos con ellas. Cuando el estrabismo (bizcos) persiste después de los cuatro meses de edad, debe consultarse para su tratamiento oportuno a un

oculista especializado en niños.

La secreción normal de las lágrimas se inicia entre las tres y cuatro semanas de vida, antes sólo hay la secreción necesaria para mantener húmeda la córnea. A veces se obstruye el conducto lagrimal que lleva las lágrimas del ojo a la nariz y causa lagrimeo, conforme crece la cabeza, la luz del conducto aumenta y se obstruye menos, rara vez se requiere ayuda del oculista pero se debe consultar cuando la obstrucción se prolonga o hay infección crónica agregada con secreción ocular.

La cara proporcionalmente es pequeña en relación con el tamaño de la cabeza, en ocasiones presenta parálisis transitoria del nervio facial, que se nota cuando el niño llora y los rasgos faciales se desvían hacia un lado. Puede deberse a la compresión de la pelvis materna sobre la cabeza fetal, cuando ésta desciende a través del canal de parto; otra causa es la presión sobre el nervio producida por las cucharillas del Forceps cuando se requiere su utilización, también puede presentarse asimetrías más o menos manifiestas como consecuencia de la presión del hombro sobre el maxilar inferior o de las mejillas durante el parto.

Sobre el paladar suelen observarse pequeñas formaciones blancuecinas, del tamaño de la cabeza de un alfiler, llamadas perlas epiteliales o de BOHN, a veces se localizan en la encía y pueden confundirse con dientes cuando en realidad se trata de

quistes epiteliales que desaparecen por sí mismos. "Los dientes temporales generalmente inician su brote a los cuatro o cinco meses, pero también es normal su brote al décimo mes o al año. Por lo general, hacen su erupción primero los incisivos medios de la mandíbula inferior, después los dos incisivos medios y los dos laterales superiores, posteriormente los incisivos laterales inferiores, los primeros premolares y los cañinos y finalmente, los segundos premolares.

Aunque lo habitual es que al año los niños tengan ya de seis a ocho dientes, no es anormal que sólo tengan de uno a dos. Durante el segundo año de vida brotan alrededor de ocho piezas dentarias; los dientes temporales llamados también dientes de leche, suman en total de 15 a 16 piezas".⁵

Por otra parte, el cuello normalmente es corto, provoca la aparición de numerosos pliegues horizontales, que en ocasiones son aliento de procesos irritantes y sitio de elección para que se localice el intértrigo (inflamación superficial que ocurre en los pliegues húmedos de la piel).

El tórax es por lo general de conformación cilíndrica, debido a la igualdad de los diámetros transversos y anteroposterior, al momento del nacimiento tiene aproximadamente la misma circunferencia que el abdomen. a los dos años la circunferencia torácica debe ser mayor que la de la cabeza.

Con frecuencia se aprecia en ambos sexos, después de los primeros días posteriores al nacimiento, una tumefacción mamaria bilateral con obscurecimiento de la aréola y pezón eréctil. Se palpa tejido glandular hipertrofiado y ya sea espontáneamente o por presión suave, se observa la salida de un líquido blanquecino, la llamada leche de brujas, este hecho, que en las niñas puede acompañarse de una ligera hemorragia vaginal, que son la manifestación de la conocida reacción hormonal producida por la transmisión trasplacentaria de gran cantidad de hormonas maternas.

La inspección del tórax nos dará una información sumamente valiosa para apreciar la normalidad del aparato respiratorio a través del tipo y ritmo que establece la respiración inmediatamente después del nacimiento y en los días o semanas subsiguientes. La frecuencia respiratoria que se establece es muy variable e irregular en profundidad, velocidad y ritmo, pudiendo oscilar dentro de los límites cuyos valores extremos van de 20 a 100 respiraciones por minuto, lo que depende de factores como el llanto y la actividad motriz. La frecuencia normal (estando el niño en completa calma) es de 35-50 respiraciones por minuto, el tipo respiratorio es diafragmático y los músculos abdominales se elevan simultáneamente, al palparlos se aumentan las respiraciones y la captación de oxígeno por el niño, la succión muy vigorosa al nacer puede llevar a una apnea secundaria.

El corazón late entre 100 y 180 veces por minuto. Las fibras miocárdicas del recién nacido en contraste con las del adulto contienen una gran proporción de elementos no contráctiles como mitocondrias, glucógeno y agua. Las fibras musculares son pequeñas y delgadas y aunque contienen sarcómeros (unidades contráctiles), están probablemente organizadas y no distribuidas en forma paralela como sucede en el adulto. Después del nacimiento, las miofibrillas empiezan a crecer y se incrementa la proporción de los elementos contráctiles.

Cuando el número de respiraciones constituye la mitad de la frecuencia cardíaca es fácil confundir el ruido respiratorio, con el de un soplo sistólico. La existencia de soplos suaves en el nacimiento siempre tiene significación patológica y puede deberse a la presencia de una comunicación interauricular o a un conducto arterioso aún no obliterado anatómicamente o funcionalmente. Por otra parte, la ausencia de soplos en el nacimiento también significa que no existe lesión cardiovascular congénita, ya que ésta puede presentarse sin soplo o bien, el soplo aparecer posteriormente.⁶

"El pulso en el recién nacido es rápido, su frecuencia normal es de 120-150 por minuto, suele ser irregular por la inmadurez del centro regulador del corazón que se encuentra en el bulbo raquídeo".⁷

El abdomen por lo general, está más abultado porque las visce-

ras que contiene (el hígado principalmente) son de tamaño proporcionalmente mayor. El muñon umbilical se destaca y aparece de color negruzco entre el séptimo y décimo día se seca y cae, la cicatriz puede mostrar aspectos diferentes según sea el comportamiento de la piel vecina. No debe olvidarse que el ombligo es en los primeros días una herida abierta al exterior y, por lo tanto, susceptible de contaminarse con los más variados agentes, de aquí que sea necesario su cuidado minucioso. Las hernias umbilicales son frecuentes y suelen ocasionar problemas posteriores. Lo que ocurre es un defecto de cierre del anillo fibroso que da paso a los vasos del cordón y ello origina la hernia umbilical, que se aprecia como una pequeña masa prominente a nivel de la cicatriz, cubierta de piel normal y que se deprime fácilmente al tacto, en la mayoría de los casos cierra espontáneamente antes del tercer año de vida, si esto no ocurre, deben someterse a cirugía.

Los genitales en el hombre son de tamaño variable, ya que a menudo existe edema, debido al trauma del parto, el escroto está hiperpigmentado y los testículos ocupan las bolsas escrotales, aunque en condiciones normales pueden abandonarlas circuncintamente. El pene está recubierto en su totalidad por el prepucio que se halla firmemente adherido al glande, por lo que resulta difícil descubrirlo.

En la mujer la zona genital puede estar inflamada y tener se-

creción mucosa teñida con sangre, lo que se debe a las hormonas transmitidas por la madre en el período prenatal, cuestión que desaparece en dos o tres semanas. La vulva tiene un aspecto característico que resulta de la desproporción en el desarrollo de los labios menores y el clítoris respecto a los labios mayores, los cuales por su escaso tamaño no alcanzan a unirse en su raíz anterior y dejan la vulva entreabierta con exteriorización de los labios menores. Por otra parte, también se puede observar cuando se extienden las extremidades del recién nacido, que suelen encontrarse en flexión (posición fetal) de inmediato regresan a su posición inicial. Durante los dos primeros meses existe lo que se conoce como reflejo de PRENSION, es decir, que el niño coge con sus dedos los objetos colocados en la palma de la mano o del pie.

Los órganos de los sentidos del recién nacido son capaces de identificar estímulos, táctiles, visuales, olfatorios, gustativos y auditivos; sin embargo, la sensibilidad y precisión de esta detección y discriminación mejora después de los tres o cuatro meses de edad. El recién nacido posee la capacidad haciendo uso de su aparato sensitivo, de descubrir, seleccionar y analizar los aspectos del mundo que lo rodea.

La vista parece limitada en las primeras semanas a la distinción de la luminosidad. Al mes el recién nacido es capaz de seguir con la vista objetos brillantes y cierra los párpados

al aproximárselos. No existe visión coordinada, el reflejo de la luz es positivo, pero la contracción no es prolongada. El gusto está presente desde el nacimiento, ya que el bebé puede identificar el sabor de la leche materna fácilmente.

La función auditiva se establece tan pronto ocurre la aereación de la trompa de eustaquio y se eliminan los detritos que obstruyen el conducto auditivo externo. El tacto se halla desarrollado como así mismo la sensibilidad térmica y dolorosa, es más intenso en los labios, lengua, oídos y la frente. Los ojos son de color azul grisáceo al nacimiento y obtienen el color definitivo entre el tercero y sexto mes de vida; encontrando el estrabismo y el nistagmo como hechos normales durante el primer mes, así como una respuesta inmediata a los sonidos y al reconocimiento de la voz materna.⁸

La orina es muy diluida debido a la inmadurez del funcionamiento renal, que presenta permeabilidad capilar aumentada. Se encuentra presente en la vejiga desde el momento del nacimiento, puede orinar de inmediato o después de una a doce horas. Suele orinar con mucha frecuencia de 15 a 45 ml y al final de la primera semana llega a 200ml.

Los huesos son blandos, flexibles. Las articulaciones elásticas. Los músculos no son fuertes, ni coordinados, ni tampoco controlados. En la posición de decúbito ventral puede levantar la cabeza ligeramente, pero no cuando está en posición supina,

y en posición vertical no logra levantar la cabeza.

El sistema nervioso es inmaduro, inestable, con un mal control de la temperatura y sensible a estímulos externos. En el recién nacido podemos encontrar algunos reflejos importantes como el de parpadeo (cuando se aproxima algún objeto a los ojos o cuando éstos se exponen a la luz), estornudos y tos (funcionan como protectores, limpian las vías aéreas), bostezo (el niño introduce una gran cantidad de oxígeno), búsqueda (cuando se le frota la mejilla, el niño voltea su cabeza hacia ese lado, lo que le ayuda a localizar el pezón), succión (cualquier cosa que roce sus labios inicia este reflejo), nauseoso (reflejo protector para evitar la broncoaspiración), presión (cualquier objeto que se le coloque en las manos lo agarra y aprieta con fuerza, este reflejo desaparece con la madurez y es sustituido por movimientos conscientes e intencionados), marcha (cuando se le coloca en tal forma, que las plantas de los pies se pongan en contacto con alguna superficie sólida, y el niño hace movimientos de caminar), moro (el estímulo súbito hace que el niño contraiga sus piernas y ponga sus brazos en abducción y extensión, como si abrazase algo, el estímulo puede ser un ruido, movimiento o cambio brusco de posición), Babinsky (cuando se estimula la planta de los pies, los dedos se dirigen hacia afuera. Esta respuesta sólo es normal en los lactantes), y el tónico del cuello (cuando el niño se pone en decúbito dorsal, su cabeza se dirige a un lado, en donde sus miem

bros están extendidos, en tanto que los del lado opuesto están flexionados. Este grupo de reflejos está destinado a desaparecer de los dos a los cuatro meses posteriores al nacimiento de tal modo que su persistencia después de esta edad, igual que su ausencia en la época en que normalmente deben estar presentes, responde siempre a una causa patológica cuya naturaleza debe investigarse.

El neonato duerme durante 12 a 24 horas diarias, únicamente despierta por molestias internas (cólicos), hambre o cuando siente dolor, ya que durante este período recupera energías y gana peso. En la segunda hora de vida presenta un descenso de la temperatura de dos grados, recuperando la cifra normal (36.1 a 37.0°C) a las ocho horas, quedando luego definitivamente estabilizada, debido a mecanismos reguladores que le permiten mantener su constante térmica. Las pérdidas iniciales se deben más que a una inmadurez de sus mecanismos reguladores, a una falta de entrenamiento y escasez de pániculo adiposo.

2.1.1.1 El niño en el primer año de vida

Al mes de edad el niño tiene un peso promedio aproximadamente de 3.750 a 4 kg y mide 53 cm. Todavía mantiene sus manos empuñadas y cuando está despierto prefiere estar acostado en posición supina. Colocado en posición vertical sólo es capaz de mantener erecta su cabeza durante algunos segundos. Sigue los objetos con sus ojos y con el movimiento de la cabeza, no mues

tra interés por los objetos que se le dan y los tira de inmediato. Empieza a vocalizar y emite murmullos que semejan el ruido de las palomas. Se fija en quién le habla y al mirar la cara de quién lo carga disminuye sus movimientos. Duerme y despierta en forma más definida, en vez de seguir en el estado de somnolencia superficial característico de las primeras semanas reacciona en forma positiva a ciertas comodidades y satisfacciones y negativamente al dolor y a las negaciones. Es capaz de llorar con gran intensidad y ya se inicia en él los ensayos para imponer sus deseos sobre los adultos y para responder a estímulos ambientales.

A los dos meses pesa alrededor de 5kg y mide de 56 a 57cm, a los tres meses pesa de 5 a 6 kg y mide de 58 a 60 cm., muestra gusto al ver a la persona que lo atiende habitualmente, comienza a afirmar su sentido de seguridad al ser tratado afectuosamente y correctamente. A los cuatro meses pesa un promedio de 6.5kg y mide de 62 a 64cm, a los cinco meses mide 65cm y pesa 7 kg y a los seis meses pesa 7.5 kg y mide 67 cm. Del tercer al sexto mes sus posturas suelen ser predominantemente simétricas con la cabeza en la línea media, por lo que el roce de la almohada le produce una zona con poco pelo en la parte posterior del cuero cabelludo, semejante a la tonsura de los frailes. Sostiene su cabeza bien balanceada cuando se le coloca en posición vertical y es capaz de rotar sobre sí mismo (por lo tanto, caerse de la cama).

Cuando está acostado sobre el abdomen levanta la cabeza en ángulo recto, sigue con la vista los objetos que se mueven lentamente, y cuando se ponen enfrente a él objetos que cuelgan mueve los brazos activamente. Se ríe en voz alta y los sonidos que emite son sostenidos. Sonríe al ser colocado en posición de sentado. A veces tiene dificultad para dormir y con frecuencia hay períodos de llanto. Desde los cuatro meses lleva objetos a su boca, a los cinco meses gusta de ser colocado en posición vertical, a los seis la coordinación de movimientos de la mano le permite realizar una acción de pinza con los dedos pulgar e índice, coger los objetos y pasarlos de una mano a otra. Permanece sentado cuando se le coloca en esta posición y mantiene erguida la cabeza. En esta edad comienzan a aparecer los primeros dientes, responde con una sonrisa socialmente y da muestra de preferencia por determinadas personas.

A los siete meses pesa de 7.5 a 8 kg y mide de 68 a 69cm, ya se sienta apoyándose sobre sus manos y brinca activamente al colocarse en posición vertical. En posición supina levanta la cabeza y toma los juguetes y sus piernas con las manos, además es capaz de agitar y golpear la sonaja y cambiar un juguete por otro. A los ocho meses de edad pesa de 8.100 a 8.250 kg y mide de 70 a 72cm., ya se pone de pie utilizando las manos para sostenerse. Vocaliza el sonido mm, y emite el de algunas letras vocales (a y e), es capaz de llevar sus pies a la boca y acaricia su imagen en el espejo. Puede sentarse sin ayuda, ga

tear y mantenerse de pié. A esta edad llora cuando la madre lo deja solo y en ocasiones protesta si se le acuesta para que duerma. Es capaz de despedirse y palmear, en ocasiones tiene problemas para dormir y sólo logra conciliar el sueño con la luz de la habitación encendida. La música suele ayudarle para que duerma, lo mismo que el usar cierto tono de voz y el acostarlo en ciertos horarios. En esta edad suele desarrollar costumbres como mecerse o chuparse el pulgar de ambas manos.

A los nueve meses pesa entre 8.5 y 9 kg y mide de 70 a 72 cm., a los diez meses pesa 9.250 kg y mide de 72 a 73cm. Se sienta solo, con buena coordinación, gatea y se pone de pie sin ayuda, junta dos objetos en la línea media. Responde a su nombre o apodo y pronuncia palabras de dos sílabas (mamá, papá), toma parte en juegos sociales (tortillitas de manteca), y se encuentra mejor adaptado al medio que lo rodea. Come por sí solo sus galletas y sostiene el biberón sin ayuda. Depende menos de la presencia de la madre y gusta de jugar al escondite, puede estar sentado por tiempo prolongado y a veces se acuesta él mismo en decúbito ventral. Las relaciones placenteras entre la madre y el niño favorecen el paso de la dependencia inicial a la vida independiente y en ocasiones, se comporta como extraño con quienes no conoce.

Al año de vida pesa alrededor de 9.250 a 10 kg y mide de 75 a 76 cm, participa en juegos sencillos con la pelota y toma ob-

jetos cuando se le indica que lo haga. La mayoría de las satisfacciones del primer año las obtiene a través de la boca y el no lograrlo le produce ansiedad, que puede ser el inicio de trastornos de la personalidad que persisten durante toda la vida. Gatea libremente con manos y pies y su radio de acción se amplía en relación con el que tenía a los 10 meses. Puede dar algunos pasos sosteniéndose de muebles o sosteniéndolo de una mano.

Le gusta tener auditorio y si encuentra aprobación en lo que realiza lo repite y se regocija. Su habilidad motora le lleva a tratar de subirse a la mesa. Cuando está comiendo trata de manipular la cuchara al tomar sus alimentos, aunque todavía no está bien capacitado para lograrlo. Estos intentos no deben coartarse sino complementarse con cierta ayuda para que pueda comer sólo, esto le permitirá al mismo tiempo ejercitar las habilidades y destrezas recién adquiridas.⁹

2.2 LACTANCIA AL PECHO MATERNO

2.2.1 Anatomía y fisiología de la mama

La mama está compuesta de alrededor de 15 a 20 "árboles" productores de leche, cada conducto lactífero tiene una porción dilatada, el seno galactóforo, tiene una pequeña abertura al pezón. La presión ejercida por la boca del lactante sobre la areola fuerza la salida de la leche que se ha juntado en las mamas. Cuando se sigue al árbol alejándose de sus raíces en el pezón, se observa que cada ducto se divide en ductos más pequeños hasta llegar finalmente a convertirse en dúcúlos y cada uno posee un lobulillo, el cual a su vez se compone de racimos de alveolos.

Cada alveolo posee células productoras y secretoras que rodean el dúcúlo, mientras que el alveolo está rodeado por células mioepiteliales que contraen y exprimen la leche hacia el sistema conductor, lo que da lugar al reflejo lactógeno. La areola misma contiene glándulas sebáceas (Montgomery) que se agrandan durante el embarazo y secretan una sustancia lubricante durante la lactancia. Tanto el pezón como la areola están provistos de terminaciones nerviosas cuya estimulación hace que el pezón se ponga erecto y facilite de esta manera el amamantamiento.

Como preparación para la lactancia, hay una gran producción de lobulillos y de sus unidades productoras de leche durante el embarazo. Esto se debe a la interacción entre la hormona de cre

cimiento, estrógenos, progesterona y lactógeno placentario humano. Los primeros cambios que se llevan a cabo en la mama ocurren alrededor de la octava semana de embarazo, las areolas se oscurecen y los pezones se hacen más erectos, las mamas se tornan más firmes y turgentes aumentando gradualmente de tamaño, pesando cerca de 700g cada una. Las mujeres con mamas pequeñas deben saber que son capaces de elaborar leche en cantidad adecuada, ya que el tejido glandular no tiene ninguna relación con la cantidad de tejido adiposo que es el encargado del volumen de las mamas.

El calostro comienza a elaborarse al final del embarazo manteniéndose bajo por la acción de la prolactina, (hormona que estimula la producción de leche), está suprimida por las altas concentraciones de estrógenos y progesterona características del embarazo. El nacimiento del bebé disminuye estas concentraciones y eleva la prolactina. La succión del niño controla la cantidad de leche producida por lo que el recién nacido asegura desde el principio la producción y mantenimiento de una provisión adecuada de leche, otra función que se inicia con la succión infantil es la liberación de oxitocina, lo cual hace que la madre sienta una sensación de cosquilleo en sus mamas, esto indica que ya está fluyendo la leche, ya que la oxitocina hace que las células mioepiteliales se contraigan provocando que la leche salga de los alveolos y continúe hacia el sistema conductor.

El que la leche fluya es esencial para la lactancia porque si esto no ocurre, el bebé recibirá sólo una pequeña cantidad que se ha juntado en los ductos y que ha drenado hacia los pezones. Debido a que la liberación de oxitocina es controlada por el hipotálamo, se puede recurrir a otros estímulos diferentes a la succión, como ver o pensar en el bebé, o escucharlo llorar. Además, la tensión, la fatiga, ansiedad o trastornos emocionales influyen mucho y de manera adversa sobre el reflejo para dejar fluir la leche hacia el exterior.

2.2.2 Factores que influyen en la disminución de la lactancia al seno materno

En las naciones del tercer mundo la alimentación materna todavía desempeña un papel muy importante en la supervivencia, pero incluso en estos lugares, los nuevos valores sociales extendidos por medio del crecimiento de la urbanización y de los sistemas de comunicación han provocado un descenso en la alimentación al seno materno en favor de la alimentación artificial que es más costosa y "moderna". Dos factores importantes que han contribuido a esta tendencia son: La creciente alineación de la gente con respecto a sus funciones corporales y la falta de respeto e importancia que se da a todos los aspectos relacionados con la crianza de los niños, muchas personas consideran vulgar la alimentación al seno materno, ya que atribuyen esta acción a los animales y no al hombre. Otro aspecto es que las ma

mas se han convertido en símbolos sexuales, actitud que muchas veces cambia la belleza por su función nutricional. También las prácticas hospitalarias favorecen este proceso de amamantamiento al no promover el alojamiento conjunto por causa de la falta de información del personal de salud, la publicidad de alimentos infantiles artificiales, la incorporación de la mujer al campo de trabajo, incertidumbre de la embarazada hacia la lactancia, entre otros, como los planteamientos de los movimientos feministas, para "liberar" a la mujer del trabajo del hogar y compartirlo con su pareja, así como los cambios en los comportamientos de vida observados en las últimas décadas.

2.2.3 Mecanismos para la promoción, protección y apoyo a la lactancia al seno materno

2.2.3.1 Promoción de la lactancia en el mundo

En 1981, la OMS y el UNICEF presentan a la 67a. reunión del comité consultivo de la OMS, una propuesta de código y la 34a. Asamblea Mundial de Salud lo adopta el 21 de mayo.

"El objetivo del código es contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y eficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna (todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para este fin) cuando éstos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y

mediante métodos apropiados de comercialización y distribución".¹⁰

El código se aplica a la comercialización y prácticas de los siguientes productos: sucedáneos de la leche materna, incluidas las preparaciones para lactantes, otros productos de origen lácteo, alimentos o bebidas, incluidos alimentos complementarios y también se aplica a biberones y chupones. El código no permite ninguna publicidad destinada al público de los productos antes mencionados, no se permiten las muestras a las madres, sus familias, personal de salud, clínicos, hospitales o consultorios.

Los sistemas de atención a la salud prohíben la promoción de los productos en los servicios de salud, es decir, ninguna exposición de productos, afiches, ni distribución de otros promocionales. No se debe permitir el empleo de personal facilitado o remunerado por las compañías fabricantes de dichos productos. Los fabricantes no pueden dar regalos ni muestras al personal de salud. La información que distribuyan sobre los productos debe ajustarse a datos científicos y objetivos.

Los suministros se harán sólo bajo vigilancia de las autoridades correspondientes, se permite la distribución gratuita o a precios bajos de sucedáneos de la leche materna a hospitales o clínicas. Los sucedáneos que se ofrecen gratuitamente a la madre, bajo prescripción médica, se deben proporcionar hasta que el médico lo indique.

El material informativo y educativo para la población en general, deben explicar claramente los beneficios de la lactancia al seno materno, los riesgos para la salud vinculados al uso del biberón y los costos del uso de las fórmulas infantiles. Las etiquetas de los productos deben decir claramente que la alimentación al seno materno es superior, explicar la necesidad de consultar a un agente de salud antes de usar un sucedáneo y deben contener una advertencia sobre los riesgos de uso para la salud del lactante.

En cuanto a su aplicación y vigilancia, los gobiernos deben adoptar y cumplir los principios y al objetivo del presente código, incluyendo la creación de leyes y reglamentos, así como otras medidas pertinentes.

2.2.3.2 Declaración Conjunta OMS/UNICEF

Con esta declaración se inicia, en 1989, con un movimiento mundial para la promoción y apoyo de la lactancia materna. En ésta se persiguen los siguientes puntos:

- Dar a conocer el papel fundamental que pueden desempeñar los servicios de salud en la promoción de la lactancia al seno materno.
- Describir lo que se debe hacer para dar información y apoyo a las madres.

- Adaptar a las circunstancias locales para que sea utilizada por cualquier persona que trabaje en el área de la salud.
- Estimular a todo el personal de salud para que revisen las políticas y prácticas que puedan interferir con la lactancia al seno materno.
- Destacar las medidas necesarias para establecer la lactancia natural en los servicios de salud.

En la cumbre mundial a favor de la infancia, los días 29 y 30 de septiembre de 1990, se reunió en las Naciones Unidas (ONU) el grupo más grande de dirigentes mundiales en la historia a fin de adoptar una declaración sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño, así como un plan de acción para aplicar la declaración en el decenio 1990.

En las metas que se especifican para el decenio de los 90's, en el apartado de nutrición se anota: "Lograr que todas las madres amamenten a sus hijos durante cuatro a seis meses y continuen la lactancia con la adición de alimentos hasta los dos años de edad de sus hijos".

En 1989, se llevó al cabo la Convención sobre los derechos del niño en la que se señaló en el artículo 25, el compromiso de "asegurar que todos los sectores de la población, en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la

salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia al seno materno, la higiene, ..."

2.2.3.3 Promoción de la lactancia en México

A partir de la iniciativa de la OMS y UNICEF en favor de la lactancia al seno materno, en México se iniciaron una serie de acciones, en las que el derecho a la salud, lo establece el Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. La Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud, antes mencionado, que tiene toda persona con el sólo hecho de residir en el territorio mexicano.

- El artículo 31: La Atención Materno Infantil es materia de salubridad general.
- Artículo 61: Señala que dicha atención es de carácter prioritario, comprendiendo acciones de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la atención al niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo.
- Artículo 64: Indica específicamente que en la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno infantil, el sistema de salud establecerá el fomento a la lactancia al seno materno.

La Norma para la Prestación de los Servicios de Atención Médica y la Norma Técnica Número 37 para la atención del recién nacido, publicadas el 14 de mayo y el 8 de julio de 1986 respec-

tivamente, en el diario oficial de la federación, regulan los artículos antes mencionados.

El acuerdo número 95 de la secretaría de salud, publicado en el diario oficial de la federación, el 28 de mayo de 1991, crea el Comité Nacional de Lactancia Materna.

Se encuentra bajo elaboración la Norma Técnica de Lactancia Materna, para su aplicación en todos los establecimientos de salud materno infantil.

También se llevó al cabo un acuerdo de la secretaría de salud con el consejo de fabricantes y distribuidores de sucedáneos de la leche materna, con este acuerdo a partir del 1º de enero de 1992, se atienden los siguientes puntos:

- Se suspende la entrega gratuita de sucedáneos de leche materna en los hospitales del Sistema Nacional de Salud.
- No se venderán sucedáneos de la leche materna a precios por debajo de los que regularmente se aplican en la comercialización de cada empresa.
- No se permite la promoción de los sucedáneos de la leche materna en los servicios de salud.
- Se debe establecer la promoción de alimentación al seno materno.

En 1989, se elabora el programa de acciones dirigidas a lograr

el retorno de la práctica de la lactancia al seno materno. Cuyo objetivo general es contribuir al mejoramiento de la calidad de atención al grupo materno infantil mediante la promoción de la lactancia natural y a la instalación del alojamiento conjunto en las unidades médicas del sistema nacional de salud, con servicios obstétricos. Promover la disminución del abandono de la lactancia. Contribuir a mejorar el estado nutricional del niño menor de un año proporcionando la lactancia exclusiva por un mínimo de cuatro meses. Evitar el uso indiscriminado de sucedáneos. Promover la instalación de los comités estatales de lactancia materna. Capacitar al personal de salud de todos los niveles de atención. Y promover y apoyar las investigaciones en materia de lactancia al seno materno.

Una parte del Programa está dirigida a incluir, en la currícula de los planteles educativos que forman personal para la salud, el tema de lactancia materna como un aspecto relevante.

El eje del programa se basa en el alojamiento conjunto, para brindar la oportunidad del contacto precoz y permanente de la madre y el niño. Inmediatamente después del nacimiento y durante el tiempo que permanecen en la unidad hospitalaria por motivo del parto. Otro aspecto primordial está dirigido a cambiar las rutinas hospitalarias que obstaculizan la lactancia natural y la capacitación necesaria para realizar el cambio de actitudes y llevar a efecto todas las acciones que se requieren.

Como parte de las estrategias para lograrlo, se elaboró y distribuyó el manual de alojamiento conjunto y lactancia materna a todo el país y a todas las unidades hospitalarias que ofrezcan, entre sus servicios, la atención prenatal y del parto.

El acuerdo No. 95 describe la creación del Comité Nacional de Lactancia Materna, el cual tiene la prerrogativa de convocar a otras instancias cuando el asunto a tratar así lo requiera. El comité tiene carácter temporal y se le asignan una serie de atribuciones, entre las que destacan: Proponer políticas generales, lineamientos y procedimientos en materia de lactancia. Proponer las adecuaciones necesarias a la legislación vigente, a fin de garantizar la lactancia al seno materno. Promover la creación de comités estatales de lactancia, así como la inclusión de contenidos temáticos sobre lactancia en las profesiones del área de la salud. Establecer procedimientos para la vigilancia del cumplimiento de la publicidad de los sucedáneos de la leche materna.

Para cumplir con lo antes mencionado, se diseñaron cuatro estrategias operativas:

Fortalecimiento Institucional, el cual tiene como objetivo modificar los problemas y obstáculos institucionales que propician el abandono precoz o el no inicio del amamantamiento mediante la implantación de "diez pasos para una lactancia exitosa".

Plan de Comunicación Educativa y Capacitación, tiene como objeto la promoción de la lactancia materna, mediante tres acciones a través de medios masivos, comunicación educativa y capacitación.

Participación Comunitaria, tiene como objeto involucrar a diferentes grupos en la promoción de la lactancia materna y articularse con actividades afines que realicen las instituciones públicas y privadas.

Seguimiento Epidemiológico. Esta estrategia tiene como propósito elaborar un diagnóstico situacional de la lactancia materna en el grupo de lactantes menores de seis meses, en las instituciones del sistema nacional de salud y vigilar los cambios en encuestas subsiguientes.

En forma paralela a estas cuatro estrategias básicas, se estableció coordinación con Comités Estatales de Lactancia Materna con el propósito de coordinar, promover y fomentar las acciones de lactancia materna de acuerdo a las características locales, adecuando la normatividad a la realidad regional.

2.2.4 Orientación Prenatal para estimular la Lactancia al Pecho Materno

La mayoría de las mujeres ya no consideran la alimentación al pecho materno como algo natural, y de gran importancia tanto para el bebé como para ellas mismas. Por lo tanto, esto debe

fomentarse en la orientación prenatal, al principio del tercer trimestre. En circunstancias ideales, se debe hacer una sesión individual para los futuros padres. En esta sesión también se pueden explorar aptitudes, prejuicios, preguntas y temores de la pareja, aclarar que la gran mayoría de las mujeres pueden alimentar con éxito a sus hijos si están preparados psicológicamente para ello. Ya que de esta manera se puede reforzar la decisión de quienes planean amamantar a su hijo y convertirse en partidarias de la alimentación al pecho materno a quienes no lo deseaban.

Por otra parte, la visita prenatal también puede servir para conocer la forma en que piensa el padre, ya que la alimentación al seno materno tiene poco éxito cuando el padre se opone a ella. Hay que darle la oportunidad de examinar algunos de sus sentimientos y enseñarle la técnica básica, para despejar el camino hacia la decisión que la madre debe tomar. De esta manera, ella recibirá otra opinión muy importante.

Otro aspecto básico que debe tomarse en cuenta en la consulta prenatal es el cuidado de los pechos. Es importante que la madre prepare sus pezones durante la gestación para que al iniciar la alimentación funcionen de manera adecuada y no produzcan molestias. En la preparación para la lactancia es importante dar masajes a los pezones de la siguiente manera: Se deben empujar con suavidad hacia afuera y hacerlos rotar entre los

dedos índice y pulgar, masajeándolos suavemente con alguna crema neutra. Esta acción los torna más suaves y elásticos, evitando la molesta resequedad, realizando esta operación todos los días.

Es importante recordar el lavado de manos antes de tocar los pechos y evitar así infecciones manteniendo los pezones saludables para el momento de la alimentación del niño. También se recomienda durante el baño frotarlos con una tela suave, y exponerlos al aire por algunos minutos antes de que la madre se vista, para que se sequen por completo, no debe recomendarse el uso de jabón en el lavado de los pechos durante el embarazo y la lactancia, ya que habrá un mínimo de irritación, ulceraciones y lactancia dolorosa.

Debe recomendarse el uso del sosten "brasier" durante el embarazo ya que causa una sensibilización efectiva en la superficie del pezón haciendo que la contractilidad máxima ayude al niño a agarrar con mayor facilidad la mama, evitando también traumatismos e irritación a la madre. Sin olvidar que la eficacia de la lactancia también depende de la capacidad mecánica del bebé para sujetar el pezón de la madre entre la lengua y el paladar.

Otro problema al que se enfrentan las madres frecuentemente es a los pezones invertidos, éstos tienen la incapacidad parcial para alargarse hacia afuera, retrayéndose hacia el tórax, lo

que significa que el niño tendrá problemas para detenerlo dentro de la boca durante la lactancia.

Los pezones invertidos se estimulan durante el embarazo con el siguiente ejercicio: Se deben colocar los dedos índices opuestos el uno al otro en los márgenes de la areola y se estira con suavidad el pezón hacia afuera, esta maniobra ayuda a que los pezones adquieran mayor elasticidad y serán más fáciles de sujetar para el bebé. Se debe repetir durante varios minutos (5-10 min.), una o dos veces al día, en el último trimestre del embarazo, si los pezones siguen invertidos después del parto se pueden continuar los ejercicios antes de alimentar al niño.

También debe informarse a la madre sobre los beneficios que proporciona la lactancia materna, del horario para la alimentación, de la extracción manual, alojamiento conjunto, técnicas de amamantamiento, higiene, entre otros.

2.2.5 Composición de la Lecha Humana

Los mamíferos se alimentan de la leche, dentro de este grupo se encuentra el hombre, al nacer el hombre es el animal más indefenso por lo que depende de su madre no sólo el primer año de vida, sino muchos más.

Desde el tercer mes de la gestación, la glándula mamaria produce una sustancia denominada precalostro, formada por un exudado del plasma, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroal

búmina, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa.

Posteriormente aparece el calostro líquido amarillento por la presencia de beta-carotenos. Tiene una gravedad alta (1040-1060) que lo hace espeso. Se secreta lentamente durante las últimas semanas de embarazo hasta el 4º día postparto. Aumenta su volúmen en forma progresiva a 100 ml. al día, en el transcurso de los primeros tres días y está en relación directa con la intensidad y frecuencia del estímulo de succión. Esta cantidad es suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido.

El calostro tiene el 87% de agua; 58 Kcal/100 ml, 2.9 g/100 ml de grasa; 5.3g/100 ml. de lactosa y 2.3 g/100 ml. de proteínas es decir, casi tres veces más que la leche madura. Destaca por su concentración de IgA y lactoferrina que junto a la gran cantidad de linfocitos y macrófagos le confieren la condición protectora para el recién nacido. Su concentración de sodio cae rápidamente de 60 mM en el día del parto, a 20 mM al cuarto día. Así como un aumento progresivo de las concentraciones de lactosa.

El calostro tiene un PH de aproximadamente 7.45, lo que favorece el vaciamiento gástrico, es decir, facilita la rápida eliminación de meconio del tubo digestivo del niño al estimular la peristalsis.

"Resumiendo, el calostro tiene alta densidad en poco volumen,

menos lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles, comparada con la leche madura, más proteínas, vitaminas liposolubles, sodio zinc e inmunoglobulinas".¹¹

Después del cuarto día postparto, comienza a producirse la leche de transición, la cual en relación al calostro presenta un aumento del contenido de: lactosa, grasas, calorías y vitaminas hidrosolubles, y con una disminución en las proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles. Estos cambios ocurren bruscamente, y continúan hasta estabilizarse, alrededor de los 14 días, con un volumen estable de 600 a 750 ml por día.

La leche madura se produce a partir del 10º día, con un volumen promedio de 700 a 800 ml. y sus principales componentes son: AGUA que es su mayor componente, representa aproximadamente el 90% y depende del porcentaje de la glucosa como precursor de la lactosa. Si la mujer que lacta disminuye su ingesta, el organismo conserva líquidos a través de la disminución de pérdidas insensibles y orina para mantener la producción. Por lo tanto, debe insistirse a la madre para que tome mínimo dos litros de agua al día, y aumente así el volumen de leche. CARBOHÍDRATOS representan el 7.3% del total de componentes de la leche. El principal azúcar es la lactosa, un disacárido compuesto de glucosa y galactosa, con un valor osmótico fundamental en la secreción de agua. Además, existen más de 50 oligosacáridos que contribuyen el 1.2% de la leche, entre los que se encuentran

glucosa, galactosa y otros. Todos estos carbohidratos y glucoproteínas poseen un efecto benéfico para el desarrollo de *Lactobacillus bifidus* (principalmente la fucosa). LIPIDOS varían del 2.1 a 3.33% de los constituyentes de la leche; es el componente con mayores variaciones en su concentración durante toda la lactancia; las variaciones se presentan al inicio y al final de la tetada, en la mañana y en la noche y según la dieta de la madre; el mayor componente son los triglicéridos, también contiene fosfolípidos y colesterol; recientes estudios han demostrado la presencia de dos ácidos grasos polinsaturados, el ácido linoleico y el docoexanoico, con un efecto primordial en el desarrollo del sistema nervioso central.

PROTEINAS constituyen el 0.9% de la leche; el mayor porcentaje corresponde a caseína (40%) y proteínas del suero (60%), lactoalbumina, lactoferrina y lisozima; como parte del Nitrógeno no protéico se encuentran aminoácidos libres, entre ellos la taurina, que el recién nacido no es capaz de sintetizar, siendo necesaria para conjuguar los ácidos biliares, además, funciona como neurotransmisor.

También se encuentran presentes inmunoglobulinas IgA, IgG, IgM pero la más importante es la IgA ya que su función consiste en proteger las mucosas del recién nacido, y es producida por el denominado cilo enteromamario que consiste en una progenie de linfocitos específicamente sensibilizados que se originan en el

tejido linfático adyacente al tubo digestivo migran a la glándula mamaria, aportando la leche células inmunológicamente activas que secretan IgA. La lactoalbúmina que tiene alto valor biológico para el niño, la lactoferrina que contribuye a la absorción de hierro en el intestino del niño, además de tener una acción bacteriostática. Existen asimismo otras proteínas en concentraciones bajas, tales como enzimas, moduladores del crecimiento y hormonas.

LISOZIMAS son factores antimicrobianos no específicos, con acción bactericida contra enterobacterias y bacterias gram positivas.

VITAMINAS, la leche humana contiene todas las vitaminas, existiendo variaciones en las hidrosolubles (complejo B y C), dependiendo de la dieta de la madre. También cuenta con la cantidad suficiente de minerales para cubrir las necesidades del lactante, encontrando altas concentraciones de sodio y potasio en los primeros días de vida, lo cual puede ser un mecanismo de defensa importante contra la deshidratación, aunque posteriormente la baja concentración de éstos y la baja carga renal de solutos en la leche materna se consideran una protección contra la aparición de hipertermia en lactantes y recién nacidos.

2.2.5.1 Factores Inmunológicos

Las propiedades protectoras de la leche humana se deben a la

presencia de dos factores humorales y celulares en los factores humorales encontramos a:

- Inmunoglobulinas

Todas las inmunoglobulinas (Ig's) se encuentran presentes en la leche humana, pero su concentración es mayor en el calostro. La Ig más importante es la IgA secretora, ya que es más resistente a condiciones de acidez y a la actividad digestiva. Proporciona protección local intestinal en contra de virus, como poliovirus y bacterias del tipo de E. Coli, enterotoxinas de E. Coli, V. cholerae, clostridium tetani, C. diphtherae, Diplococcus pneumoniae, salmonella, shigella y rotavirus. Puede actuar in vivo por interferencia con las adherencias bacterianas o viral a las células epiteliales, evitando que se establezcan en las paredes de la mucosa gástrica e intestinal.

La IgG e IgM se encuentran en concentraciones menores y proporcionan protección contra bacterias y virus como citomegalovirus, Sincicial respiratorio y Rubeola. La leche materna también estimula la producción de IgA secretora del niño.

- Factor bífido

Es un carbohidrato presente en el calostro y leche madura que promueve la colonización intestinal de lactobacilos en presencia de la lactosa. Esto produce un PH intestinal bajo, que inhibe la colonización de bacterias gram negativas y hongos. En el niño prematuro disminuye la incidencia de septicemia, ente

rocolitis necrosante entre otras infecciones.

- Lisozima

Es una enzima que actúa como bacteriostático en bacterias gram positivas y enterobacterias.

- Lactoferrina

Es una proteína unida al hierro que tiene un efecto bacteriostático importante en contra de estafilococos, E. coli y Candida albicans, mediante deprivación del hierro que requieren para su crecimiento.

- Complemento

Es otra proteína cuyos componentes C3 y C4 están presentes en el calostro. Tiene un papel importante en las lisis bacterianas, uniéndose a anticuerpos específicos.

- Proteína unida a vitamina B12

Esta proteína tiene predilección para unirse a la vitamina B12 y de esta forma impide su disponibilidad para el crecimiento de E. Coli y bacteroides.

- Gangliósidos

Son glucolípidos que inhiben las toxinas de E. coli y V. cholerae. Los gangliosidos de la leche humana pueden ser una protección importante en contra de agentes productores de endotoxinas.

En resumen, la inmunidad humoral impide la replicación de bac-

terias patógenas y disminuye la cantidad de éstas. Al disminuir el número de bacterias se permite que los anticuerpos actúen mejor, previniendo la absorción de las bacterias y su paso a la circulación.

- Factores Celulares

Además de los factores humorales mencionados, se encuentran una variedad de células con acción protectora. Entre éstas las más importantes son:

- Macrófagos

Actúan principalmente fagocitando hongos y bacterias, son productoras de C3 y C4, lisozima y lactoferrina. Participan en la síntesis y excreción de lactoperidasa y de factores que actúan favoreciendo el desarrollo del epitelio del intestino delgado y la acción de sus enzimas.

- Polimorfonucleares

Se encuentran en gran cantidad en el calostro, disminuyendo paulatinamente hasta las seis semanas. En la leche madura, se encuentran en menor cantidad. Su acción protectora se ejerce principalmente sobre la piel de la mama, especialmente las primeras semanas, cuando ésta es más susceptible.

- Linfocitos T

La información actual apoya el concepto de que los linfocitos presentes en el calostro y en la leche madura, proporcionan be

neficios inmunológicos.

2.2.5.2 Propiedades antialérgicas de la leche humana

En los últimos años se ha observado un incremento en la frecuencia de alergias causadas principalmente por la aparición de fórmulas lácteas comerciales y la eliminación de la alimentación al pecho materno en algunos países industrializados.

Por otro lado, existe predisposición genética en hijos de padres con antecedentes de atópia. No obstante, se ha demostrado que la alimentación al pecho materno de este grupo de niños disminuye la frecuencia de aparición de eczema. Ya que el contenido de IgA en la leche humana es el factor responsable de la protección contra las proteínas contenidas en la leche de vaca, previniendo la sensibilización del niño. Por otra parte, la IgA previene la absorción de macromoléculas extrañas, así como la proteína de la leche materna al ser específica de especie, no es alérgica a diferencia de la que contiene la leche de vaca, a la cual se suma el 20% de las alergias que presentan los lactantes.

2.2.5.3 Diferencias entre la leche humana y la de vaca

La leche humana es más digerible para el niño que la leche de vaca, ya que la caseína de la leche de vaca modificada (fórmu-

la) es muy abundante, formando en el intestino del niño un coágulo de difícil digestión. En cambio, la caseína de la leche humana tiene la propiedad de formar micelas pequeñas y blandas fáciles de digerir.

La osmolaridad de la leche de vaca es significativamente mayor que la de leche humana generando en el niño una mayor carga renal de solutos. La leche de vaca contiene Beta-lactoglobulina, la cual se ha relacionado con mayor incidencia de problemas alérgicos en la infancia, además de no contener sustancias protectoras contra infecciones en el niño.

La leche humana contiene mayores niveles de hierro que la leche de vaca. Las fórmulas de inicio contienen mayor cantidad, sin embargo, los lactantes alimentados al seno materno no desarrollan anemia, debido a la mayor absorción del hierro contenido en la leche humana. El zinc presente en la leche materna tiene un índice de absorción mayor (42%), que el de las fórmulas maternizadas (31%) y de la leche de vaca (28%).

Se asocia con una disminución de los procesos de caries dentales el nivel de flúor en la leche humana son menores que en la leche de vaca. Sin embargo, su absorción es mayor con la leche humana la ministración de flúor oral a la madre no logra incrementar estos niveles. En estudios comparativos se ha demostrado que el niño alimentado al seno materno tiene menos caries y una mayor salud dental.

La mayoría de las hormonas se encuentran presentes en la leche humana y su concentración varía durante la lactancia. Entre las más importantes se encuentran las hormonas tiroideas, que se piensa tienen un efecto profiláctico en los niños hipotiroideos, las prostaglandinas cuyo papel consiste en aumentar la motilidad gastrointestinal, ocasionando las evacuaciones típicas en el niño alimentado al seno materno y el factor de crecimiento epidérmico que es un péptico que estimula la maduración y el tubo digestivo.

Por lo anteriormente mencionado, podemos decir que la leche humana es el mejor alimento que puede recibir un recién nacido durante los primeros cuatro meses de vida.

2.2.6 Alimentación de la madre que lacta

La mujer que amamanta debe cuidar sus hábitos alimentarios, de higiene y salud, a fin de producir la cantidad de leche necesaria para el óptimo crecimiento y desarrollo de su hijo, disminuir el riesgo de padecimientos infecciosos y anémicos que dificulten el proceso de lactancia.

Normalmente una mujer debe consumir 1500 Kcal. por día. Actualmente se recomienda que las mujeres que se encuentran amamantando a su hijo, aumenten su ingesta en 500 Kcal./día durante los primeros cuatro meses de la lactancia, ya que la cantidad de líquidos y calorías en la dieta materna afecta el volumen

de leche que produce, haciendo de esta forma un total de 2000 Kcal. En caso de que la lactancia se prolongue más allá de este período, se irán aumentando las Kcal. poco a poco hasta llegar a 2500 como máximo y procurando que las calorías extras procedan de alimentos con alto valor nutricional y no de comidas tipo postre. Esto debe asegurar que haya un aporte adecuado de proteínas, vitaminas y minerales necesarios para la producción de leche.

Las madres mal alimentadas pueden producir leche de buena calidad, pero, en menor volumen y a expensas de su propia salud, ya que más tarde la madre puede llegar a presentar anemia, desmineralización de los huesos, entre otros padecimientos.

2.2.6.1 Madres Vegetarianas

Los hijos de madres vegetarianas estrictas (que no comen carne, pescado ni lácteos) pueden mostrar disminución del crecimiento y permanecer por debajo de las curvas standar de crecimiento a pesar que el desarrollo sigue normal, y no apareciendo anemia como factor importante. Algunos niños han presentado raquitismo debido a la exclusión de lácteos y huevo por parte de sus madres, por lo que se sugiere implementar complementos vitamínicos en su dieta.

2.2.6.2 Factores de Riesgo Nutricionales

- Madres obesas que pueden intentar imprudentes dietas reducti

vas, durante la lactancia, ya que no cubren todas las necesidades nutricionales del niño y en ocasiones ni de ella misma.

- Madres adolescentes cuyas dietas pueden ser inadecuadas.
- Vegetarianas estrictas que pueden elaborar leche con bajo contenido de vitamina B12 principalmente.
- Mujeres anémicas
- Niños con exposición deficiente a los rayos del sol y que están en riesgo de padecer raquitismo.
- Niños prematuros que pueden iniciar su vida con depósitos disminuidos de hierro, lo que más tarde constituye un riesgo de anemia por disminución de hierro.
- Madres con escasa o nula información para la salud nutricional.
- Madres de bajo nivel socio-económico

2.2.6.3 Obesidad y Lactancia

Los niños obesos pueden tener un mayor número de células adiposas permanentes y por lo tanto, subirán de peso con más facilidad cuando lleguen a la edad adulta, que aquellos que han tenido peso normal en la niñez.

La sobre alimentación en la lactancia también afecta los hábi-

tos dietéticos y la regulación de la ingesta de energéticos más adelante en la niñez y en la vida adulta.

Los niños tienen gran necesidad de succionar y puede haber la tendencia a satisfacer esta necesidad con un biberón o fórmula más que con un chupón, provocando sobre alimentación. Por lo que se observa que los niños alimentados con biberón duplican su peso antes que los amamantados al pecho materno, observando que la obesidad se presenta en estos últimos con menos frecuencia.

Si el niño amamantado al pecho materno sube de peso en forma rápida, los padres deben recordar que el llanto no es sinónimo de hambre y que pueden utilizarse otras técnicas de consuelo que no sean el alimentarlo.

La Enfermera tiene una gran labor en este aspecto, ya que debe enseñar a la madre como distraer, consolar y estimular al niño para que tenga un buen crecimiento y desarrollo, evitando así la obesidad y adquiriendo buenos hábitos nutricionales desde la infancia.

2.2.6.4 Restricciones dietéticas y otras

Durante la lactancia se recomienda reducir el consumo de algunos productos alimenticios y no alimenticios como:

- Alimentos muy irritantes

- Alimentos muy condimentados
- Latería
- Alcohol
- tabaco
- Drogas (en caso de que la madre las consuma)

Ya que éstas pueden alterar el sabor de la leche y provocar el rechazo del niño, además de causarle algún daño a la salud como en el caso de las toxiadicciones (principalmente al sistema nervioso central).

2.2.6.5 Higiene

Es necesario que la mujer que amamanta practique el baño y cambio de ropa diariamente, evitando el uso de jabón en las mamas a fin de disminuir la posibilidad de grietas. Recomendando la aplicación posterior de alguna crema neutra.

Cada vez que la madre alimenta a su hijo debe limpiar sus pezones con agua limpia, después de amamantarlo es recomendable hacer una nueva limpieza de los pezones, pero esta vez la mujer debe exprimir un poco de su leche y lubricar con ella sus mamas (principalmente pezones y areolas), dejarlos secar al aire libre y vestirse, ya que la leche es altamente bacteriostática y protege los pechos contra infecciones, grietas e irritación. Para evitar mojar la ropa interior por el goteo constante de leche que suele producirse algunas veces, se debe presionar el

pezón durante algunos segundos para impedir el paso de la leche hacia el exterior y evitar así que siga saliendo. es recomendable que la madre coloque debajo del sostén almohadillas o protectores de lactancia prefabricados, o hechos por ella misma de acuerdo a los recursos económicos con los que cuente. Debe cambiarlos cada vez que se humedezcan a fin de mantener los pezones secos y evitar las molestas grietas.

2.2.7 Factores de Riesgo para la Lactancia

Factores socioculturales: Dentro de los cuales encontramos una gran variedad de tabúes que existen acerca de la lactancia al pecho materno y que son transmitidos a la madre a través de la familia resultando positivos o negativos en el curso de dicho proceso, por ejemplo los comentarios de:

- La madre o suegra que de buena intención dice "en mis tiempos las cosas se hacían de tal forma".
- La hermana "yo siempre completaba con biberón y mis hijos son muy sanos".
- La cuñada "mejor no le des pecho, se echa a perder el cuerpo, se te cuelgan los senos y te quedan horribles".
- Y el padre que comenta "ni te preocupes para eso hay ahora todas esas leches y biberones".

Instituciones de salud en las que encontramos:

pezón durante algunos segundos para impedir el paso de la leche hacia el exterior y evitar así que siga saliendo. es recomendable que la madre coloque debajo del sostén almohadillas o protectores de lactancia prefabricados, o hechos por ella misma de acuerdo a los recursos económicos con los que cuente. Debe cambiarlos cada vez que se humedezcan a fin de mantener los pezones secos y evitar las molestas grietas.

2.2.7 Factores de Riesgo para la Lactancia

Factores socioculturales: Dentro de los cuales encontramos una gran variedad de tabúes que existen acerca de la lactancia al pecho materno y que son transmitidos a la madre a través de la familia resultando positivos o negativos en el curso de dicho proceso, por ejemplo los comentarios de:

- La madre o suegra que de buena intención dice "en mis tiempos las cosas se hacían de tal forma".
- La hermana "yo siempre completaba con biberón y mis hijos son muy sanos".
- La cuñada "mejor no le des pecho, se echa a perder el cuerpo, se te cuelgan los senos y te quedan horribles".
- Y el padre que comenta "ni te preocupes para eso hay ahora todas esas leches y biberones".

Instituciones de salud en las que encontramos:

- Personal que no motiva a la madre en toda la etapa perinatal.
- Uso de biberón en los cuneros
- Uso de cuneros y no del alojamiento conjunto.

Instituciones Educativas que parecen no apoyar la lactancia favoreciendo el uso de biberones, mostrando apatía hacia el tema, otorgándole poca o nula importancia.

Ambiente laboral:

- Ausencia de guarderías dentro o cerca del ambiente de trabajo.
- Desconocimiento de la madre para extraerse la leche, almacenarla y que otra persona se la de al niño con vasito o cuchara.

Ambiente Social:

Amigos, familiares o conocidos que censuran la lactancia, ya que en algunos medios sociales se critica a la madre que lacta es mal visto y es morboso, porque la glándula mamaria es considerada como un órgano sexual.

Medios de Comunicación:

Esto se da a través de campañas masivas de publicidad sobre biberones y diferentes fórmulas que alteran la economía familiar.

2.2.8 Ventajas de la lactancia al pecho materno

La lactancia materna proporciona grandes ventajas tanto para

el niño como para la madre, ya que establece como resultado un vínculo afectivo entre ambos ocasionando que las madres toquen y hablen más con sus niños, manteniéndolos felices, satisfechos y que lloren menos. También las madres responden con mayor rapidez al llamado de sus bebés e identifican mejor sus necesidades. Cuando el contacto es precoz (inmediatamente después de que nace el niño), se ha observado que hay una mayor producción de leche, menos infecciones, mayor crecimiento y mejor regulación de la temperatura corporal del lactante.

Ventajas para el niño:

- Mayor digestividad
- Mayor absorción
- Disminuye los cólicos
- Evita el estreñimiento
- Proporciona un exacto equilibrio de nutrientes que favorecen el crecimiento y desarrollo
- El contacto con la madre le proporciona seguridad, tranquilidad y confianza
- Previene la desnutrición, obesidad y procesos alérgicos
- No está contaminada
- Protege contra enfermedades gástricas, otitis, meningitis, enfermedades respiratorias, enterocolitis necrosante, caries y diabetes juvenil
- Tiene la temperatura adecuada para el organismo del niño

- Estimula el correcto desarrollo del paladar y área dental.

Ventajas para la madre:

- Está disponible en cualquier momento, evitando la preparación de biberones
- Es más económica
- Inhibe la hemorragia postparto
- Disminuye los efectos secundarios del DIU
- Se encuentra estéril
- Disminuye la probabilidad de sufrir cáncer mamario
- Ayuda a que el útero recupere más rápido su posición y tamaño original
- Evita la preparación de biberones y pérdida de tiempo
- Favorece la pérdida de peso excesivo
- Actúa como método anticonceptivo en algunos casos
- Es de mayor calidad

Ventajas Psicológicas en ambos:

- Mayor vínculo materno-infantil
- Mayor adaptación social
- Mayor desarrollo psicomotor
- Disminuye problemas de atención
- Evita la diferencia psicoafectiva
- Establece lazos de amor

Ventajas para la Familia:

- Unión familiar ya que no sólo es responsabilidad de la madre el padre debe darle apoyo, compañía y estímulos, además de participar en actividades para que la madre descanse.
- Es un momento propicio para compartir con los hermanos, brindando compañía al recién nacido y al mismo tiempo cariño y protección.

Ventajas para el País:

- Representa un ahorro importante en la compra, almacenamiento y transporte de leches, además del ahorro por combustible, personal, etc., que se requiere para su distribución y preparación. Contribuye a la conservación del medio ambiente por el proceso de obtención e industrialización.
- Por otra parte, contribuye a la conservación del medio ambiente, ya que por cada 3,000 niños alimentados con fórmula, se desechan 70 mil toneladas de aluminio, se consume gas para esterilizar los biberones y el agua, los desechos de las fábricas contaminan ríos y mares, deforestan montes y selvas para cría de ganado vacuno y producen la extinción de especies por deforestación y contaminación de su hábitat.

2.2.9 Técnicas de amamantamiento al pecho materno

La lactancia materna debe iniciar tan pronto como lo permita el estado de la madre y el niño. Actualmente se inicia 30 min.

después del parto y se continúa a libre demanda (cada vez que el niño lo solicite), generalmente cada 3 horas por el día y 4 por la noche.

Si la madre aprende la técnica correcta para amamantar, podrá adoptar otras posiciones en las que se encuentre más cómoda, pero siempre deberá realizar las siguientes acciones:

- Lavarse las manos con agua y jabón, así como limpiar sus pezones con agua tibia con un trapo limpio
- Elegir la posición más cómoda para ambos
- El niño debe estar seco, con la temperatura adecuada y las manos libres
- Que su hijo esté frente a ella
- Que la mayor parte de la areola esté cubriendo la boca del niño
- Iniciar la alimentación en el seno que terminó la vez anterior
- Tomar el pezón entre los dedos índice y medio y acercarlo a la mejilla del bebé
- Cada 10 o 15 minutos separar al bebé, deslizando suavemente el dedo índice a lo largo del pezón hasta que el niño abra la boca
- Recargarlo sobre el hombro de la madre y darle palmadas sua

ves sobre la espalda para que el niño erupete.

- Posteriormente ofrecer el otro seno para que el niño se satisfaga y hacerlo erupetar nuevamente

Posición sentada clásica:

- Con la espalda recta colocar una almohada bajo el niño para que quede más cerca del pezón
- Acercar al niño al pecho y no a la inversa, ya que de hacerlo se provocarán molestias en la espalda.
- Colocar al niño sobre un brazo, de tal forma que se pueda sostener con la mano del mismo brazo la pierna o las nalguitas del niño.
- Procurar que la cara quede exactamente frente al seno, lo que permitirá sostener el pecho con la otra mano en forma de letra C, es decir, con el pulgar arriba de la areola y los otros cuatro dedos por abajo del pecho.
- La mano en esta posición permite dirigir fácilmente el pezón.
- Tocar con el pezón el labio inferior del niño para desencadenar el reflejo de búsqueda
- Al abrir la boca se debe atraer al niño rápidamente hacia el pecho para que logre tomar no sólo el pezón, sino también la mayor parte de la areola.

Acostada en Decúbito Lateral:

- El cuerpo del bebé sigue el cuerpo de la madre y están juntos

abdomen con abdomen

- La madre ofrece el pecho del lado en que está acostada
- Esta posición y la de "balón de futbol" son las más apropiadas cuando la madre ha tenido una operación cesárea.

Balón de Futbol o Sandía:

- El cuerpo del bebé se encuentra debajo de la axila de la mamá con el estómago pegado a las costillas de la madre
- La mamá sostiene el cuerpo del bebé con el brazo del mismo lado y con la mano le sostiene la cabeza.

Se aconseja que se varíen estas posiciones para que el bebé comprima con las encías y la lengua, distintos sitios de la areola y el pezón.

En caso de que el niño tenga síndrome de Dawn, se colocará semisentado frente a la mamá y lo más cerca posible de ella, a estos niños debe establecerseles un horario ya que no lloran y sus reflejos son casi nulos.

Si el niño presenta labio y paladar hendido, deberá la madre tomar el pezón en forma de tijera y colocar uno de sus dedos cubriendo el orificio de la boca del niño con el fin de ayudarlo a que sostenga y succione con mayor facilidad, acercandolo aún más a la mamá.

No debe olvidarse que por lo general durante los dos primeros meses el niño regula su horario de alimentación. En este perío

do debe ser amamantado cada vez que tenga hambre, sea de día o de noche. El tiempo entre una tetada y otra no debe ser menor de dos horas ni mayor de cinco, ya que la capacidad gástrica de un recién nacido es de 25 ml. por toma aproximadamente.

2.2.9.1 Extracción Manual

Indicaciones para la extracción manual:

- Niños prematuros que por cualquier razón no pueden succionar directamente el seno.
- Madre o hijo que por razones médicas no pueden estar juntos
- Madre que trabaja o tiene que permanecer fuera del hogar
- Casos extremos de dolor de pezón de la madre o prevenir o aliviar la congestión.
- Alteraciones anatómicas o funcionales que impidan al recién nacido la succión normal al seno.
- Para aumentar la producción de leche

Técnica de Extracción Manual:

Consta de tres pasos: la preparación, estimulación y la extracción.

PREPARACION

- Realizar lavado de manos previo con agua y jabón
- Secar las manos con un trapo limpio dedicado para este fin.
- Contar con un frasco de vidrio preferentemente, sin bordes, con tapa y hervido previamente.

ESTIMULACION

Esta se realiza a través del masaje, el cual comienza en la parte superior del pecho. Oprimiendo firmemente hacia la caja torácica. Usar un movimiento circular con los dedos en un mismo punto.

Después de 5 segundos, proceder a otra área del seno, continuar en espiral alrededor del seno con el masaje hasta llegar a la areola. El movimiento es similar al que se usa en el auto-examen de mama.

Frotar cuidadosamente el pecho desde la parte superior hacia el pezón de manera que produzca cosquilleo y continuar este movimiento desde la base del pecho al pezón. Esto ayuda a relajar a la madre y estimula el "aflojamiento" de la leche.

Sacudir suavemente ambos senos, inclinándose hacia adelante. La fuerza de la gravedad ayuda a la bajada de la leche.

EXTRACCION

Se debe colocar la mano sobre el seno en forma de C, empujar los dedos hacia la caja torácica evitando separar los dedos. Realizar movimientos giratorios y oprimir para producir el vaciamiento de las glándulas sin maltratar los tejidos de los pechos que son muy sensibles. No debe olvidarse rotar la posición de los dedos para desocupar todos los ductos lactíferos. Utilizar primero una mano y luego la otra en cada mama, evitando apretar demasiado, ya que puede condicionar la aparición de pe

queñas micro-hemorragias subdérmicas (moretones).

La extracción de la leche debe hacerse directamente en el frasco, una vez terminada se debe tapar el frasco y colocarlo en el refrigerador a 3°C.

No debe olvidarse que la madre que trabaja necesitará mayor apoyo para alimentar a su hijo, y la leche debe ofrecerse en un vaso o con cuchara y nunca con biberón, ya que el bebé no ejercitará los músculos faciales retardando la masticación, dado que el chupón le proporciona la gota exacta impidiendo la estimulación muscular.¹²

Duración de la leche materna una vez extraída:

Leche para prematuro en refrigeración a 3°C.	24 horas
Leche para niño a término en refrigeración a 3°C.	48 horas
Fuera del refrigerador y alejada del calor	40 minutos

Si la madre no cuenta con refrigerador puede utilizar un recipiente con arena húmeda e introducir la leche en él.

2.2.10 Factores que condicionan la suspensión temporal
o definitiva

Factores Locales:

- Pezones agrietados
- Pezón adolorido
- Senos muy llenos
- Mastitis
- Absceso mamario

Factores Generales:

- Lepra
- Tuberculosis
- Sífilis
- Toxoplasmosis
- VIH (SIDA)
- Dolor
- Cáncer mamario
- Septicemia
- Toxemia severa
- Tromboembolia
- Hipertensión
- Diabetes
- Hepatitis tipo B y C
- Herpes

Medicamentos de uso riesgoso:

- Antihistamínicos
- Descongestivos
- Anticonceptivos con altas concentraciones de estrógeno
- Narcóticos (ya que suprimen el sistema nervioso del bebé)
- Ergotamina
- Antitiroideos (causan hipotiroidismo en el bebé)
- Fenobarbital
- Quinolanas (producen bloqueo en el desarrollo de huesos)

Suspender la lactancia si la madre consume:

- Metronidazol
- Cloranfenicol
- Antineoplásicos (drogas oncológicas)
- Toxiadicciones
- Fenindiona (anticoagulante)
- Salicilatos

2.2.10.1 Factores de los medicamentos sobre el niño

Los medicamentos en el niño pasan a través de la leche causando:

- Absorción gastrointestinal
- Hipoxia Neonatal
- Menor capacidad para degradar el fármaco
- Aumenta la toxificación

Ya que esto depende de la edad del lactante y de su peso, pues es más lábil.

Se recomienda evitar el uso de fármacos, en caso de que se utilice algún fármaco que sea bajo vigilancia médica, establecer un horario del medicamento según su vida media.

"Y para concluir este capítulo, diremos que la paternidad y maternidad constituyen una tarea de vital importancia, siendo ésta la más difícil de todas las tareas humanas y para la que todo ser humano debe estar preparado para cuando llegue el momento".¹³

2.3 ALIMENTACION ARTIFICIAL

2.3.1 Industrialización y Urbanización

"El abandono de la lactancia materna inició a principios del siglo XX en los países industrializados adoptándose, posteriormente, por las naciones pobres. Esta situación ha sido influida por diferentes vías, culturales y socioeconómicas que alentaron la implantación de una "cultura del biberón" haciéndola sinónimo de modernidad y de mejor calidad en la alimentación de los recién nacidos.

Parte de la adopción de la "cultura del biberón" por las mujeres de estratos económicos altos en los países subdesarrollados, ha sido en franca imitación a las sociedades avanzadas, donde sus recursos les permiten la alimentación con sucedáneos de la leche, sin peligro aparente.

Esta situación es consecuencia de la urbanización acelerada y no planificada de la vida rural, que altera sus raíces culturales y hacen abandonar a la población hábitos y costumbres, incluidas las alimentarias. A esto se agrega la fuerte migración en nuestro país de zonas rurales a zonas urbano-marginadas, donde se imitan estos patrones sin los recursos necesarios".¹⁴

Por lo anteriormente mencionado, podemos observar que la lactancia materna no es solamente instintiva, también es una conducta adquirida, por lo que en la actitud hacia ésta, influyen

la observación durante la niñez, el medio familiar y social, así como la información que el personal de salud (enfermería principalmente) transmite a la mujer, principalmente durante el embarazo. En esta etapa la mujer es muy receptiva a todo aquello que sea mejor para su hijo, desafortunadamente, durante la atención prenatal no se proporciona orientación que permita a la embarazada tomar una decisión ponderada sobre el tipo de lactancia que realizará.

A pesar de que la alimentación artificial es la más practicada en la mayor parte del mundo, ésta proporciona grandes desventajas para el lactante y para la madre como:

- Al tocar el chupón el paladar blando dificulta la acción de la lengua.
- La lengua se mueve hacia adelante contra la encía para regular el flujo excesivo de leche hacia el esófago.
- Los labios adoptan la forma de "O", no hay compresión porque los músculos del carrillo están relajados.
- Hay más problemas de atención y adaptación social.
- Retrasa el desarrollo del sistema nervioso central.
- Puede producir infecciones gástricas en el niño, originando gastos de atención médica y medicamentos.
- Es más costosa, ya que implica compra de leche en polvo, combustible, biberones y otros sustitutos adicionales para enri

quecerla.

- Algunas madres, por economizar diluyen la leche, perdiendo su valor nutritivo, llegando a ocasionarle al bebé desnutrición.
- El niño que es alimentado amorosamente con biberón, definitivamente no tiene las mismas experiencias emocionales que el amamantado. Los estímulos son diferentes para la madre y para el niño, así como es distinta la influencia de las hormonas entre la que amamanta y la que alimenta en forma distante y a través de una botella de vidrio o plástico y un chupón de hule.

2.3.2 Alimentación con biberón

Se dispone de varias fórmulas comerciales para niños; algunas se componen de leche, otras de soya, pueden contener hierro, estar en forma lista para administrarse, concentrada o en polvo, así como diversas preparaciones. Se dispone de varios tipos de biberones, pueden ser de plástico, de vidrio, desechables, de varias clases de mamilas de hule, largas, cortas o de forma ortodóncica. En general, se debe respetar la preferencia de la madre para utilizar una fórmula láctea determinada, así como para elegir el biberón y la mamila. Si la fórmula es adecuada en cantidad y composición, y el niño es sostenido en los brazos de la madre mientras es alimentado, obtendrá la satisfacción física y emocional que requiere.

La fórmula de leche evaporada es aún alternativa útil para lograr una alimentación infantil adecuada en caso de que la lactancia al pecho materno no pueda darse por cualquier motivo.

Su preparación es la siguiente:

La fórmula debe prepararse mezclándola correctamente. No se aña da agua a las preparaciones que se expenden listas para administrarse. La mayor parte de las fórmulas concentradas se mezclan con agua en proporción de 1:1. Casi todas las fórmulas en polvo se mezclan en proporción de una medida (la cual viene en la lata) por 28.3 ml. de agua.

La mayoría de los niños no requieren más de un litro de fórmula por día.

La esterilización de la leche, agua, biberones y chupones no es necesaria si el equipo se lava cuidadosamente con agua y ja bón calientes, siempre y cuando se disponga de agua higiénica (es decir, potable). Es mejor preparar un sólo biberón de fórmula láctea cada vez que el niño lo solicite. Si los biberones de fórmula se preparan para varias tetadas, deben esterilizarse.

El agujero de la mamila será del tamaño adecuado, de manera que al voltear hacia abajo el biberón ya frío, se forme una gota de leche en el extremo de la mamila que caiga con facilidad si se agita levemente el biberón.

Los niños deben ser alimentados con fórmula por un minuto de seis meses aunque lo ideal es que sea durante todo el primer año de vida. La leche que tenga pocas grasas y la que esté des cremada son inadecuadas para su uso durante el primer año de vida.

2.3.2.1 Técnicas de alimentación artificial

- El biberón debe ser sostenido, no empujado
- Si el lactante siempre se termina todos los biberones y está recibiendo una cantidad adecuada de calorías, puede agregarse más agua a la fórmula.
- No es necesario que se termine todos los biberones
- Debe hacerse que erupte durante cada comida al final de la misma.
- Después de alimentarlo, se colocará acostado de lado (de su preferencia) o en decúbito ventral, para evitar que broncoaspire.
- Puede administrarse entre las comidas una o dos raciones de agua, especialmente en las épocas del año en que el clima es muy caliente o cuando el lactante se encuentra enfermo y con fiebre. No deben agregarse sustancias aromáticas vegetales u otras al agua, ya que se ha observado que causan trastornos gastrointestinales.
- Es importante que la madre le platique y acaricie al niño mientras lo alimenta.

2.3.2.2 Complementos vitamínicos

Los lactantes que se alimenten con alguna de las fórmulas infantiles comercializadas, no requieren complementos vitamínicos. Los que se alimentan con leche evaporada deben recibir diariamente vitaminas C y D. El complemento de vitamina D, generalmente recomendado para los niños alimentados al pecho materno, se debe dar de preferencia como una preparación líquida multi-vitamínica.

La administración complementaria con vitaminas, por lo general no es necesaria para el niño ya mayor que toma una dieta relativamente bien equilibrada. La ingestión de una mayor cantidad de vitaminas, que la que se requiere diariamente es innecesaria y potencialmente dañina.

No se debe olvidar que la alimentación artificial no proporciona ningún tipo de inmunidad al niño a diferencia de la lactancia al pecho materno, pero sí causa aumento en las infecciones gastrointestinales cuando las condiciones de higiene al preparar los biberones no son las adecuadas. Dado que el grado de educación higiénica de los pueblos se correlaciona con su desarrollo y madurez. Las comunidades más prósperas son al mismo tiempo las más sanas y, por ello, alcanzan mejores índices de bienestar individual y colectivo.

La divulgación de conocimientos fundamentales referidos a la

educación para la salud en el primer año de vida responden a una elevada misión pública y en ello la participación definitiva del personal de enfermería, como principal portador de tal información. Ya que la salud del cuerpo y de la mente de nuestros niños, habla de la mejoría, en varios aspectos de todo un pueblo.¹⁵

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

2.4 LACTANTE MAYOR Y MENOR

2.4.1 Ablactación

El primer año de vida es un año de cambios importantes en todos los niños, después de estar en un ambiente agradable en el cual se encontraba protegido, provisto de oxígeno, con nutrientes predigeridos y de todo lo que se requiere para el crecimiento y desarrollo durante la gestación, los niños al nacer tienen que enfrentarse a un mundo en el cual deberán desempeñar inmediatamente las funciones necesarias para su propio ser. En el caso de la alimentación, él será el único responsable de su propia digestión, absorción, metabolismo y excreción.

La ablactación o introducción de alimentos se define como: "La incorporación a la dieta del niño alimentos, diferentes a la leche materna o a la fórmula que ingiera con la preparación e higiene adecuados".¹⁶ Esto no significa que se deba interrumpir la lactancia, sino que será un complemento en la alimentación del niño.

2.4.2 Reflejos que intervienen en la digestión

El desarrollo neuromuscular de los niños al nacer tiene varios reflejos que actúan juntos para permitir la ingestión y delgación de alimentos. El primer reflejo es el de búsqueda, en el que el niño voltea la cabeza en la dirección contraria de la parte que se toque y busque el pezón con su boca, este reflejo

disminuye gradualmente y se pierde en el segundo o tercer mes de vida, sustituyéndose por movimientos voluntarios.

El segundo reflejo es el de succión, consiste en movimientos de la lengua hacia arriba y hacia abajo, en coordinación con la mandíbula la lengua gradualmente es capaz de moverse hacia adelante y hacia atrás, aumentando su eficiencia. Alrededor de los tres meses disminuye el reflejo y queda bajo control voluntario.

El tercer reflejo es el de deglución, en él se involucra la parte posterior de la lengua y posteriormente se desarrolla para incluir toda la lengua, cuando el niño toma el pezón con la boca, la lengua queda bien atrás, iniciándose así la deglución.

El cuarto reflejo es estrusivo o protusivo, cualquier cosa que se ponga en el tercio anterior de la lengua, se empuja hacia afuera de la boca, este reflejo es muy fuerte durante los primeros dos meses, después disminuye gradualmente para perderse alrededor de los tres o cuatro meses.

Es a partir del cuarto mes que cambia el comportamiento, ahora cuando se introduce una cuchara entre los labios, éstos se abren la lengua se deprime y el alimento que se coloca en la lengua se arroja hacia la parte posterior de la faringe y se deglute. Esto señala el momento apropiado para iniciar la alimentación con sólidos. La habilidad para masticar requiere de la madura-

ción neuromuscular, y esta aptitud se adquiere alrededor de los seis meses, igualmente es necesaria para que un niño sea capaz de beber de un vaso con ayuda, lo cual sucede entre los ocho y nueve meses. La maduración muscular es importante para lograr la autoalimentación, el uso de las manos se vuelve más eficiente, lo cual ocurre entre el séptimo y octavo mes de vida.

Antes del quinto mes de vida el tracto digestivo se encuentra aún en pleno desarrollo. Por tal motivo, el análisis de esta información, permite normar en una forma razonada la conducta a seguir en cuanto a la ablactación de los niños.

2.4.3 Proceso bio-químico de los nutrimentos

Hidratos de Carbono. Durante la etapa intrauterina se desarrollan las enzimas responsables de la hidrólisis de los disacáridos. La producción de sacarasa y maltasa quedan bien establecidas a las 32 semanas de gestación, la producción de lactasa alcanza su máximo antes del parto, la actividad de esta enzima es alta al nacimiento y permanece así durante la infancia y la niñez, es así como los recién nacidos a término se encuentran en condiciones de digerir y absorber los disacáridos contenidos en los alimentos o bien los que resultan de la hidrólisis de los almidones. La amilasa salival y pancreática, tiene escasa actividad durante los primeros tres meses, además la amilasa salival que inicia la actividad de la digestión de los hidratos de carbono en la boca, es inactivada por la acidez gástrica.

trica, mientras que la actividad de la alfa amilasa pancreática es baja antes de los seis meses para después elevarse y llegar a su máximo a los dieciocho meses. Por lo tanto, y debido a la relativa limitación enzimática, hasta los seis meses, se debe evitar la sobrecarga de almidones en la dieta.

Lípidos. El jugo gástrico del recién nacido contiene una lipasa diferente a la lipasa pancreática. Esta hidroliza triglicéridos de cadena mediana los cuales pueden absorberse sin necesidad de la formación de micelas, ésta se inactiva al llegar al duodeno por acción de la tripsina, siguiendo la hidrólisis la lipasa pancreática, la cual está al nivel que prevalecerá por el resto de la vida. La hidrólisis y absorción de las grasas no es completa debido a la baja concentración y composición de las sales biliares. No es recomendable aumentar a los menores de seis meses el aporte de grasas, a partir de alimentos no lácteos, ya que se considera que la acción emulsificante de las sales biliares no se lleva a cabo de manera eficiente.

Proteínas. La digestión de éstas por las enzimas exocrinas del páncreas y la absorción de éstas, se realizan con eficiencia desde el nacimiento, pero es más lenta debido a la capacidad gástrica que ocasiona un tránsito más lento de la tripsina, durante los primeros meses de vida, el intestino delgado es muy permeable al paso de las macromoléculas antigénicas. Es por esto que la ablactación en los lactantes menores de seis meses

genera un mayor riesgo de sensibilización a algunas proteínas de la dieta, aumentando aún más en niños con antecedentes familiares de alergias. Entre el cuarto y sexto mes de vida el niño ya cuenta con una mejor coordinación neuromuscular para aceptar y deglutir los alimentos semisólidos, por otra parte, la actividad de la alfa amilasa pancreática ha tenido ya cierto incremento además, la mucosa intestinal está más desarrollada, lo que hace que sea menos permeable al paso de macromoléculas potencialmente antigénicas.

Por todas estas circunstancias, se recomienda iniciar la ablactación a partir del cuarto mes de edad, introduciendo un cereal enriquecido con hierro, para que el niño tenga una fuente de este mineral, ya que la reserva con la cual nació empieza a decrecer y el riesgo de adquirir una deficiencia por este nutriente es mayor, de esta forma, se mantiene en la sangre el nivel normal de hemoglobina. Los cereales para niños son alimentos blandos que se pueden diluir con leche para obtener varios grados de consistencia, siendo bien aceptados por la mayoría de ellos.

Del cuarto al sexto mes se sugiere, además del cereal enriquecido, la introducción de frutas y vegetales colados, con ello se pretende proveer al niño de un aporte más completo de calorías, vitaminas y minerales. Al final del sexto mes de vida el niño puede empezar a recibir colados de hígado, carne de aves

y de res. De no existir antecedentes de alergias en los padres, se puede incorporar a su dieta la yema de huevo y las frutas cítricas. Se puede ofrecer pan y galletas duras para calmar la molestia que produce la dentición.

Entre los siete y once meses de edad, los alimentos ofrecidos deben ir cambiando de consistencia. Al principio haciendo más espesos los colados para que tomen la consistencia de papillas las cuales proporcionan los alimentos licuados y finalmente, dándolos en pequeños trozos que el niño pueda tomar con sus manos. Estos cambios de consistencia permitirán fomentar el desarrollo de la coordinación motriz mano-boca. Deben introducirse las leguminosas, ya que constituyen un aporte importante de proteínas de origen vegetal. Al final de los once meses los niños no deben recibir ya ninguna bebida en biberón, ya que habrán adquirido una serie de habilidades que les permitirán, en gran medida, alimentarse por sí solos y es conveniente que al cumplir el primer año de vida estén incorporados a la dieta familiar, por lo que ya deben beber en vaso y no en biberón.¹⁷

2.4.4 Instrucciones para la ablactación

- Introducir al niño a una dieta omnívora peculiar del ser humano, agregando a su alimentación la fibra dietaria.
- Proporcionar alimentos sólidos después de ofrecer papillas y purés para así lograr la práctica de la masticación y la concentración final de la dieta con mayor aporte energético por

gramo de alimento.

- Llevar al cabo la educación alimentaria, influida por las ca racterísticas psicosociales y culturales en que se encuentra inmersa la familia y que en ocasiones están en contra de una buena dieta.

La ablactación debe ser practicada por la madre, de preferencia teniendo siempre presente que ésta debe cumplir una doble función: nutrir y educar al niño en materia de alimentación. Por lo que es necesario lo siguiente:

- Sólo se ofrecerá un alimento nuevo en cada ocasión que se de termine hacerlo.
- Al principio no debe exceder más de una cucharadita, esto du rante cuatro o cinco días, lo que permitirá identificar algu na alergia o molestia digestiva que se presente, además el niño irá identificando las características organolépticas pro pias de cada alimento.
- No forzar al niño a aceptar los alimentos, ni a tomar más de lo que desee, ya que el apetito del niño sano es el mejor in dicador de sus necesidades calóricas y es un buen principio para prevenir la obesidad.
- Con frecuencia los alimentos ofrecidos por primera vez son rechazados, por lo que es necesario adoptar una actitud pa- ciente cada día hasta que el niño se acostumbre al sabor y

consistencia del alimento.

- La cantidad de cada alimento ofrecido debe incrementarse lentamente, de tal manera que de iniciar con una cucharada cafetera, lleguen a dársele de dos a cuatro cucharadas soperas, aun así la cantidad de alimentos consumidos, suele ser inconstante día a día o de semana a semana.
- Los alimentos preparados en casa no deben ser adicionados con sal ni azúcar, de esta forma el niño identificará los alimentos por su sabor y olor natural.
- Nunca ofrecer los cereales, huevo, jugo o algún otro alimento mezclado con la leche en el biberón.
- Tener presente que si existen antecedentes de alergias en los padres o en la familia de éstos, es recomendable que el huevo, pescado, chocolate, fresas y cítricos se introduzcan hasta después del año de edad.
- Recordar que el médico o la enfermera vigilarán la calidad de la dieta, dejando al niño que determine la cantidad que él consumirá.
- A medida que se introducen los alimentos sólidos y semisólidos en la dieta, el bebé reduce progresivamente el volumen de leche que ingiere. (destete)
- Si los alimentos colados aún son ofrecidos después del sexto

mes, se dificulta la introducción de alimentos de mayor consistencia.

- El horario de la alimentación se debe ajustar al de la familia y sobre todo al de la madre.
- Es recomendable que los alimentos sean preparados en casa siguiendo las medidas higiénicas indispensables para evitar contaminación bacteriana, en especial, si se van a refrigerar o congelar para darlos después y prevenir así las enfermedades gastrointestinales.
- No guardar para después los sobrantes de alimento que dejó el niño, ya que la saliva del niño los contamina.

"Cuando la alimentación de la familia es inadecuada, tiene efectos negativos sobre todos y cada uno de sus miembros. Sin embargo, éstos se hacen más aparentes en el niño pequeño y en la madre que lacta, ya que el niño por su rápido crecimiento implica necesidades de alimentos proporcionalmente mayores. Como la familia consume una alimentación escasa y poco variada en la mayoría de las familias de pocos recursos económicos, el niño deja tardíamente el pecho materno y recibe muy tarde la alimentación complementaria (ablactación); todo ello en deterioro de su crecimiento y desarrollo".¹⁸

La madre, con mayores demandas alimentarias debidas a la lactancia, rara vez aumentan su consumo y en ocasiones hasta se pri-

van de ciertos alimentos que consideran inadecuados para su estado. Todo ello va en perjuicio de su salud y la de su hijo.

2.4.5 Destete

El destete generalmente se inicia después de la ablactación, aun cuando la fecha del destete no es fija ni constante. Las reglas para iniciar el destete en los niños sanos, son las siguientes:

- La época del destete iniciarla de acuerdo con las condiciones secreción láctea, alimentación y nutrición de la madre, por una parte y por otra las condiciones de la nutrición, especialmente evolución somática del niño, así como sus manifestaciones de satisfacción con el alimento materno, y por sus condiciones de salud y capacidad digestiva, por otra parte.

- La época en que debe iniciarse el destete depende de las condiciones económicas, culturales y sociales de la familia.

- Es necesario no establecer el destete bruscamente, para no exponer al niño al cambio rápido de alimentación que casi siempre produce trastornos digestivos, deben aconsejarse sistemáticamente que se realice de un modo paulatino y progresivo.

El método óptimo es, por lo tanto, prescribir la lactancia mixta, es decir, aquella que comprende alimentación con leche materna y al mismo tiempo con leche de vaca, fresca o industria-

lizada sustitutiva o complementaria.

2.4.5.1 Alimentación mixta complementaria

Es aquella en la cual la madre ofrece el seno a su hijo y ense- guida, un biberón o "complemento" para satisfacerlo plenamente. Este tipo de lactancia mixta complementaria está indicada sólo en los casos de hipogalactea transitoria, que ocurre durante los primeros meses de la lactancia, cuando aun es probable que la madre recupere una suficiente secreción láctea.

2.4.5.2 Alimentación mixta sustitutiva

Está caracterizada por la administración alternada de leche ma- terna y de biberones. Este tipo de lactancia mixta está indica- do desde los primeros meses de edad, cuando la madre tiene ne- cesidad de trabajar y separarse por varias horas de su hijo, cuando la secreción láctea es muy deficiente en algunos lapsos del día, cuando la hipogalactea es progresiva o irreductible, y finalmente cuando la madre e hijo en condiciones normales han llegado al séptimo mes de lactancia. Para estos casos se pres- cribe para las primeras semanas un biberón al día, eligiendo generalmente el que corresponde en la tarde (6 pm aproximada- mente). Más tarde cada 2 o 3 semanas, se sustituirán progresi- vamente las tetadas por biberones en tanto avanza la ablacta- ción procurando entonces que los lapsos entre un alimento y otro, sean de cuatro horas.¹⁹

La orientación y recomendaciones sobre alimentación infantil constituyen una función importante, donde para prescribir una dieta se debe de considerar los siguientes aspectos:

- La situación económica de la familia
- La disponibilidad de alimentos, principalmente de la leche
- Los patrones culturales y los hábitos alimentarios que prevalezcan en la comunidad.
- La dinámica familiar, la aptitud y posibilidades de la madre para alimentar a su niño
- El estado de salud del niño y de la madre
- Las condiciones higiénicas y de educación alimentaria que imperen en el hogar.

Otros principios fundamentales en la alimentación del lactante son:

- Durante las primeras semanas de edad el niño tiene elevados requerimientos de líquidos, por lo que deben suministrársele agua ligeramente endulzada o sin endulzar entre las tomas de leche, ya sea pecho materno o biberón.
- La alimentación es un hábito y por lo mismo, ha de educarse al niño en cuanto a horarios, duración de las tetadas, métodos para tomar el biberón, ambiente afectivo, entre otros, por ejemplo: Es importante acostumar al niño a no comer durante la

noche, ya que esto propicia su sueño tranquilo y prolongado, ofrecerle el primer alimento al inicio del día. "El día es para comer y la noche para dormir". Otro aspecto indeclinable es ofrecerle amorosamente el pecho o el biberón y no dejarle este último recargando sobre su cuerpo o la almohada, comprobar que esté tibio y endulzado.

La alimentación debe ser variada desde el inicio de la ablactación; evitar dietas monótonas. Por ello, debe incluir todos los grupos:

- Los proteinados, leche y sus derivados, carne y huevo
- Las frutas
- Verduras y hortalizas
- Cereales, harinas y pastas
- Grasas y condimentos

Entendemos entonces por destete el acto de substituir la leche materna por la de cualquier otra especie animal, o la supresión de la leche humana como alimento.

Algunos niños alimentados exclusivamente al seno materno hasta el año de edad, conservan aparentemente buenas condiciones de salud. Ciertas madres se vanagloriaban antes de que sus hijos fueran alimentados hasta esa edad exclusivamente por ellas. Los niños criados largo tiempo sólo con leche materna suelen ser pálidos, tal palidez es debida a la insuficiencia de hie-

rro de la leche materna, en esta edad se comprueba también, disminución de la turgencia de la piel, hipotonía muscular, insomnio e irritabilidad; algunas de esas manifestaciones, quizás sean debidas a la insuficiencia de hidratos de carbono u otras carencias.

Además, la mayoría de los niños que llegan al año de vida tomando exclusivamente el seno materno, se resisten a tomar otro alimento. En tal situación, el destete llega a ser un problema difícil.

Por estos motivos, se aconseja iniciar el destete entre el sexto y séptimo mes, a pesar de que el niño parezca ser robusto y sano en esa época, siguiendo las reglas que se recomiendan cuidadosamente para no alterar la salud del niño, ya que de no hacerlo así, se causarán trastornos digestivos serios que pueden conducir al lactante a la desnutrición.

2.5 DESARROLLO PSICOMOTOR

"La pobre criatura recién nacida, como un naufrago en medio de las olas, yace desnuda sobre la tierra".²⁰ Pero en el breve lapso de un año, el inerte bebé se yergue sobre sus dos pies y ya anda, explora y lo escudriña todo. Se ha convertido en un individuo complejo, capaz de emociones diversas, relámpagos de lucidez y largos y tenaces esfuerzos. su personalidad y aptitudes diversificadas son el producto de una época de crecimiento en extremo veloz. Puesto que la velocidad inicial de maduración es relativamente tan grande, es natural que el primer año de vida corresponden cinco niveles de maduración, los cuales veremos a continuación:

2.5.1 Estimulación temprana

Según Gesell, los cuatro campos principales de la conducta son: 1) características motrices, 2) conducta adaptativa, 3) lenguaje, y 4) conducta personal-social.

En la siguiente serie de esquemas no deben buscarse incrementos lineales de una sola función intelectual, sino los modos progresivos de madurez. Tampoco deben buscarse absolutos estáticos. en el crecimiento mental, nada es, todo deviene.

El niño a las cuatro semanas

Es necesario cuatro semanas de vida para que pueda realizar un

ajuste fisiológico activo con el medio postnatal, puede haber signos de una organización algo precaria en su despertar caprichoso, sus reacciones sobresaltadas, y la respiración irregular así como también en sus estornudos, sofocaciones y propensión a la regurgitación o vómitos a la menor provocación.

El neonato parece hallarse en una especie de zona intermedia entre el sueño y la vigilia, está casi dormido, sus características de la conducta del infante de cuatro semanas no son caóticos o amorfos. Por lo contrario, encajan perfectamente en una serie genética.

Características Motrices:

Cuando está despierto yace sobre su espalda, con la cabeza vuelta hacia un lado preferido, invariablemente tiene extendido el brazo de lado hacia el cual ha girado la cabeza. El otro brazo lo flexiona, dejando descansar la mano sobre o cerca de la región céfalo-torácica (reflejo tónico-cervical, RTC) endereza momentáneamente la cabeza y extendiendo las cuatro extremidades siendo responsable de la mayor parte de su conducta postural el RTC.

Conducta Adaptativa:

Los músculos más activos y eficientes son los de la boca y ojos, el más ligero toque en la región de la boca hará que se cierran los labios y luego se frunzan, hará con la cabeza ademán

de buscar algo, especialmente si tiene hambre, le complace permanecer con la vista inmóvil durante largos ratos, en ocasiones contempla, por separado, las masas de grandes dimensiones, como las ventanas, personas, entre otros. Su campo visual se halla delimitado por la actitud postural RTC. Sigue con un movimiento combinado con los ojos y cabeza un anillo que se desplaza lentamente dentro de su campo visual.

Lenguaje:

Presta gran atención a los sonidos. Salvo para el llanto, casi no efectúa articulación ninguna. El carácter y la intensidad del llanto varían según las causas y circunstancias. Sus vocalizaciones son pobres y faltas de expresión, pero mira y produce ruiditos guturales. Precursores del balbuceo.

Conducta personal-social:

Fija la vista transitoriamente en el rostro que se inclina dentro de su campo visual. Su actividad facial puede ablandarse y aún iluminarse ante el contacto social, pero una mirada breve y atenta es el principal signo de reacción social. Tiende a calmarse cuando lo alzan, y lo mismo cuando está calentito y bien arropado.

El niño de dieciseis semanas

Ya comienza a evadirse gradualmente del abrigado contorno de su cuna. Sus períodos de vigilia son más largos y mejor definidos.

Estas semanas inauguran un período de rápida organización cortical con las consiguientes transformaciones y con nuevas correlaciones de la conducta sensorio-motriz, especialmente en la coordinación de las reacciones oculares y manuales.

Características motrices:

El RTC empieza a perder su preponderancia. La cabeza, más móvil, ocupa con más frecuencia el plano medio. Y lo mismo brazos y manos, ya que sus movimientos se encuentran en gran parte correlacionados con la posición de la cabeza, y los ojos e incluso bajo su control. Los músculos fototróficos empiezan a ser obedecidos por los músculos mucho mayores de la postura y la prensión. Cuando se sostiene al niño en posición erguida, extiende las piernas reiteradamente soportando una fracción de su cuerpo.

Le complace sentarse apoyado en la almohada y levantar la cabeza que ya no necesita sostén. Le gusta mirar a su alrededor.

Conducta Adaptativa:

El niño mira lentamente su sonajero, las manos pronto estarán listas para asir el sonajero ante el estímulo visual, aun ahora su mano libre se acerca al sonajero como si estuviera atareada en su manipulación, puede distinguir una bolita sobre la mesa. No sólo dedica miradas de preferencia a su propia mano, sino también a la mano protectora del adulto.

Lenguaje:

Barbulla, cloquea, runrunea, hace gargaritas y ríe, éstos son los productos fundamentales del aparato oral y respiratorio que permitirán finalmente el habla articulada, al oír un ruido familiar, gira la cabeza, es más significativa la atención que presta a la voz humana.

Conducta Personal-Social:

El rostro, las manos y la voz de la madre se hallan ya dentro de la perspectiva del niño de dieciseis semanas, reconoce a la madre y a otros familiares que lo atienden. Es capaz de sonreír vivamente al contacto social y de ponerse serio a la vista de un extraño. Le encanta la posición sedente.

El sistema motor visual ha hecho ya enormes progresos, el niño puede no sólo seguir con la vista su propia mano, sino fijarla sobre la del examinador y de manera discontinua, sobre una bolita ubicada sobre la mesa de examen, dentro de su radio de vi sión. Es capaz de alcanzar algo con la vista antes de que pueda alcanzarlo con la mano, lo cual está de acuerdo con el sentido céfalo-caudal del desarrollo neuromotriz. Está progresando del estado supino al sedente. La conducta expresiva es, aun bastante generalizada. Expresa interés empujando hacia adelante el cuerpo y mediante una rápida forma de respirar murmura y ríe.

El niño a las veintiocho semanas

Empieza a dejar el moisés por la silla, sólo necesita el ligero apoyo de los brazos de la silla o de la madre, está bien adaptado en los planes vegetativos y posturales, que gran parte de su vigilia la pasa en activas manipulaciones y búsquedas del mundo físico que lo rodea de su mobiliario fijo y sus objetos separados.

Características Motrices:

El niño se halla cronológica y evolutivamente en una etapa intermedia, hacia el completo dominio de la posición erguida, se sienta sin ayuda, pudiendo mantener erguido el tronco hasta un minuto. Perfeccionando el equilibrio sedente; su iniciativa prensora ante los objetos se vuelve menos bilateral, se inclina y puede tomar un objeto con la mano inclinada participando el pulgar. Lo pasa de una mano a otra, una y otra vez. La acomodación ocular se halla más avanzada que la manual. Puede recibir una cuerda, pero es incapaz de tirar de ella, sigue una pelota con la vista, pero cuando quiere tomarla, coloca la mano torpemente sobre ella y por lo general, no consigue tomarla.

Conducta Adaptativa:

Ojos y manos funcionan en estrecha interacción, reforzándose mutuamente, le gusta inspeccionar objetos, se los lleva a la boca, donde experimenta sus cualidades. lo saca, lo mira, lo hace girar, vuelve a llevárselo a la boca, y repite una vez

más el mismo procedimiento, lo pasa a la otra mano, lo golpea, lo palpa con la boca y así sucesivamente.

Lenguaje:

Llora y cacarea, efectúa gran cantidad de vocalizaciones espontáneas y emitiendo vocales, consonantes y hasta sílabas y dip-tongos. Ya está listo para la emisión doble y precisa de ma, ma y da, da, que lo llevarán a decir sus primeras palabras, ha en-tablado una cantidad de relaciones sociales con ciertas perso-nas específicas del medio, con sus expresiones faciales, ademanes y actitudes posturales.

Conducta Personal-Social:

Habiendo adquirido tan notable dominio de ojos, cabeza, brazos y manos, no dispone de mucho tiempo para los espectadores. Ex-perimenta placer en el ejercicio de sus facultades neuromotri-ces, es capaz de utilizar largo tiempo un juguete. Si hay extra-ños no se interesa tanto en ellos.

Comienza a sentarse sólo manteniendo erguido el tronco por bre-ves momentos, cuando está en posición supina expresa su urgen-cia por sentarse, levantando la cabeza del plano de la plata-forma sobre la cual reposa. Reconoce la presencia de extraños y los tolera si no le desagradan visualmente. Juega con sus pies llevándoselos a la boca.

El niño de cuarenta semanas

El niño elude la posición horizontal, bien sea rodando, o levantándose por sí sólo a la posición sedente, puede pararse asiendo al barandal de su corralito, llega a gozar con sus cortas expediciones por el mundo exterior. En la prensión, manipulación y actividades de investigación revela muchos signos significativos de discernimiento y conducta elaborativa. Ha penetrado más en el círculo familiar y empieza a ser considerado positivamente como parte integral de ese círculo.

Características Motrices:

Las piernas ya sostienen el peso total del cuerpo, pero el equilibrio no llegará hasta finalizar el año, el equilibrio en la posición sedente es perfectamente dominado, puede volverse de costado, inclinarse en ángulos variables y recobrar el equilibrio. Tan pronto pasa de la posición sedente a la inclinada, como de la inclinada a la sedente. Hallándose inclinado, retrocede, se balancea o gatea. El pulgar e índice revelan una movilidad y extensión especializadas para tomar, revolver y arrancar.

Conducta Adaptativa:

Hay nuevos refinamientos en la mecánica de la masticación y de la manipulación. Los labios demuestran mayor adaptación al acercarse al borde de una taza y la lengua coopera con mayor eficacia

cia en la regulación o expulsión de un bocado, es capaz de coger una miga con presión en forma de pinza, el dedo índice despliega gran actividad palpando y explorando. Se lleva cosas a la boca, la lengua contribuye más, manifiesta un interés táctil y visual por los detalles.

Lenguaje:

La creciente destreza de labios y lengua, así como de la musculatura para la manifestación y la deglución, combinada con su facultad imitativa, favorecen la vocalización articulada. Tiene a imitar ademanes, gestos y sonidos, responde a su nombre y hasta entiende la palabra ¡No!, su interés social es tan grande que inevitablemente lo lleva al lenguaje, posee una o dos palabras en su vocabulario articulado.

Conducta Personal-Social:

Duerme toda la noche, hace dos siestas y se toma 3 o 4 biberones al día, ya está acostumbrado a algunos sólidos, él sólo sostiene su biberón, es capaz de jugar una hora o más sin compañía, le gusta tener gente a su alrededor, hace adiós con la mano. Su reciente sensibilidad al medio social le permite aprender algunas gracias infantiles, las que repetirá una y otra vez si encuentra aprobación, sonríe ante su propia imagen en el espejo, puede mostrar timidez ante un extraño.

Las cuarenta semanas constituyen un período profético. En el

lenguaje comienza la articulación, socialmente responde a una demostración, de aquí sus pequeñas gracias. Rápidamente escapa de la posición horizontal rodándose o elevándose a la posición sentada. Su impulso a permanecer parado es irrefrenable. Toma un nuevo interés social en el hogar y le agradan breves salidas al exterior. Demuestra nuevos intereses en la palabra, tanto en condiciones de receptor como de emisor. No solamente está penetrando más hondamente en el círculo de la familia, sino que este círculo lo considera cada vez más como un miembro integrante del mismo.

El niño de un año de vida

Puede adoptar la posición erguida sin ayuda, camina solo, puede poner una pelota dentro de una caja, una bolita dentro de un frasco y construir una torre con dos tubos, realiza garabatos espontáneamente, habla y se expresa con ademanes, utiliza la cuchara y se pone las ropas sencillas con cierta dificultad.

Características Motrices:

Gatea y por lo común con gran destreza. Puede hacerlo sobre manos y rodillas o en cuatro pies, a la manera plantígrada, no puede resistir el impulso de levantarse sobre los pies y una vez que ha adoptado la actitud plantígrada ya casi está listo para pararse por sus propios medios. Puede lograr pararse sin ayuda, pero no alcanza el equilibrio estable, se desplaza de costado, agarrándose a algún sostén (mueble o pared), camina

lenguaje comienza la articulación, socialmente responde a una demostración, de aquí sus pequeñas gracias. Rápidamente escapa de la posición horizontal rodándose o elevándose a la posición sentada. Su impulso a permanecer parado es irrefrenable. Toma un nuevo interés social en el hogar y le agradan breves salidas al exterior. Demuestra nuevos intereses en la palabra, tanto en condiciones de receptor como de emisor. No solamente está penetrando más hondamente en el círculo de la familia, sino que este círculo lo considera cada vez más como un miembro integrante del mismo.

El niño de un año de vida

Puede adoptar la posición erguida sin ayuda, camina solo, puede poner una pelota dentro de una caja, una bolita dentro de un frasco y construir una torre con dos tubos, realiza garabatos espontáneamente, habla y se expresa con ademanes, utiliza la cuchara y se pone las ropas sencillas con cierta dificultad.

Características Motrices:

Gatea y por lo común con gran destreza. Puede hacerlo sobre manos y rodillas o en cuatro pies, a la manera plantígrada, no puede resistir el impulso de levantarse sobre los pies y una vez que ha adoptado la actitud plantígrada ya casi está listo para pararse por sus propios medios. Puede lograr pararse sin ayuda, pero no alcanza el equilibrio estable, se desplaza de costado, agarrándose a algún sostén (mueble o pared), camina

con apoyo. La presión fina es hábil y precisa y casi posee la facultad de soltar las cosas voluntariamente.

Conducta Adaptativa:

Puede colocar un cubo dentro de un recipiente, es capaz de poner un objeto sobre otro momentáneamente, puede sacar una bolita de un frasco con torpeza, muestra progreso en el juego social con la pelota bajo el estímulo de dame y toma.

Lenguaje:

Escucha las palabras con mayor atención y repite las palabras familiares bajo la influencia de la repetición e imitación. Es probable que haya agregado también dos o tres palabras más a su vocabulario o que trate de atraer la atención, si no con palabras, por medio de tos o chillidos. Se aproxima a su imagen en el espejo sociablemente acompañado de vocalizaciones.

Conducta Personal-Social:

Goza de una importante posición social en el seno de la familia en ocasiones ocupa el centro del grupo, repite las acciones que se le han festejado, puede experimentar miedo, cólera, afecto, celos, ansiedad y simpatía. Reacciona frente a la música, le gustan los sonidos sueltos repetidos rítmicamente, se ríe ante ruidos inesperados o incongruencias sorprendidas, se vuelve algo independiente. Se alimenta con sus propios dedos, roza el plato con la cuchara y luego le pasa la lengua, cuando está sa

ciado lo expresa con un ademán, ayuda a vestirse. Frecuentemente adopta una actitud sociable y si es necesario, recurre a la vocalización para llamar la atención.

Una conducta socializada lo conduce a la imitación. Reacciona a la música y experimenta sentimientos que expresa claramente puede permanecer sentado, erecto, volverse en posición sentada para llevar un juguete de un lado a otro y entregarlo cuando se le pide o se le retira.

2.5.2 Actividades para estimular a los niños durante su primer año

De 0 a 3 meses los estímulos deben ser:

- Mantener al niño lo más posible en contacto con la madre, amantarlo, hablarle con frecuencia y cantarle, darle la oportunidad de ver lo que sucede en su entorno, cuando esté despierto, llevarlo a los espacios de reunión familiar, suspender frente a la cuna objetos brillantes, móviles que pueda seguir con la vista, la madre debe estirar y encoger los brazos y piernas del bebé. Los juguetes que se recomiendan para esta edad son móviles de papel o tela de colores vivos y suspendidos de la cuna. Objetos de madera o de material flexible que el bebé pueda manipular fácilmente.

De 3 a 6 meses:

Los estímulos son: Tenerlo cerca, hablarle, acariciarlo, arru-

llarlo, mantenerlo sentado en las rodillas durante largos momentos, ponerlo en posición medio sentada en un pequeño asiento de bebé o en la cuna con cojines o almohaditas, ponerle cerca objetos que pueda coger y llevarse a la boca sin peligro, reír, cantar y jugar con él, así como platicarle. En este período la boca es un medio de conocimiento muy importante, ya que da inicio a la etapa oral, por lo que debe estar rodeado de objetos limpios y que no pueda tragar. Los juguetes que se recomiendan son: pequeños objetos no peligrosos, aros de madera o plástico de colores llamativos, sonajeros, dados, maderas y cajas rellenas de granos cuidadosamente cerradas.

De 6 a 9 meses:

Los estímulos son: Colocar al niño sobre una alfombra o tapete en un lugar seguro, ayudarlo a sentarse y a gatear, a desplazarse y estimularlo para que realice y progrese en estos movimientos, conservarlo lo más cerca y hacerlo participar en la vida familiar, juntar y devolverle como jugando los objetos que el niño incansablemente tira al suelo. Hablarle con palabras simples, pero correctamente, no hablarle tipo bebé. Hacer de los actos rutinarios, comer, bañarlo, cambiarlo de ropa, entre otros, una causa de esparcimiento y alegría, jugar a las escondidas. No debemos olvidar que es necesario proteger al niño contra cualquier posibilidad de caídas, así como evitar que los objetos que se lleva a la boca puedan presentar peligro de ahogo o de intoxicación. Los juguetes que se recomiendan en esta

etapa son: pelotas de trapo o esponja, cubos coloreados, animales de trapo, pedazos de madera no astillable y pequeños utensilios de cocina sin punta, ni filo en sus bordes.

De 9 a 12 meses:

Los estímulos son: Ayudarlo a caminar sosteniéndole con las dos manos, ayudarle a explorar la casa, enseñarle objetos nuevos, enseñarle palabras simples, repetir las sílabas que pronuncia. Deben tomarse precauciones para que el niño se desplace libremente y sin que corra peligro por la casa, evitando tener objetos peligrosos a su alcance. Los juguetes más recomendados son pelotas de trapo, hojas de papel y lápices de colores (crayones) carritos y juguetes para jalar y objetos en general del hogar que estimulen su imaginación y le permitan crear juegos.²¹

En suma, se puede decir que el ciclo del desarrollo humano es continuo, ya que todo crecimiento se basa en un crecimiento anterior. El proceso de crecimiento es por lo tanto una paradójica mezcla de creación y perpetuación, en la que el niño se transforma continuamente en algo nuevo.

El nacimiento señala la llegada de un individuo, más no su comienzo, porque el verdadero comienzo se remonta a los períodos embrionario y fetal, durante los cuales toman forma los tejidos y órganos del cuerpo e inclusive se insinúa profundamente en la naturaleza de la futura conducta.

Una vez nacido el niño, debe luchar por su existencia, con ayuda de la naturaleza y de quienes lo atienden, debe coordinar adecuadamente sus diferentes funciones fisiológicas, tales como respiración, regulación de la temperatura, digestión, excreción, dormir y despertar. Mientras lleva a cabo estos primeros ajustes vitales, el niño parece inseguro, inestable. Sus umbrales de reacción son bajos e inconstantes. Se sobresalta, estornuda, se estremece, llora a la menor provocación. Pero en pocas semanas adquiere una relativa estabilidad y en rápida sucesión para de la canasta a la cuna, a la silla alta y al corralito; a la sala de la casa, a la acera, al jardín de niños y al aula escolar; al primero, segundo, tercero, cuarto, quinto y sexto grados, siendo el crecimiento un rápido y prolongado viaje que puede lograr de mejor manera si es estimulado adecuadamente para alcanzar un óptimo desarrollo psicomotor, desarrollando al 100% todas sus capacidades.

2.6 DAÑOS A LA SALUD EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

Las tasas de mortalidad infantil varían de país a país. En general, las naciones pobres tienen cifras mucho más altas que las desarrolladas, existiendo también variaciones en el interior del país, como es el caso de México (ver anexos No. 1, 2 y 3).

Los principales daños a la salud durante el primer año de vida en nuestro país, según el último censo realizado por el INEGI en 1993 son: Enfermedades infecciosas intestinales, deficiencias de la nutrición, accidentes e infecciones respiratorias.

Las enfermedades infecciosas intestinales, se manifiestan por diarreas y vómito. El estreñimiento y cólico aun cuando no son necesariamente infecciosas, son también frecuentes durante el primer año de vida.

La diarrea infecciosa aguda y los cuadros diarreicos crónicos con frecuencia son causa del mal manejo de los alimentos por parte de la madre, ya que generalmente a esta edad el lactante no es responsable de su salud. Las heces del niño alimentado al pecho materno son siempre más blandas que las de los niños alimentados con leche de vaca. Entre el 40. y 60. día las heces atraviesan una fase de transición, son bastante sueltas, de color amarillo verdoso y contienen moco; al poco tiempo aparecen las típicas "heces de leche", amarillo pastosas. Más tarde,

los laxantes o la ingestión materna de determinados alimentos pueden hacer que el niño tenga durante algún tiempo evacuaciones diarreicas. Si este tipo de evacuaciones líquidas se prolongan demasiado se considerarán como infecciosas hasta que se demuestre lo contrario.

También el exceso de alimentación puede causar la aparición de heces sueltas y frecuentes, posteriormente también son debidas a fórmulas muy concentradas o con mucha azúcar; muchas diarreas pasajeras en lactantes alimentados con biberones se deben a contaminaciones que no afectarán a un niño mayor y que no son tan importantes como para causar problemas prolongados. Las diarreas leves secundarias a la alimentación excesiva responden rápidamente a la reducción temporal de la alimentación. En general, basta con retirar los alimentos sólidos y una o varias tomas de leche, sustituyéndolas por agua hervida o agua con un 5% de glucosa o una solución electrolítica equilibrada.

El vómito se puede definir como la expulsión al exterior y en forma forzada del contenido gastrointestinal, ya sea por vía bucal o nasal, o bien, por ambas; viene acompañado de relajación del estómago, cardias y esófago y precedido por el cierre del píloro y contracción del antro, diafragma y músculos abdominales; asimismo, está casi siempre precedido por una sensación de malestar con náuseas, palidez y lipotimia y seguido de una sensación de bienestar.

El estreñimiento es raro en los lactantes que son alimentados idóneamente con leche materna y un poco más frecuentes en los niños alimentados artificialmente y que no reciben una dieta adecuada; también puede deberse a un aporte insuficiente de líquidos o alimentos. En otros casos puede deberse a dietas demasiado ricas en grasas o proteínas y pobres en fibras. Aumentando la cantidad de agua en el biberón se corregirá el problema durante los primeros meses de vida, más tarde se obtendrán mejores resultados añadiendo o aumentando los cereales, hortalizas y frutas. Como medida provisional, se puede dar jugo de ciruelas (15 a 30 ml), pero es preferible añadir alimentos ricos en fibra. En caso de estreñimiento u obstrucción desde el nacimiento o poco después será necesario que el pediatra realice una exploración rectal, la obstrucción puede deberse a un esfínter anal rígido o espástico, que suele corregirse tras la dilatación digital. También pueden ser causas de estreñimiento las fisuras o grietas anales. Si se alivia la irritación, el trastorno suele desaparecer rápidamente.

El cólico es un complejo sintomático que se manifiesta por dolor abdominal paroxístico (presumiblemente de origen intestinal). Suele afectar a niños de menos de 3 meses de edad. El ataque suele ser de comienzo súbito, el llanto es intenso y más o menos continuo, los denominados paroxismos pueden persistir durante varias horas, la cara del niño puede estar roja o puede aparecer una palidez alrededor de la boca, el abdomen está

distendido y doloroso a la palpación; las piernas se pliegan sobre el abdomen; los pies suelen estar fríos, las manos están apretadas. El episodio termina cuando el niño queda agotado, pero a menudo hay una mejoría aparente tras la expulsión de las heces o gases. No existe un tratamiento que proporcione en todos los casos un alivio satisfactorio. Los cólicos suelen desaparecer después del tercer mes de vida.

Entre las deficiencias de la nutrición se encuentra la desnutrición como la principal consecuencia. La desnutrición es un fenómeno complejo que tiene su origen en una multitud de factores, de todos ellos, el más importante es la pobreza que como es de todos sabido, México atravieza desde hace mucho tiempo por una crisis económica muy importante, incrementada en los últimos tiempos, siendo los más afectados en su nutrición los hijos de las personas de bajos recursos económicos. aunado a esto, encontramos la ignorancia y los patrones culturales inadecuados que prohíben el consumo de algunos alimentos a la mujer embarazada y la que amamanta y al niño, causando en ambos daños a la salud en estos períodos tan importantes de su vida.

Otro factor importante es la insalubridad del ambiente, ya que el vivir en un ambiente altamente contaminado, es decir, un ambiente en el que el agua escasea, en el que la vivienda no protege contra el frío, en el que se convive estrechamente con animales conduce a padecer enfermedades infecciosas de todo tipo

con frecuencia elevada, ya que contribuye de esta manera a desencadenar, perpetuar y agravar la desnutrición.

La desnutrición afecta no sólo la salud física del niño, sino también su desarrollo y crecimiento biopsicosocial, repercutiendo en sus primeros años de vida, con la consiguiente limitación en sus oportunidades para aprender y desarrollarse. Aumentando así los índices de morbi-mortalidad infantil.²²

Otro problema son los accidentes; según el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, un accidente "es el hecho súbito que ocasiona daños a la salud y se produce por la concurrencia de condiciones potencialmente prevenibles, por lo tanto, se puede evitar en hogar, escuela, transporte y vía pública, trabajo y lugares de recreación".

El hogar, sitio donde pasa el niño gran parte de su vida y en el que efectúa innumerables actividades, es un riesgo latente de accidentes, debido a la escasa información que los integrantes de la familia tienen acerca de como se producen y la forma de prevenirlos.

Sobre la ocurrencia y consecuencias de los accidentes en el hogar, el grupo de mayor riesgo son los niños y las amas de casa. Las formas y causas varían conforme a la edad, actividad y el medio socioeconómico y cultural en el que el individuo se desarrolla.

Los accidentes en el hogar, en la mayoría de los casos, se pueden evitar haciendo conciencia en cada individuo y en la colectividad de la importancia de su participación para la prevención de los mismos, así como de la búsqueda de alternativas de autocuidado y autogestión, como sería el fomentar y propiciar actitudes de solidaridad vecinal para la prevención de estos accidentes.

La falta o deficiencia en el cuidado del niño referente a su seguridad por ausencia de los padres al tener que dedicar gran parte del tiempo a la actividad laboral, debido a la problemática social como familias numerosas o de escasos recursos; por factores culturales que de acuerdo a nuestra idiosincrasia fortalecen conductas agresivas de descuido, negligencia, feminismo y machismo. Los accidentes más frecuentes en el primer año de vida son: Asfixia, provocada principalmente en los bebés por la ropa que les obstruye las vías respiratorias o bien, por la incorrecta ingestión de líquidos, caídas y quemaduras.²³

Las infecciones respiratorias van desde un simple catarro común, hasta una bronquitis aguda. El resfriado común es considerado como normal en el grupo de edad pediátrica, siendo causada por múltiples virus, por lo general la enfermedad dura cuatro días, aproximadamente, presenta como principales signos y síntomas estornudos, dolor de garganta, tos, malestar general, cefalea, secreción nasal serosa, mucosas húmedas y edematizadas

fiebre variable, que puede presentarse más elevada en lactantes. Si no se cuida adecuadamente al niño, éste puede presentar complicaciones que pongan en peligro su vida.

La bronquitis aguda ocurre asociada a otras infecciones respiratorias altas y bajas, estando casi siempre afectada la tráquea. La bronquitis se asocia principalmente a la nasofaringitis, aunque también puede asociarse a influenza, tosferina, sa rampión, difteria y escarlatina. Típicamente el niño presenta una tos seca, frecuente, áspera y no productiva, de comienzo relativamente gradual, de 3 a 4 días después de una rinitis. A menudo hay molestias retroesternales bajas o sensación de quemazón en la parte posterior del tórax y en ocasiones disnea, así como la presencia de pitidos con la respiración (estertores finos o gruesos), varios días después el esputo cambia de claro a purulento. En los niños bien alimentados y con buen es tado de salud, previo a las complicaciones son mínimas, pero en los desnutridos o con mala salud son frecuentes las otitis, sinusitis y neumonía. En los lactantes menores se facilita el drenaje pulmonar mediante cambios frecuentes de posición, ya que los antibióticos no acortan la enfermedad.

La fiebre es un síndrome clínico condicionado por diversos fac tores, intrínsecos y extrínsecos, fácilmente detectados, pero de curso impredecible que se acompaña de signos y síntomas cau sales y agregados, susceptible de control por medios físicos y

medicamentosos que puede dejar secuelas neurológicas o causar la muerte cuando se llega a temperaturas muy elevadas o en un huésped particularmente susceptible. Se caracteriza por el aumento de la temperatura que generalmente es arriba de 38'c, se encuentran síntomas como taquicardia, hipotensión, sensación de sed, delirio, entre otros. El inicio es lento y gradual presentándose frecuentemente secundario a múltiples enfermedades. Su agente causal puede ser biológico o viral. También puede ser de origen físico como los traumatismos o por exposición a temperatura ambiente alta por tiempo prolongado o químico, debido a los agentes pirógenos y algunos medicamentos, o psicológico debido a las emociones intensas.

2.7 TEORIA DE RIESGOS

2.7.1 El enfoque de riesgo en la atención a la salud

De acuerdo a las políticas internacionales y nacionales de salud enmarcadas en la Atención Primaria a la Salud, donde la Enfermería tiene un papel principal, es importante conocer y aplicar el enfoque de riesgo como instrumento muy valioso de trabajo.

"El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir las necesidades de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud, intenta mejorar la atención para todos y sobre todo, para aquellos que más la requieren. Es un enfoque no igualitario: discrimina en favor de quienes tienen mayor necesidad de atención".²⁴

En toda sociedad hay comunidades, familias e individuos cuya probabilidad de enfermar, morir o accidentarse es mayor que la de otros. Se ha dicho que tales grupos son especialmente "vulnerables" y que algunas de las razones de ello pueden ser identificadas. La vulnerabilidad especial, ya sea para la enfermedad o para la salud, es el resultado de un número de características interactuantes; biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, sociales y económicas, las que reunidas confieren un riesgo particular, ya sea de estar sano o de sufrir una en-

2.7 TEORIA DE RIESGOS

2.7.1 El enfoque de riesgo en la atención a la salud

De acuerdo a las políticas internacionales y nacionales de salud enmarcadas en la Atención Primaria a la Salud, donde la Enfermería tiene un papel principal, es importante conocer y aplicar el enfoque de riesgo como instrumento muy valioso de trabajo.

"El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir las necesidades de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud, intenta mejorar la atención para todos y sobre todo, para aquellos que más la requieren. Es un enfoque no igualitario: discrimina en favor de quienes tienen mayor necesidad de atención".²⁴

En toda sociedad hay comunidades, familias e individuos cuya probabilidad de enfermar, morir o accidentarse es mayor que la de otros. Se ha dicho que tales grupos son especialmente "vulnerables" y que algunas de las razones de ello pueden ser identificadas. La vulnerabilidad especial, ya sea para la enfermedad o para la salud, es el resultado de un número de características interactuantes; biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, sociales y económicas, las que reunidas confieren un riesgo particular, ya sea de estar sano o de sufrir una en-

fermedad en el futuro. Es así como las mujeres embarazadas, los niños, los migrantes, las personas de edad avanzada y los grupos con pocos recursos, son especialmente vulnerables, mientras que los opulentos y el grupo de adultos jóvenes son generalmente menos vulnerables.

La habilidad para medir estos riesgos con cierta precisión es relativamente reciente. Se cuenta con herramientas y el conocimiento generado por ellas, las cuales han llegado en un momento especialmente oportuno para aumentar la efectividad de la atención primaria a la salud. El hecho de que las comunidades, las familias o los individuos, posean características que confieren un "riesgo2 especial de la alteración de la salud implica una especie de cadena causal o secuencia. Algunos de estos atributos pueden ser descritos en detalle, por ejemplo: desnutrición, infancia, vejez y embarazo. Los riesgos relacionados que es posible utilizar para propósitos administrativos, son de hecho una expresión abreviada de la necesidad de atención.

Una mujer embarazada que padece hipertensión arterial, tiene un riesgo mayor de tener un hijo con bajo peso al nacer que una embarazada normotensa, el riesgo medio para ella y su hijo es una expresión de su necesidad de ayuda, tanto en términos de atención preventiva como curativa. Estas estimaciones de riesgo, son únicamente una señal o un indicador del grado de su necesidad. La llamada "estrategia de enfoque de riesgo" que co-

mienza con estimaciones de la necesidad de atención de las madres, pueden verse como una guía para intervenciones, asignar recursos, ampliar la cobertura y mejorar la referencia de pacientes a la atención perinatal. Existen también riesgos derivados de una comunidad como la contaminación ambiental, el abastecimiento deficiente del agua, la pobreza o deficientes servicios de salud. El nivel de riesgo en estos casos es también una expresión de necesidad, cuya cuantificación es un componente esencial en la determinación de prioridades, en la selección de intervenciones y en la distribución de recursos humanos, materiales y económicos.

"La hipótesis sobre la que se basa el enfoque de riesgo es que mientras más exacta sea la medición del riesgo, más adecuadamente se comprenderá la necesidad de atención de la población y ello favorecerá la efectividad de las intervenciones".²⁵

2.7.2 ¿Qué significa el término riesgo?

Cuando hablamos sobre el riesgo de que algo suceda nos estamos refiriendo a la probabilidad de que tal evento se produzca. Una probabilidad es una medida de algo incierto. El estudio de poblaciones permite obtener la probabilidad de que un evento o daño (enfermedad o muerte) ocurra en ese grupo de personas y que se expresa como tasas de incidencia o muerte. Posteriormente, la probabilidad para un individuo en particular debe inferirse a partir de la población estudiada. El concepto de probabilidad

v en particular de probabilidad mensurable, es fundamentalmente para entender el concepto de riesgo. La definición que da el diccionario de la lengua a la palabra RIESGO es: "Contingencia o proximidad de un daño". El diccionario de epidemiología establece que el riesgo es la probabilidad de que un hecho ocurra. Por lo que podemos decir entonces que el riesgo es la medida de una probabilidad estadística de un suceso futuro.

Queda implícita la idea de que la probabilidad de consecuencias adversas aumentan la presencia de una o más consecuencias. Cuando la probabilidad es conocida y se trata de una dolencia, enfermedad, accidente o muerte, que pueden ser evitados o reducidos si se emprenden acciones antes de que aquellos acontezcan, se habla de la utilización del enfoque de riesgo con fines preventivos. frecuentemente se expresa el riesgo como una tasa, por lo tanto, parte del enfoque de riesgo involucra el supuesto de que a medida que avance el conocimiento sobre factores de riesgo, que permita definir acciones preventivas, los daños a la salud ocurrirán con menor frecuencia.

2.7.3 ¿Qué es un factor de riesgo?

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso morbido. Según John

M. Last el término "Factor de riesgo" se usa con 3 connotaciones distintas: a)"Un atributo o exposición que se asocia con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una enfermedad; este atributo no necesariamente constituye un factor causal", b)"Un atributo o exposición que aumenta la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro resultado específico" y c)"un determinante que puede ser modificado por alguna forma de intervención, logrando disminuir la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro daño específico a la salud; para evitar confusión, esta connotación debe ser referida como factor de riesgo modificable".

Los factores de riesgo pueden ser causas o indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen, pueden ser aquellos que caracterizan al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente. Varios estudios han demostrado que el primer embarazo, la alta paridad, un embarazo en edad reproductiva temprana o tardía, los abortos previos y la desnutrición, son factores de riesgo universales y de patología perinatal. La combinación de estos y otros factores de riesgo en los mismos individuos incrementan aún más la probabilidad de experimentar un daño a la salud.

Los factores de riesgo pueden ser: Biológicos (ciertos grupos

de edad), ambientales (abastecimiento de agua deficiente, falta de un adecuado sistema de disposición de excretas entre otros), de comportamiento (fumar, drogarse), relacionados con la atención a la salud (baja calidad de atención, cobertura insuficiente), sociales y culturales (educación) y económicos (ingresos). La interacción de factores biológicos sumados a otros derivados del medio social y ambiental, aumenta el efecto aislado de cada uno de los factores. Ejemplo: La multiparidad (B) en madres que viven en extrema pobreza (a) se asocian con un riesgo más alto de muerte perinatal del que se esperaría al sumar los efectos de multiparidad y pobreza por sí solos, por lo que a (a+B) se les llama combinación de riesgos. Los factores de riesgo son, por lo tanto, características asociadas con clerto tipo de daño a la salud. Es importante especificar con el mayor detalle el tipo de daño para el cual se busca un factor o un grupo de factores de riesgo. Ya que los factores de riesgo pueden ser, específicos para un daño en particular, aunque con mayor frecuencia, un mismo factor de riesgo aumenta las posibilidades de varios daños, hasta cierto punto diferentes.

Por otra parte, la importancia o valor del factor de riesgo para la medicina preventiva, depende del grado de asociación con el daño a la salud, y también de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo.

de edad), ambientales (abastecimiento de agua deficiente, falta de un adecuado sistema de disposición de excretas entre otros), de comportamiento (fumar, drogarse), relacionados con la atención a la salud (baja calidad de atención, cobertura insuficiente), sociales y culturales (educación) y económicos (ingresos). La interacción de factores biológicos sumados a otros derivados del medio social y ambiental, aumenta el efecto aislado de cada uno de los factores. Ejemplo: La multiparidad (B) en madres que viven en extrema pobreza (a) se asocian con un riesgo más alto de muerte perinatal del que se esperaría al sumar los efectos de multiparidad y pobreza por sí solos, por lo que a (a+B) se les llama combinación de riesgos. Los factores de riesgo son, por lo tanto, características asociadas con cierto tipo de daño a la salud. Es importante especificar con el mayor detalle el tipo de daño para el cual se busca un factor o un grupo de factores de riesgo. Ya que los factores de riesgo pueden ser, específicos para un daño en particular, aunque con mayor frecuencia, un mismo factor de riesgo aumenta las posibilidades de varios daños, hasta cierto punto diferentes.

Por otra parte, la importancia o valor del factor de riesgo para la medicina preventiva, depende del grado de asociación con el daño a la salud, y también de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirlo.

2.7.4 Factores de riesgo y daños a la salud

La diferencia entre daños a la salud y factores de riesgo no siempre es clara, es importante tener en cuenta que: En algunas ocasiones lo que se considera un factor de riesgo (ej. desnutrición) por parte de algunos autores puede ser considerado como un daño por otros, dependiendo de la hipótesis que están explorando. Que una característica puede ser tanto un daño como un factor de riesgo (ej. El bajo peso al nacer es un daño a la salud de un embarazo patológico, al mismo tiempo que constituye un factor de riesgo para la morbi-mortalidad infantil y perinatal). Por lo tanto, se habla con frecuencia de una cadena de hechos donde un problema está relacionado con otro, o, a la inversa, donde un daño precedente conduce a un daño subsecuente. Dado esto, cuando se lleva a cabo un estudio epidemiológico utilizando el enfoque de riesgo, debe prestarse especial atención a la definición de cuáles son los factores de riesgo y daños que se busca estudiar.

2.7.4.1 Indicadores y causas

Un indicador por lo general, es toda variable o condición asociada al daño. Aún cuando la asociación no sea causal, permite reconocer parte de la cadena causal de los daños (enfermedad, incapacidad o muerte). Ya que con frecuencia se piensa que todos los factores de riesgo son causales, pese a que dependen

2.7.4 Factores de riesgo y daños a la salud

La diferencia entre daños a la salud y factores de riesgo no siempre es clara, es importante tener en cuenta que: En algunas ocasiones lo que se considera un factor de riesgo (ej. desnutrición) por parte de algunos autores puede ser considerado como un daño por otros, dependiendo de la hipótesis que están explorando. Que una característica puede ser tanto un daño como un factor de riesgo (ej. El bajo peso al nacer es un daño a la salud de un embarazo patológico, al mismo tiempo que constituye un factor de riesgo para la morbi-mortalidad infantil y perinatal). Por lo tanto, se habla con frecuencia de una cadena de hechos donde un problema está relacionado con otro, o, a la inversa, donde un daño precedente conduce a un daño subsecuente. Dado esto, cuando se lleva a cabo un estudio epidemiológico utilizando el enfoque de riesgo, debe prestarse especial atención a la definición de cuáles son los factores de riesgo y daños que se busca estudiar.

2.7.4.1 Indicadores y causas

Un indicador por lo general, es toda variable o condición asociada al daño. Aún cuando la asociación no sea causal, permite reconocer parte de la cadena causal de los daños (enfermedad, incapacidad o muerte). Ya que con frecuencia se piensa que todos los factores de riesgo son causales, pese a que dependen

Únicamente de asociaciones temporales que son notoriamente no causales. Debe recordarse que los hechos que preceden a otros hechos no necesariamente los causan. Por lo general, se considera que un factor de riesgo o característica es causal de un daño determinado a la salud si reúne los siguientes criterios: Fuerza de la asociación, especificidad de la asociación, consistencia con el conocimiento existente, asociación temporal y credibilidad biológica.

Los factores de riesgo asociados causalmente con un daño a la salud permiten acciones de prevención primaria, mientras que aquellos factores de riesgo asociados no causalmente son utilizados en actividades de prevención secundaria. Los factores de riesgo pueden clasificarse en aquellos que pueden ser modificados (dieta, fumar, entre otros), en los que la causalidad es fundamental y aquellos que no podrán ser modificados, (historia clínica), en los que la causalidad no es necesariamente importante. Estos últimos son utilizados fundamentalmente para la identificación de grupos de riesgo. (ej. talla materna, esta medida del estado nutricional crónico de la madre es un excelente indicador de bajo peso al nacer, que no obstante no es modificable durante el control prenatal). Sin embargo, su uso para identificar aquellas madres con alto riesgo de que sus hijos tengan bajo peso al nacer, permite adoptar con ellos medidas preventivas o curativas.

Finalmente, es importante reconocer que las decisiones sobre la selección inicial de indicadores y factores de riesgo involucra, además de los conocimientos técnicos del problema, aspectos políticos e ideológicos y que dependen de las intervenciones que se contemplan como posibles o deseables en una estructura socio-política específica.

2.7.5 Como se mide el riesgo

El riesgo o la probabilidad de que ocurra un evento, puede medirse por lo menos de tres formas: Primero, existe el riesgo de que ocurra un daño a la salud, en una población determinada. Esta población específica comprende a quienes tienen factores de riesgo definidos y a quienes no los tienen, esta medida del riesgo se denomina riesgo absoluto. (ej. incidencia). Expresa la frecuencia total de un evento, es decir, la probabilidad real de que una enfermedad, accidente o muerte ocurra dentro de un período determinado y representa una medida de la probabilidad de pasar de un estado de salud al de enfermedad o muerte.

En segundo lugar, existe la probabilidad de que un daño a la salud pueda presentarse en aquellos casos con uno o más factores de riesgo. Para los individuos involucrados, éste es el concepto más importante. El riesgo relativo (RR) es una de las medidas más útiles y simples para esos fines, ya que expresa la razón entre la incidencia en la población no expuesta a tal

factor. Es por lo tanto, una medida de la fuerza de la asociación entre dicho factor de riesgo y el daño a la salud.

En tercer término, mientras la importancia de un factor de riesgo depende en gran parte de la fuerza de su asociación con un daño a la salud, desde el punto de vista de los efectos de intervenciones en salud, también dependen de la proporción en que el factor de riesgo causal se encuentra en la población general. Esta relación se expresa por medio del riesgo atribuible en la población, concepto que lleva implícitos los siguientes componentes: La frecuencia del daño a la salud con y sin el factor de riesgo presente (RR), y la proporción con que ese factor se encuentra en la población general. Indica por lo tanto, lo que pueden esperarse que suceda con el daño a la salud en la comunidad si se suprime el factor de riesgo causal. Debe ponerse énfasis en la relevancia de este concepto en términos de formulación de Políticas de salud.

2.7.6 Uso del enfoque de riesgo

El enfoque de riesgo puede ser utilizado tanto dentro como fuera del sistema de atención a la salud, la información derivada de él puede utilizarse para definir prácticas de educación para la salud y mejorar la atención a la salud. La participación de la comunidad en el reconocimiento de los factores de riesgo de individuos y de grupos permite aumentar la conciencia

hacia los problemas de la salud y los programas de acción comunitaria.

Dentro del sistema de atención a la salud, puede facilitar una mayor cobertura, mejorar el sistema de referencia y facilitar el control de los factores de riesgo. Puede producir cambios en el estilo y condiciones de vida y del medio ambiente.

Finalmente, el enfoque de riesgo, ayuda a identificar la contribución de otros componentes sociales, económicos y ambientales, al proceso de salud/enfermedad.

2.7.6.1 Problemas a los que se enfrenta la aplicación del enfoque de riesgo

Antes de que pueda utilizarse el enfoque de riesgo para el mejoramiento de la organización de la atención a la salud, es necesario abordar tres problemas básicos a los que se enfrenta:

- a) Selección de los factores de riesgo, el cual consiste en cómo utilizar la información para seleccionar los factores de riesgo y cuantificarlos, expresándolos en forma de puntajes que puedan ser utilizados en el nivel local.
- b) Selección de los límites de inclusión en las pruebas de tamizaje, se relaciona con la determinación de límites de inclusión para seleccionar a la población con alto riesgo de desarrollar un daño a la salud y
- c) Ajuste de las pruebas de tamizaje a las condiciones del sistema de salud, se refiere a la adaptación o ajuste de

hacia los problemas de la salud y los programas de acción comunitaria.

Dentro del sistema de atención a la salud, puede facilitar una mayor cobertura, mejorar el sistema de referencia y facilitar el control de los factores de riesgo. Puede producir cambios en el estilo y condiciones de vida y del medio ambiente.

Finalmente, el enfoque de riesgo, ayuda a identificar la contribución de otros componentes sociales, económicos y ambientales, al proceso de salud/enfermedad.

2.7.6.1 Problemas a los que se enfrenta la aplicación del enfoque de riesgo

Antes de que pueda utilizarse el enfoque de riesgo para el mejoramiento de la organización de la atención a la salud, es necesario abordar tres problemas básicos a los que se enfrenta:

- a) Selección de los factores de riesgo, el cual consiste en cómo utilizar la información para seleccionar los factores de riesgo y cuantificarlos, expresándolos en forma de puntajes que puedan ser utilizados en el nivel local.
- b) Selección de los límites de inclusión en las pruebas de tamisaje, se relaciona con la determinación de límites de inclusión para seleccionar a la población con alto riesgo de desarrollar un daño a la salud y
- c) Ajuste de las pruebas de tamizaje a las condiciones del sistema de salud, se refiere a la adaptación o ajuste de

los criterios de tamizaje a las condiciones reales y recursos del sistema de salud. Esto significa valorar y efectuar un balance de las necesidades de salud con relación a los recursos existentes, tanto del sistema de salud como de la población a riesgo, según la severidad y magnitud del daño. Reconocer si el sistema de atención a la salud está en condiciones de llevar al cabo innovaciones o transformaciones recomendadas por los resultados de los estudios en el enfoque de riesgo.

El enfoque de riesgo puede entonces utilizarse para la toma de decisiones en los distintos niveles de atención, desde el individual y familiar hasta el de política intersectorial.

Se han sugerido ocho usos del enfoque de riesgo que a su vez se dividen en dos grupos: El primero se encuentra dentro del sistema formal de atención a la salud y contempla los siguientes puntos:

1) Aumento de la cobertura, el cual resulta de gran importancia para garantizar el acceso universal a la atención de la salud. tres de los factores que han recibido atención especial dentro de la cobertura ya que pueden ser modificados por el enfoque de riesgo son: la disponibilidad, el acceso y la aceptabilidad.

2) Mejoramiento de los patrones de referencia. Su objetivo es que la cadena de referencia existente esté mejor ajustada, sin

que por ello se altere la cadena misma, asegurando que las personas sean referidas al personal con las destrezas correspondientes a sus necesidades y a los servicios cuya complejidad permita atenderlos. Para usar la información de riesgo en el mejoramiento de los patrones de referencia, se recurre con frecuencia a un "puntaje" basado en el riesgo relativo, que constituye un indicador de la urgencia y de la seriedad de la necesidad de la persona. Tal puntaje de riesgo es, como el riesgo relativo, sólo una aproximación a la necesidad. Por consiguiente, será necesario examinar en detalle la naturaleza de la necesidad y los factores de riesgo involucrados, así como las facilidades y destrezas disponibles y necesarias. De esta forma puede lograrse, eventualmente, el objetivo de esta parte de la estrategia del enfoque de riesgo: la congruencia entre las necesidades y las destrezas existentes.

3) Modificación de los factores de riesgo, las intervenciones de riesgos da mayor valor a tales acciones al otorgar prioridad a los factores de riesgo tanto a niveles colectivos como individuales y al utilizar el riesgo atribuible en la población que indica en que medida se beneficiaría la comunidad si los factores de riesgo fueran eliminados.

4) Reorganización del sistema de salud en los niveles regional y nacional. "Es de gran importancia que la información de riesgo utilizada en la planificación regional y nacional pueda com

plementarse con la información sobre salud que se reúne rutinariamente. Esto se refiere a estadísticas vitales, información institucional e información sobre el uso de los servicios de salud. Debe recordarse que el objetivo es organizar la información existente obtenida en forma rutinaria. Siempre es preferible mejorar un sistema de recolección de datos que funciona medianamente bien, a establecer uno nuevo al comienzo de una intervención. Por otra parte, los distintos componentes de la intervención también van a contribuir con la mejora de los sistemas de información".²⁶

5) Adiestramiento del personal de salud. Deberá orientarse hacia el cambio de las habilidades y destrezas para hacer frente a las demandas de servicio de salud de la población a riesgo seleccionada. Además es necesario entrenar personal que pueda atender los requerimientos básicos de la población de bajo riesgo.

El segundo grupo corresponde a usos del enfoque de riesgo fuera del sistema formal de atención a la salud y consta de los siguientes puntos:

6) Autocuidado y atención a la familia, el uso de la información sobre riesgos a nivel individual y familiar tiene dos objetivos, el primero y más importante es la habilidad de reconocer prioridades y condiciones de vida saludables, para que en los términos habituales de la familia se use un enfoque más

racional del cuidado de los individuos. El segundo es el reconocimiento temprano de los factores de riesgo, para que sea posible prevenir o eliminar las enfermedades, ya que un mayor conocimiento sobre salud en el núcleo familiar ayuda al reconocimiento temprano de riesgos y enfermedades facilitando así la referencia selectiva de pacientes.

7) Atención comunitaria, busca fomentar la acción de la comunidad en la identificación de factores de riesgo de acuerdo con su importancia familiar y comunitaria, por lo que la información de riesgo interpretada adecuadamente puede convertirse en un vehículo para la demostración de relaciones causa-efecto en el proceso salud-enfermedad y contribuir a la planeación de intervenciones adecuadas a la realidad correspondiente.

8) Políticas intersectoriales, la práctica de compartir y utilizar conjuntamente la información de riesgos por parte de cierto número de ministerios o ramas ejecutivas de gobierno, tanto en el nivel nacional como regional, ofrece oportunidades de colaboración. La colaboración intersectorial puede tener gran influencia sobre los factores de riesgo involucrados, y propiciar así, una reducción importante de los daños a la salud. Ej. la mortalidad infantil debida a diarreas y desnutrición, la influencia del hacinamiento, la pobreza y la falta de educación serían valores sobre los que puede basarse la selección de prioridades para el desarrollo de una política nacional.

2.7.7 Principales pasos de un estudio de riesgo

El enfoque de riesgo comprende una serie de pasos, a saber: 1) la revisión sistemática de la información disponible, 2) la investigación epidemiológica, 3) la revisión de la escritura y el funcionamiento del sistema de atención a la salud, 4) el desarrollo de la estrategia y la evaluación de la nueva estrategia. En fin, los estudios de enfoque de riesgo pueden diseñarse de diferentes maneras para dar respuesta a distintas preguntas, pero el enfoque más operativo consiste en evaluar si las estrategias basadas en el enfoque de riesgo dan mejores resultados obtenidos bajo los sistemas de atención existentes. El diseño puede ser modificado durante el estudio en caso de que haya ciertos beneficios capaces de afectar la prestación de servicios de atención a la salud. Sin antes olvidar que el elemento esencial es reconocer lo que se desea lograr con el estudio o investigación antes de comenzar.

2.8 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA LA SALUD EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

Si en cualquier época de la vida es necesario todo lo que tienda a la conservación y a la promoción de la salud y todo lo que sirva para prevenir la enfermedad, estas actividades son aún más necesarias en la infancia. Es que en esta edad y antes de que nazca el niño, éste se encuentra expuesto a multitud de causas morbosas, contra las cuales no puede siempre defenderse satisfactoriamente, porque su organismo no tiene todavía los recursos necesarios para hacerlo y porque las condiciones del ambiente, familiar y extrafamiliar, con frecuencia no son propicias, es por esto y mucho más que la participación de enfermería es de vital importancia dentro de la atención primaria, ya que se encarga de la prevención de riesgos para la salud, siendo éste el papel de la enfermera, proporcionar la información acerca de las causas y resultados esperados de un evento o comportamiento, con el fin de que los padres estén preparados cuando éste ocurra.

Los consejos y la anticipación al daño son capaces de modificar los esfuerzos realizados por los padres, disminuyendo la ansiedad e incrementando su nivel de confianza con respecto a la salud de su hijo. Esto puede lograrse desde la consulta prenatal orientando a los padres sobre el aspecto normal de un recién nacido, ya que esta información servirá para familiarizarlos

con el aspecto normal de su bebé cuando nazca, también deben permitir que los padres sepan que ellas se preocupan por su sa lud y que no sólo es una responsabilidad, sino que existe el deseo de ofrecerles información a medida que surjan las necesidades.

La enfermera también debe recordar a los padres que no deben permitir que el bebé duerma más de tres horas consecutivas durante el día para fomentarle períodos más largos de sueño por la noche. Durante la noche hay que evitar alimentar al bebé y cambiarle el pañal, para permitir que el niño se habitúe a que la noche es tiempo para descansar.

Orientar que las regurgitaciones indican que el bebé ha comido más de lo que su estomago puede recibir, por lo que sólo deben ofrecer la cantidad de alimento indicada, haciendo que eructe varias veces durante la alimentación, realizar cada alimentación sin interrupciones y con calma, evitar presionar fuertemente el abdomen, elevar la cabeza en la cuna y colocarlo en posición de decúbito ventral, recordándoles también que la sobrealimentación conduce a la obesidad.

Recordar que el baño y la estimulación temprana son dos actividades que deben realizarse diariamente para contribuir a un buen desarrollo psicomotor, optimizando al máximo su potencial integral, favoreciendo a la vez la unión familiar al integrar a los padres en un programa de atención a su hijo.

México necesita educar a su pueblo, sacándolo de la ignorancia en que está sumergido, porque a pesar de las leyes protectoras materno-infantiles, de los Centros de Asistencia y de la Inicitiva privada que tienen el propósito de orientar y ayudar a la madre, muchas madres tienen que abandonar a sus hijos a consecuencia de la vida económica-social en que están colocadas, siendo ésta una de las tantas causas de que México pierda anualmente muchos recién nacidos, lo que hace que nuestro pueblo vaya en desventaja con las grandes naciones, por falta de material humano y la conveniente preparación de él.

Es por esto que el personal de enfermería tiene la obligación de actualizarse y mejorar las condiciones de salud de los niños durante su primer año de vida, educando al pueblo, combatiendo la ignorancia, consiguiendo un mejor standar de vida incementando el trabajo comunitario y dándole la importancia y trascendencia que éste tiene. Es importante que en todos los daños a la salud, la enfermera realice la educación para la salud, mejorando las condiciones higiénicas, ambientales, nutricionales e incluso culturales, disminuyendo los mitos y temores que la población le exprese o que ella misma identifique para disminuir o suprimir dichos daños, contribuyendo así a aminorar la morbi-mortalidad infantil en nuestro país. Ya que es urgente intensificar todo cuanto sirva para conservar la salud de los niños que constituyen sin duda la mejor riqueza de la patria, y multiplicar los esfuerzos que permitan defenderlos de

la enfermedad y asegurarles una infancia feliz, como prólogo de una vida posterior también dichosa, ya que cuando el niño nace no sabe hacer otra cosa que tetar. Por lo que es necesario que los padres, sus responsables, sepan como lavarlo, vestirle, alimentarlo, y sobre todo, es necesario que conozcan y cumplan las reglas higiénicas indispensables para lograr su perfecto desarrollo. Al lado de la enfermera que les enseñará a tejer el capullo del gusano de seda que se convertirá en crisálida y más tarde en mariposa perfecta, de plateadas alas que la han de ayudar a desplazarse y completar su ciclo de vida.

2.8.1 Acciones de enfermería en fomento a la estimulación temprana

La enfermera debe estimular al padre y a la madre para que acompañen el mayor tiempo posible al recién nacido, particularmente en las primeras horas de vida. Siendo este período óptimo de "vinculación" entre padres e hijos. El vínculo aumenta la madurez conductual del niño y ayuda a fortalecer la capacidad de los padres para proporcionar la atención necesaria futura para el niño.

Cuando los padres no puedan tener contacto estrecho con su hijo recién nacido en estos primeros días, la enfermera debe alentarlos para que lo visiten, carguen, mimen y atiendan tan pronto como puedan hacerlo. La enfermera mostrará a los padres la

manera de tener contacto físico con el bebé, por ejemplo: con las manos a través de las aberturas de la incubadora. Esto aumenta la confianza y habilidad de los padres antes de que el lactante salga del hospital.

Siempre se procura asegurar cuando se alimenta y la condición del niño lo permite, que se cargue al niño mientras se le amamanta, de tal manera que pueda mirar al rostro de su madre. Se le habla, toca, mece, besa, canta y habla por su nombre cuando está despierto, en posición "frente a frente".

Se le dan al lactante oportunidades para que experimente sensaciones y texturas nuevas por medio del cambio de posición de la cuna o pasándolo de la "sillita de niño" a una sábana sobre el piso para permitirle movimiento libre de las extremidades. El baño puede proporcionar al lactante inmenso placer, ya que disfruta al permanecer en el agua tibia y salpicar.

Se deben colgar de la cuna o carreola juguetes que pueda alcanzar fácilmente con la mano. Deben ser brillantes, con formas y texturas diversas, seguros "chupables", manuales, fáciles de lavar y esterilizar si es necesario. Se deben cambiar con frecuencia para proporcionar variedad. Proporcionándole una sonaja u otro juguete adecuado que pueda sostener con la mano y que sea resistente para cuando lo aviente fuera de la cuna.

La enfermera debe hacerle ver a la madre la importancia que tie

ne la estimulación y su participación para lograr que sea completamente exitosa.

3. ESQUEMA DE LA INVESTIGACION

3.1 METODOLOGIA GENERAL DEL ESTUDIO

3.1.1 Tipo de investigación

Se trata de una investigación documental para obtener información actualizada, con relación a la problemática de salud del niño durante el primer año de vida.

3.1.2 Diseño de investigación

Para la elaboración del diseño de investigación se consideró la observación directa en la consulta de enfermería y trabajo comunitario durante la pasantía en la Sede de Prácticas de Atención primaria a la Salud, a través de ésta se encontró que la mayor parte de las madres no proporcionan a sus hijos en el primer año de vida los cuidados que requieren para un óptimo crecimiento y desarrollo, así mismo, se atendió la petición de la Jefe de Enfermeras del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana para actualizar al personal de enfermería en dicha problemática con el fin de realizar intervenciones de enfermería durante su trabajo comunitario con las madres.

Posteriormente se realizó la búsqueda bibliográfica para la formación del marco teórico, utilizando el acervo existente en bibliotecas de unidades de servicio y educativas del área de la salud, como son el Hospital del Niño, Hospital de Pediatría del Centro Médico Siglo XXI, Biblioteca Central del Centro Médico Siglo XXI, Instituto Nacional de Nutrición y Escuela Nacional

de Enfermería y Obstetricia, con el fin de establecer capítulos y subcapítulos para un mejor análisis.

Una vez establecido el problema y el marco teórico, se procedió a elaborar el programa guía de actualización en intervenciones de enfermería comunitaria para la salud del niño durante el primer año de vida.

Se realizó la compilación de textos para la integración de una antología en apoyo al programa, impartiendo el curso de actualización a personal de enfermería del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, obteniendo como resultados los siguientes:

Durante la impartición del curso se pudo observar gran interés de las participantes tanto en forma grupal como individualmente realizando comentarios, aclaraciones, discusiones y preguntas constantemente, confrontando y organizando la información en situaciones vividas durante la experiencia adquirida en la práctica profesional. Obteniendo una discusión de calidad que reafirmaba los conocimientos transmitidos por el ponente.

Para la impartición del curso se utilizaron varias técnicas didácticas como exposición, interrogatoria, lluvia de ideas, discusión dirigida, demostración y lectura comentada. Así como el uso de material didáctico, material impreso (antología), rotafolio, video cassette, acetatos, transparencias, pizarrón y demostraciones con las madres en visitas domiciliarias, todo ello

con el fin de proporcionar medios de observación y experimentación, economizar tiempo en explicaciones y utilizarlo en otras actividades, ilustrar algunos temas, facilitar la comprensión y acercar al participante en cuanto sea posible, a la realidad.

El material fue preparado con anterioridad, siendo seleccionado y utilizado oportunamente, para favorecer la actividad y el desenvolvimiento de la capacidad creadora y crítica de los participantes.

Por lo anteriormente descrito, y de acuerdo a los comentarios de los participantes, puedo considerar que fue un curso muy provechoso, ya que se recordaron y adquirieron nuevos conocimientos sobre el cuidado del niño en su primer año de vida, haciendo plena conciencia de la importancia de éstos y del trabajo comunitario tan olvidado por la mayor parte del personal de salud.

Se contó para la elaboración de este trabajo con la asesoría de dos académicas de la ENEO-UNAM, quienes con sus conocimientos y experiencia hicieron posible la culminación del presente trabajo.

4. CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos propuestos, los aspectos teóricos consultados y la evaluación del curso de actualización, podemos concluir que la participación del personal de enfermería tiene una importancia relevante en el primer año de vida, ya que debe educar a los padres y población en general, sobre la trascendencia que puede tener el cuidar adecuadamente a un niño vigilando estrechamente su crecimiento y desarrollo, así como las consecuencias que tendrá el no hacerlo, tales como la muerte o la adquisición de enfermedades o daños a la salud irreversibles que pueden afectar al niño física y emocionalmente por el resto de su vida, e incrementar los índices de morbi-mortalidad infantil.

Por otra parte, la Enfermera debe preocuparse más por el trabajo comunitario, ya que a través de esto logrará disminuir los índices de morbi-mortalidad infantil que han permanecido altos, en enfermedades tan simples de erradicar como infecciones gastrointestinales y respiratorias que se encuentran entre los primeros daños a la salud en el primer año de vida y que han permanecido por décadas sin que se haya podido incidir efectivamente, por falta de una plena conciencia de ello en la población.

La elaboración de este trabajo sirvió para reafirmar, recordar, y actualizar los conocimientos adquiridos durante mi formación profesional y pasantía, siendo capaz de construir un material

que sirva de apoyo para la actualización del personal de enfermería y de las futuras generaciones que surjan.

No agrego la antología compilada por considerar que resultaría un material muy voluminoso, sin embargo, en el programa que anexo se registra la bibliografía básica con la que se integró la antología.

5. G L O S A R I O

A APTITUD	Capacidad de un individuo para <u>adquirir</u> con un <u>entrenamiento</u> <u>adecuado</u> algún conocimiento o habilidad adecuada.
C CRECIMIENTO	Es el aumento de masa celular, <u>puede</u> producirse por el tamaño de las células o su cantidad con aumento de la sustancia viva del organismo, medida por las proteínas presentes.
CORION	La membrana más externa que forma el saco embrionario.
D DESARROLLO	Incremento en el peso, altura y longitud de órganos acompañada por la maduración y especialización de células y tejidos en su función.
E ESTIMULO	Cambio de energía que actúa como agente excitador de algún órgano receptor.

H HEMANGIOMA	Malformación de los vasos sanguíneos que pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo, cuando en la piel es una marca de nacimiento que aparece de color rojo vinoso.
I INTERTRIGO	Inflamación superficial que ocurre en los pliegues húmedos de la piel.
M MADURACION	Adquisición de un estado completo de desarrollo o proceso mediante el cual llega a este estado.
MOTIVACION	Combinar dos o más ideas de hechos, que proporcionan directa o indirectamente la satisfacción imaginaria de deseos o afanes.
P PERIODO NEONATAL	Primeros 30 días después del parto, durante los cuales el niño se adapta al medio ambiente extrauterino.

PRIMIPARA

Mujer que da a luz a su primer hi
jo.

R
RECIEN NACIDO
A TERMINO

Nacido a los nueve meses de gestaa
ción, hijo de padres sanos, de
edad media, que viene al mundo
sin complicaciones de malforma-
ciones y con la capacidad necesa
ria para regular la temperatura
de su cuerpo, aun estando mal proo
tegido.

PRIMIPARA

Mujer que da a luz a su primer hi
jo.

R
RECIEN NACIDO
A TERMINO

Nacido a los nueve meses de gestaa
ción, hijo de padres sanos, de
edad media, que viene al mundo
sin complicaciones de malforma-
ciones y con la capacidad necesa
ria para regular la temperatura
de su cuerpo, aun estando mal prou
tegido.

6. APARATO CRITICO

- 1 TORROELLA, Julio Manuel. Niños sanos. Ed. Trillas. México, 1993. p. 31
- 2 COHEN, L. Alberto. Pediatría Práctica. Ed. Interamericana. Buenos Aires, 1987. p. 26
- 3 Idem. No. 1, p. 32
- 4 Idem. No. 2, p. 25
- 5 ARLINE, Frisner. Enfermería Materno-Infantil. Ed. El Manual Moderno. México, 1985. p. 270
- 6 JASSON, Luis. Neonatología Práctica. Ed. El Manual Moderno. 3a. ed. México, 1989. p. 93
- 7 Idem. No. 5, p. 266
- 8 Idem. No. 1, p. 44-47
- 9 Idem. No. 8, p. 45-46
- 10 Hospital Amigo del Niño y de la Madre. Lactancia Materna. Ed. IMSS. México, 1994. p. 80
- 11 Idem. No. 10, p. 70
- 12 Idem. No. 11, p. 90-93
- 13 Idem. No. 12, p. 63
- 14 SILVER, Henry H. Manual de Pediatría. Ed. El Manual Moderno México, 1988. p. 315

- 15 Idem. No. 14, p. 320
- 16 VEGA, Leopoldo. Alimentación y Nutrición en la Infancia. Ed. Francisco Méndez. México, 1993. p. 101
- 17 Idem. No. 16, p. 110-115
- 18 INN. Nutrición Clave del Bienestar. Ed. Tláloc. México. 1990. p. 2-3
- 19 R. Martínez y Martínez. La Salud del Niño y del Adolescente. Ed. Salvat. México, 1991. p. 311
- 20 GESELL, Arnold Lucios. Desarrollo Normal y Anormal del Niño. Ed. Interamericana. 3a. ed. Buenos Aires, 1986. p. 310-314
- 21 PEREZ, Judy de los Angeles. Estimule a su hijo. Ed. UNICEF PROCEF. Nicaragua, 1988.
- 22 DIAZ, del Castillo Ernesto. Clínica y Patología del Recién Nacido. Ed. Interamericana. México, 1986. p. 201
- 23 REEDER, Sharon. Enfermería Materno-Infantil. Ed. Harla. México, 1988. p. 20
- 24 OMS, OPS. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención Materno-Infantil. Publ. OMS. OPS, Serie PALTEX, No. 7 Washington, D.C. E.U.A. 1986. p. 9

25 Idem. No. 24. p. 11

26 Idem. No. 25. p. 17

7. APENDICES

APENDICE No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SEDE DE PRACTICAS DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD
SPAPS - ENEO

PROGRAMA DE ACTUALIZACION

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA COMUNITARIA
PARA LA SALUD DEL NIÑO DURANTE EL
PRIMER AÑO DE VIDA

1995

ELABORO

PASANTE DE LA LIC. EN ENFERMERIA
MA. DE LOS ANGELES ANAYA MENDEZ

ASESORES

LIC. ADDY GUTIERREZ RAIGOSA
LIC. NUTR. MA. DE LOURDES I. SIERRA T.

INTRODUCCION

El cuidado del niño durante el primer año de vida es de suma importancia, ya que repercute en su crecimiento y desarrollo bio-psico-social y que podrá determinar posteriormente su vida adulta.

El papel de la enfermera durante esta etapa de la vida, como consultora y orientadora de la madre y familia en general, es especialmente relevante, por lo que es necesario que el personal de enfermería se actualice constantemente en el cuidado del niño durante el primer año de vida y transmita este conocimiento a la población en general, ya sea en las visitas domiciliarias, familiares, durante la consultoría perinatal, o con grupos organizados para tal fin.

En la primera unidad se revisarán las características anatómicas y fisiológicas del recién nacido, específicamente y en general, del niño durante el primer año de vida, así como los daños a la salud más frecuentes.

En la segunda unidad se revisarán los factores de riesgo para la salud de acuerdo con las características biopsicosociales del niño.

En la tercera unidad se revisarán las intervenciones de enfermería en las situaciones de mayor relevancia como son: lactan-

cia al seno materno, alimentación artificial, destete y ablactación, así como estimulación temprana y su importancia para el buen desarrollo psicomotor.

OBJETIVO

Planear, realizar y evaluar intervenciones de enfermería para la salud del niño recién nacido hasta un año de vida con base en la identificación de riesgos tanto del niño como en el medio familiar y en el entorno comunitario.

UNIDADES DIDACTICAS

UNIDAD I. El niño durante el primer año de vida

CONTENIDOS BASICOS

- Características anatomofisiológicas del recién nacido y durante el primer año de vida.
- Daños a la salud más frecuentes: Enfermedades infecciosas, intestinales, infecciones respiratorias, deficiencias nutricionales y accidentes.
- Intervenciones de enfermería

OBJETIVO

Identificar las características más importantes del niño recién nacido y como va cambiando durante el primer año de vida, así como la influencia que puede determinar las enfermedades más frecuentes en la salud del niño.

UNIDAD II. Riesgos para la salud del niño durante el primer año de vida

CONTENIDOS BASICOS

- Teoría de riesgo, factores de riesgo, indicadores y causas; combinación de factores de riesgo, uso del enfoque de riesgo.
- Identificación de riesgo o inventario de riesgos, registro en un formato, análisis e interpretación.

- Intervenciones de enfermería

OBJETIVO

Analizar la importancia de la identificación oportuna de los riesgos de la salud para disminuirlos o suprimirlos y actuar en forma anticipatoria a los daños a la salud durante el primer año de vida.

UNIDAD III. Intervenciones de enfermería durante el primer año de vida en los aspectos más relevantes.

CONCEPTOS BASICOS

- Importancia de la vigilancia prenatal para la salud de la madre y del niño.
- Lactancia al seno materno: anatomía y fisiología de la mama, características de la leche materna, sus ventajas y desventajas, cuidado de las mamas, técnicas para la lactancia, alimentación de la madre que lacta y obesidad, problemas más comunes durante la lactancia, fármacos y toxadicciones y problemas en general durante la lactancia.
- Lactancia artificial. Leche de vaca: características, usos, indicaciones y contraindicaciones. Leches industrializadas: evaporada, condensada y en polvo.
- Destete y ablactación
- Estimulación temprana. Crecimiento y desarrollo durante el

primer año de vida. Valoración integral de la salud. Ejercicios para la estimulación temprana del niño.

- Intervenciones de enfermería

METODOLOGIA

UNIDAD I

- Posterior a la proyección de la película "Arrullo Materno", discutir sobre la importancia de la relación madre e hijo durante el primer año de vida.
- Con retrotransparencias explicar los aspectos anatomofisiológicos del recién nacido y el niño durante el primer año de vida.
- Trabajar por grupos las enfermedades más comunes en esta época de la vida para disminuir o suprimir los riesgos, inferir las intervenciones de enfermería y exponerlas ante el grupo para su realimentación.

UNIDAD II

- Trabajar por grupos los diferentes aspectos de la teoría de riesgo y exponerla ante el grupo reafirmando con retrotransparencias.
- Concluir la unidad con el plan de intervenciones de enfermería utilizando un caso hipotético en el que se haga la identificación de riesgos y el plan de intervenciones de enfermería.

UNIDAD III

- Exponer con esquemas la anatomía y fisiología de la mama.

- En grupos trabajar con los textos , los aspectos relacionados con la lactancia al seno materno y exponerlos en plenaria.
- Revisar en lluvia de ideas los aspectos relacionados con la lactancia artificial, posteriormente leer los textos y concluir en plenaria los aspectos más relevantes.
- Posterior a la lectura de los textos, organizar demostraciones sobre la estimulación temprana, destacando la participación de Enfermería, tanto en la consultoría como en la visita domiciliaria.

EVALUACION

- Participación individual y grupal
- Calidad de la discusión
- Apoyo de los materiales
- Desempeño docente

BIBLIOGRAFIA BASICA

U N I D A D I

TORROELLA, Julio Manuel. Niños Sanos. Ed. Trillas. 1a. ed. México, 1993. pp. 31-47

OPS. El Control de las Enfermedades transmisibles en el Hombre. Ed. OPS. 10a. ed. México, 1965. pp. 60-63, 87-91, 166-172.

U N I D A D II

OMS. OPS. Manual sobre enfoque de riesgo en la atención Materno Infantil. Publ. OMS. OPS. Serie PALTEX. No. 7 Washington, D. C. EUA, 1986. pp. 9-24

GUTIERREZ, Raigosa Addy. Lista de factores de riesgo familiares y durante el primer año de vida. Simplificación del trabajo del Dr. Alvarez Manilla.

U N I D A D III

HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE. Lactancia Materna. Ed. IMSS. México, 1994. pp. 24-27, 30-35, 81-85

SILVER, Henry K. Manual de Pediatría. Ed. El Manual Moderno. México, 1985. pp. 47-53

RODRIGUEZ, Adión Lourdes. Guía de Padres. Ed. SEP. México, 1981 pp. 13-41

VEGA, Franco Leopoldo. Alimentación y Nutrición en la Infancia
Ed. Francisco Méndez Cervantes. Méxicc, 1991. pp. 1-9

ZUBIRAN, Salvador. Manual de Lactancia Materna. Ed. INN. Méxi-
co, 1990. pp. 1-20

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

UNIDAD I

COHEN, L. Alberto. Pediatría Práctica. Ed. Interamericana. Buenos Aires, 1987. 1180 pp.

DIAZ, del Castillo Ernesto. Clínica y Patología del Recién Nacido. Ed. Interamericana. México, 1986. 314 pp.

JASSO, Luis. Neonatología Práctica. Ed. El Manual Moderno. 3a. ed. México, 1989. 435 pp.

UNIDAD III

GESELL, Arnold Lucios. Desarrollo Normal y Anormal del Niño. Ed. Interamericana. 3a. ed. Buenos Aires, 1986. 402 pp.

INN. Cuadernos de Nutrición. Vol. 10, No. 1. México, 1987. 60 pp.

MOORE, Mary Lou. El recién nacido y la Enfermera. Ed. Interamericana. México, 1988. 290 pp.

APENDICE No. 2

ESQUEMA DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN EL
PRIMER AÑO DE VIDA DE ACUERDO A LOS RIESGOS
MAS FRECUENTES

E T A P A	RIESGO DE ENFERMAR O MORIR	INTERVENCIONES
RECIEN NACIDO	Herida umbilical labilidad de la piel y aparato termo-regulador.	Enseñar el cuidado y manejo adecuado de la herida umbilical, de proporcionar el ba ño y aseos parciales, así como la protección contra los cambios brus cos de temperatura.
	Falta de inmuniza ciones	Orientar sobre la im- portancia, manejo, apli cación e intervalos de cada biológico.
	Lactancia inadecua da	Dar a conocer las ven tajas que proporciona al niño, a la madre y a la economía familiar. Así como los nutrien tes y defensas neces- rias para un óptimo

	crecimiento y desarrollo del niño.
Ignorancia sobre la anatomía y fisiología del recién nacido.	Enseñar las características del recién nacido, ya que ignorarías y los mitos y tabúes pueden generar acciones perjudiciales para la salud del niño.
Hijos de madres adolescentes	Orientar en forma especial a la adolescente sobre el cuidado del recién nacido, ya que por su corta edad y maduración psicobiológicas pueden cometer errores en perjuicio de la salud de ambos.
Prematurez	Enseñar el manejo adecuado de un niño prematuro en el hogar para lograr su crecimiento y desarrollo armóni

		co y ayudarlo así a ser un niño completamente sano.
LACTANTE MENOR	Mal manejo de biberones y alimentos en general.	Enseñar la preparación de biberones, papillas y picados a fin de evitar o suprimir las infecciones gastrointestinales y lograr su correcta nutrición.
	Ablactación y Destete	Orientar sobre la importancia de estas etapas, así como de la edad en que deben iniciarse y cual grupo de alimentos, a fin de formar buenos hábitos alimentarios en el niño y una adecuada digestión evitando algunos trastornos como alergias y obesidad.

	Falta de conocimiento sobre la importancia que tiene la <u>vigilancia</u> de la salud.	Informar la importancia que tiene la <u>vigilancia</u> periódica de la salud del niño, a fin de evitar o disminuir el riesgo de que el <u>niño</u> enferme.
LACTANTE MAYOR	Falta de atención al área afectiva	El afecto es esencial desde las primeras <u>etapas</u> de la vida, por lo que debe orientarse <u>sobre</u> su importancia, ya que puede causar graves e irreversibles <u>daños</u> en el niño que repercutirán hasta su <u>vida</u> adulta, afectando principalmente su salud mental.
	Juguetes y cunas inseguros	Orientar sobre el <u>peligro</u> de caídas, intoxicaciones y obstrucción de vías respiratorias que pueden causar gra-

	ves daños a la salud e integridad del niño.
Espacios y objetos inseguros en la habitación.	Orientar sobre la necesidad de evitar todo lo que pueda ser motivo de accidente como contactos, tapetes o muebles con aristas, para disminuir los riesgos de golpes y heridas en el inicio de la deambulación o gateo.
Falta de estimulación temprana.	Enseñar la importancia que tiene el proporcionar juegos y ejercicios con afecto y conocimiento, para favorecer un óptimo desarrollo psicomotor.

APENDICE No. 3

FACTORES DE RIESGO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA DEL NIÑO

RIESGOS	OBSERVACIONES
Lactancia artificial	
Malos hábitos dietéticos	
Hábitos higiénicos deficientes	
Falta de estimulación temprana	
Madre soltera	
Madre que trabaja	
Embarazo no deseado	
Nuevo embarazo	
Falta de control del niño sano	
Tabúes de la familia	
Toxiadicciones en los padres	
Abandono	

8. A N E X O S

ANEXO No. 1
 INVENTARIO DE RIESGOS PARA IDENTIFICACION
 A NIVEL FAMILIAR
 SPAPS - ENEC

PRESENTE CLAVE	R I E S G O S ENTORNO DOMICILIARIO: (RED)	OBSERVACIONES
1	SITIOS PELIGROSOS	
2	GRUPOS PARA SOCIALES	
3	ELEMENTOS CONTAMINANTES	
4	AREA MARGINAL	
5	FALTA DE SITIOS RECREATIVOS	
6	ZONA ENDEMICA DE PADECIMIENTOS	
7	ALUMBRADO PUBLICO DEFICIENTE	
8	AUSENCIA DE RED DE ALCANTARILLADO	
9	PAVIMENTACION	
10	PRESENCIA DE BASUREROS A CIELO ABIERTO	
	VIVIENDA: (RV)	
1	MATERIALES DE CONSTRUCCION INSEGUROS	
2	DEFICIENTE VENTILACION NATURAL	
3	DEFICIENTE ILUMINACION ARTIFICIAL	
4	DEFICIENTES COND. HIGIENE	
5	INSTALACIONES ELECTRICAS EN MAL ESTADO	
6	PRESENCIA DE FAUNA NOCIVA	

- 7 PRESENCIA DE OBJETOS PELIGROSOS
- 8 DISPOSICION DE BASURA INADECUADA
- 9 HACINAMIENTO
- 10 FALTA DE AGUA POTABLE
- 11 MANEJO INADECUADO DEL AGUA
- 12 PRESENCIA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS
- 13 USO DE COMBUSTIBLES PELIGROSOS
- 14 CONSERVACION Y MANEJO INADECUADO DE ALIMENTOS
- 15 SERVICIOS SANITARIOS COLECTIVOS DEFICIENTES

CONVIVENTES: (RC)

- 1 CASO DE ENFERMEDAD EN PERIODO DE TRASMISIBILIDAD
- 2 CASO GERIATRICO
- 3 CASO DE TOXIADICCION
- 4 CASO DE PROSTITUCION
- 5 JEFE DE FAMILIA DESEMPLEADO
- 6 CASO CRONICO
- 7 ALCOHOLISMO
- 8 CASO CON ALTERACIONES MENTALES
- 9 DISFUSION FAMILIAR
- 10 NIVEL SOCIO-ECONOMICO BAJO
- 11 DISTRIBUCION INADECUADA DEL GASTO FAMILIAR

- 12 INCESTO
 - 13 ALTERACIONES NEUROLOGICAS
 - 14 MALTRATO
-

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SPAPS - ENEO

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO Y MANEJO DE LA HOJA PARA EL PLAN
DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA LA SALUD FAMILIAR

OBJETIVO

Registrar los riesgos y daños a la salud que están presentes en las familias usuarias de la SPAPS, que permitan proponer las intervenciones de Enfermería para suprimir o disminuir los daños y riesgos para la salud familiar.

DESCRIPCION

Hoja tamaño carta, de color según el módulo correspondiente (azul, rosa, verde o amarillo), impresa en forma vertical por ambas caras. Consta de un encabezado, dos columnas y líneas horizontales, en el reverso se da continuidad a las columnas y líneas.

LLENADO

En el encabezado se anotan los apellidos de la familia y su domicilio.

En la primera columna se anotan los riesgos observados en la visita domiciliaria (según clave SPAPS de riesgos) tomadas del Inventario de Riesgos.

En la segunda columna se anota la fecha abreviada, en que se realiza la visita, el diagnóstico familiar de Enfermería antecediendo las iniciales D F; se enlistan las intervenciones de Enfermería antecediendo las iniciales I.E. según clave SPAPS, y la evaluación antecediendo las iniciales E.V.; al finalizar estas notas se registran las iniciales de quien realizó la visita domiciliaria.

MANEJO

Esta forma está disponible en el archivo para anexarla a los expedientes familiares una vez que se realice la primera visita domiciliaria y se colocará al final de los expedientes individuales en orden progresivo de fechas agregando las hojas que sean necesarias.

N O T A : EN CADA VISITA SUBSECUENTE SE ACTUALIZARAN LOS DATOS REGISTRADOS.

ANEXO No. 3
VEINTE PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
1993

Nc. de ORDEN	C A U S A	CLAVE LISTA BASICA DE LA CIE	DEFUNCIONES
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	45	20,954
2	Anomalías congénitas	44	6,783
3	Influenza y neumonías	321,322	6,108
4	Enfermedades infecciosas intestinales	01	4,726
5	Deficiencias de la nutrición	19	1,582
6	Accidentes	E47-E53	1,111
7	Infecciones respiratorias agudas	310-312, 320	888
8	Bronquitis crónica y la no especificada enfisema y asma	323	720
9	Septicemia	038	641
10	Enfermedades del corazón	25-28	579
11	Meningitis	220	302
12	Nefritis, síndrome netrótico y nefrosis	350	284
13	Anemias	200	213
14	Obstrucción intestinal y hernia	343,344	198
15	Homocidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	E55	112
16	Enfermedad cerebrovascular	29	99
17	Tumores malignos	08.14	87
18	Lesiones en las que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas	E56	73
19	Epilepsia	225	58

20	Tumores benignos y de naturaleza no especificada	15-17	57
	Todas las demás causas		4,056

	T O T A L	01-E56	49,631
--	-----------	--------	--------

Tasa por 100,000 nacidos vivos registrados

FUENTE: INEGI. México, 1993.

9. BIBLIOGRAFIA

BARRERA, Moncada G., Psicopediatría. Ed. Salvat. Mallorca, 1987, 500 pp.

BEE, Helen L. El Desarrollo del Niño. Ed. Harla. México, 1985 359 pp.

BURGOS, Horacio. La Enfermera en Pediatría. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, Argentina, 1985. 239 pp.

COHEN, L. Alberto. Pediatría Práctica. Ed. Interamericana. Buenos Aires, 1987. 1180 pp.

DIAZ, del Castillo Ernesto. Clínica y Patología del Recién Nacido. Ed. Interamericana. México, 1986, 314 pp.

DUNN, Judy. El Primer Año de Vida. Ed. Limusa. México, 1992, 292 pp.

EVANS, Marilyn Long. Enfermería Pediátrica. Guía Clínica. Ed. Manual Moderno. 10a. ed. México, 1985, 417 pp.

GESELL, Arnold Lucios. Desarrollo Normal y Anormal del Niño. Ed. Interamericana. 3a. ed. Buenos Aires, 1986, 402 pp.

GIRARDET, J.P. La alimentación del lactante. Ed. Labor. Barcelona, 1990, 116 pp.

GRUPO QUINTO CENTENARIO. La guía del recién nacido. Ed. Daimon México. 1988. 249 pp.

HASSOL, Dennis. Psicología Evolutiva. Ed. Interamericana. México, 1985, 372 pp.

ILLINGWORTH, Ronald S., El niño normal. Ed. El Manual Moderno. México, 1985, 490 pp.

INGALLS, A. Joy. Enfermería Materno Infantil y Pediátrica. Ed. Noriega. México, 1991, 935 pp.

INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICION. Cuadernos de Nutrición. Vol. 10 No. 1, México, 1987.

INVEST GYNECOL OBSTET. Vol. 34, No. 3, E.U. 1993.

INTERNATIONAL NURSING REVIEW. Vol. 41, No. 2, E.U. 1992.

INTERNATIONAL JOURNAL PEDIATRIC. Vol. 58, No. 10. Chile, 1993.

ISAMBERT, A. Tu hijo crece. Ed. Daimon, México, 1991, 519 pp.

JASSO, Luis. Neonatología práctica. Ed. El Manual Moderno. 3a. ed. México, 1989. 435 pp.

KELTS, Drew Goddwrđ. Manual de Nutrición Pediátrica. Ed. Doy-
ma, Barcelona, 1990. 210 pp.

LACERVA, Víctor. Lactancia Materna un Manual para profesionales de la Salud. Ed. Manual Moderno. México, 1986. 177 pp.

LA PRENSA MEDICA MEXICANA. El cuidado del bebé. Ed. Prensa Médica Mexicana. México, 1990. 102 pp.

LERY, Francois. La alimentación. Ed. Martínez Roca, Barcelona 1986, 189 pp.

LUKE, Barbara. Nutrición Materna. Ed. Salvat. Barcelona 1989. 216 pp.

NURSING, MATERNAL-CHILD. Vol. 91, No. 1, E.U. 1994.

NURSING HOMES. Vol. 91, No. 70. E.U. 1994

MANDL, Pierre E., Alimentación al pecho. Ed. Pax. México, D.F. 1988, 300 pp.

MARTIN, Richards. El bebé y su mundo. Ed. Latinoamericana. México, 1990. 128 pp.

MONDRAGON, Castro Héctor. Gineco-Obstetricia para Enfermeras. Ed. Trillas. México, 1991. 510 pp.

MOORE, Mary Lou. El recién nacido y la Enfermera. Ed. Interamericana. México, 1988. 269 pp.

NAJERA, Pérez Humberto. Educación y Desarrollo Emocional del Niño. Ed. Prensa Médica Mexicana. México, 1986. 158 pp.

OMS-OPS. Manual sobre enfoque de riesgo de la atención materno infantil. Publ. OMS. Serie Paltex No. 7. Washington, D.C. EUA 1986. 110 pp.

REEDER, Sharon. Enfermería Materno-Infantil. Ed. Harla. México

1988, 1157 pp.

SCHAFFER, Alexander. Enfermería del recién nacido. Ed. Salvat. Barcelona, 1985. 958 pp.

SCHAFFER, David. El primer año de vida. Ed. Limusa. México, 1992. 320 pp.

SILVER, Henry K. Manual de Pediatría. Ed. Manual Moderno. México, 1985. 817 pp.

STERN, Daniel. La primera relación madre-hijo. Ed. Morata. Madrid, 1988. 220 pp.

TORROELLA, Julio M. Niños sanos. Ed. Trillas. México, 1992. 268 pp.

VAN, Leewen Gerard. El recién nacido. Ed. Panamericana. México 1987. 268 pp.

VEGA, Franco Leopold. Alimentación y nutrición. Ed. Francisco Méndez. México, 1985. 251 pp.

WAECHTER, Eugenia H. Enfermería Pediátrica. Ed. Interamericana México, 1989. 794 pp.

ZUBIRAN, Salvador. Manual de Lactancia Materna. Ed. INN. México, 1990. 20 pp.