

TERCERA CAPACITACIÓN DE
MATERNO INFANTIL

CUIDADO DE LOS NIÑOS/AS
EN LA COMUNIDAD



UNAP FOAPRISEN





Este es un material didáctico elaborado para las Actividades del Proyecto del Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud para Embarazada y el Período Neonatal en la Región III de Salud



**TERCERA CAPACITACIÓN DE
MATERNO INFANTIL
CUIDADO DE LOS/AS NIÑOS/AS EN LA COMUNIDAD**

San Francisco de Macorís
Noviembre 2015

Proyecto del Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud para Embarazadas y el Período Neonatal en la Región III de Salud, FOAPRISEN

Título original:

Tercera Capacitación de Materno Infantil, CUIDADO DE LOS/AS NIÑOS/AS EN LA COMUNIDAD

Autora:

Los miembros de Comités Locales de Salud Sexual Reproductiva en la Región III de Salud

Supervisor:

Dr. Ángel F. Garabot (Gerente de los Servicios Regionales de Salud Nordeste)

Lic. Juana Vélez (Enc. Regional de Enfermería)

Lic. Carmen Valerio (Coordinadora Provincial de Atención Primaria)

Lic. Junko Watanabe (Experta Materno Infantil del proyecto FOAPRISEN, Agencia de Cooperación Internacional del Japón)

COLABORADORES

Duarte

GA: Dra. Ana Lugo, Dra. Yuberkis Martínez, DPS: Dra. Magaliz Núñez

Cenovi; Dra. Johanny Pérez (Pediatra), Dr. Kelvin Mendoza (Med.Gral.)

Hermanas Mirabal

GA: Dra. Carmen Luisa Adames, DPS: Dra. Viannett, Coss

María Trinidad Sanchez

GA: Dra Evelin Sosa, DPS: Dra. María Elena López

Rio San Juan: Dra. Andorenis Suazo (Nutrióloga), El Factor Dr. José Armando Madrazo de la Garza (Nutrición y gastroenterología pediátrica)

Samaná

GA : Lic. Yoaldina Kelly, Dra. Claribel Abreu , DPS: Lic. Malendy King

Ilustración de la portada:

Sarah, INOA, YAMASHITA

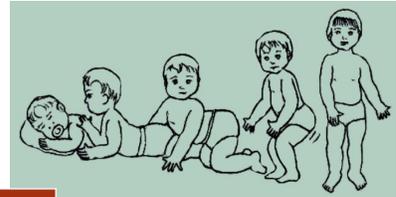
Este es un material didáctico elaborado para las actividades del Proyecto FOAPRISEN.

Índice

I. Control de Niño/a Sano/a	1
II. Clase de Padres sobre Recién Nacido	3
III. Riesgo al Nacer	5
IV. Signos de Peligro en el Niño/a	8
V. Infección Grave – Diarrea -	11
VI. Neumonía en Niños de 0-2 meses	15
VII. Lesiones de la Piel (Síntomas más comunes)	17
VIII. Cuidado del Prematuro y Bajo Peso al Nacer en la Comunidad	21
IX. Medidas Antropométricas de un Infante	29
X. La Técnica de Medidas Antropométricas	31
XI. Como se llena la Tabla de crecimiento en la Cédula de Salud de los niños	33
XII. Desnutrición	39
XIII. Mayor Implementación de la Lactancia Materna	42
XIV. Medidas higiénicas durante la elaboración de los alimentos para prevenir diarrea en los niños	46
XV-I. Alimentación del niño de 6 a 11 meses	48
XIV-II. Alimentación del niño de 12 a 24 meses	51
XVI-I. Vigilancia del desarrollo (Menor de un mes)	53
XVI-II. Vigilancia del desarrollo de los niños de 1,2 y 4 meses	56
XVI-III. Vigilancia del desarrollo de los niños de 6, 9 y 12 meses	58
Bibliografía	60

I. Control de Niño/a Sano/a

1. Calendario de las visitas de control



Edad del niño/a	Visitas
Antes de 7 días	Primera visita
De 1 mes a 6 meses	Mensual
De 6 meses a 1 año	Trimestral (octava visita a los 9 meses)
De 1 a 2 años	Una visita cada 4 meses
De 2 a 4 años	Una visita cada 6 meses

2. Mobiliarios y materiales de equipos de la consulta de crecimiento y desarrollo en menores de 5 años.

- Cédula de salud del niño/a.
- Historia clínica de crecimiento y desarrollo infantil.
- Camilla.
- Tallímetro/infantometro/cinta métrica.
- Balanza pediátrica (de mesa) y balanza pediátrica.
- Kit para evaluación de crecimiento y desarrollo.
- Linterna pequeña.
- Esfigmomanómetro pediátrico.
- Set diagnóstico de otorrinolaringología.
- Estetoscopio.
- Baja lengua.
- Termómetro.



3. Acciones de salud en la consulta del niño/a menor de 1 mes.

- Salude cordialmente a la madre o acompañante, llámale por su nombre y realice historia clínica.
- Observe el vínculo madre-hijo y condiciones de higiene.
- Utilizando la cédula de salud del niño/a:
 - Evalúe el crecimiento.
 - Evalúe el desarrollo.
 - Evalúe la alimentación.

- Revise el esquema de vacunación.
- Refiera al nivel superior en caso de encontrar probable déficit del desarrollo.
- Enfatique siempre en el retorno al centro de primer nivel cuando el niño/a sea referido a otro nivel de atención.
- En caso de encontrar un desarrollo normal con factores de riesgo, aconseje a la madre sobre estimulación temprana y control en 15 días.
- Investigue problemas de violencia o abuso intrafamiliar.
- Investigue antecedentes de ITS y VIH/SIDA en el embarazo.
- Evalúe otros problemas.
- Registre la información en el expediente clínico y en la cédula de salud de del niño/a.
- Ofrezca información a la madre o acompañante de la situación de salud del niño/a en relación a su crecimiento y desarrollo encontrado.
- Felicite a la madre si no encuentra ningún problema.
- Evalúe y fomente la lactancia materna exclusiva.
- Oriente la madre o acompañante sobre signo de peligro.
- Dígale la fecha de la próxima cita.



4. Consultas del niño/a de 6 meses a 11 meses.

- Evaluar cavidad bucal.
- A hijo/a de madres VIH positiva realice, a la octava semana de nacimiento, la prueba de reacción en cadena de polimerasa (PCR-ADN).
- Recuerde a la madre la importancia de la cédula del niño/a

5. Acciones de salud para consulta del niño/a de 1 año a 2 años.

- Suplemente con micronutrientes según la edad y programa.
- Valorar análisis del laboratorio (hemograma, glicemia, examen de orina, coprológico y falcemia, sino se realizó antes de los 6 meses).

(Comité de SSR GA y DPS de María Trinidad Sánchez)

II. Clase de Padres sobre Recién Nacidos

1. Objetivo

Involucrar a los padres en el acompañamiento del embarazo y crianza del niño (a).

2. El papel del padre durante el embarazo

Es importante espectador o puede implicarse durante los nueve meses, antes de que nazca el bebé.

Un padre responsable acompaña a la madre a las visitas de control prenatal, sabe la fecha posible del parto, sabe de citas de niño sano y de vacunas.

Un padre responsable se preocupa por la lactancia materna. Un padre no debe fumar durante los nueve meses de gestación, pero si debe motivar a la embarazada a una alimentación sana y a los ejercicios para mantenerse en forma.



3. Planear una clase de padres en la comunidad

◆ Clases de preparación al parto

Si los dos (madre y padre) desean la participación del padre en el parto será de gran ayuda a la madre. Para realizar eso hay que orientar bien al padre durante control prenatal. Es primordial que éste se informe bien de cómo será este gran momento. Un buen modo de hacerlo es acompañar a la futura mamá a las clases de preparación al parto.



◆ Preparación de la llegada del bebé

El padre también debe involucrarse en la preparación de la llegada del bebé, ya que puede aportar opiniones importantes relacionadas con el nacimiento del mismo.

El padre también debe hablarle a su hijo, aunque este no haya nacido después de 7 meses, puede oír su voz. También le puede cantar y pronunciar su nombre, esto le ayudará a sentirse más cerca del niño y a sentir que ya es padre antes de tenerlo en sus brazos.



Un buen padre debe saber cambiar pañales, cómo bañar al bebé y signos de alarma.

(Cuando el bebé llora no es sólo porque tiene hambre, puede tener calor o frío, o puede ser que no pueda respirar bien o que le duele algo entre otros).

El propósito del padre ideal para la educación de los hijos sería el padre tipo democrático, que es comunicativo y cariñoso, pero a la vez pone límites y enseña responsabilidad a sus hijos.

Baño del bebé

Báñelo todos los días en el día, cuando hay sol.

Agua tibia a temperatura corporal, entre los 37 y 38 grados.

Aproximadamente por 5 a 10 minutos para que no se enfrie.

Lave la cara primero. Lave finalmente nalga y genitales.

Lave bien el cuello, axila e ingle, donde hay pliegues.

El cordón umbilical debe limpiarlo con alcohol a 70 % envolverlo en una gaza estéril.



(Comité de SSR, Hospital Provincial Leopoldo Pou, Samaná)

III. Riesgo al Nacer

1. Definición

- Brindar los cuidados inmediatos del recién nacido/a.
- Referir al nivel de atención correspondiente si presenta algún riesgo de alto o mediano riesgo al nacer.
- Ofrecer a la madre consejería sobre los cuidados básicos para él o la recién nacido/a de bajo riesgo
- El riesgo al nacer es la probabilidad que tiene el recién nacido de sufrir daño al nacer.

2. Las causas de tener riesgo al nacer

- Los problemas de salud en la madre (diabetes, cardiopatía y nefropatía, etc.)
- Los embarazos múltiples (gemelos o trillizos, representan el 15% de todos los nacimientos prematuros)
- Anomalías congénitas del útero.
- Antecedentes de parto prematuro y/o bajo peso al nacer.
- Infección (una infección urinaria o de la membrana amniótica).
- Mala nutrición poco antes o durante el embarazo.
- Preclamsia:
- Ruptura prematura de membranas (placenta previa).
- Edad de la madre (madres menores de 16 y mayores de 35)
- Falta de cuidados prenatales
- Nivel socioeconómico bajo
- Consumo de tabaco, cocaína o anfetaminas

◆ Bajo riesgo al nacer

Cuando no existe ninguno de los signos de alto o mediano riesgo en el recién nacido/a.

- Respiración regular
- Llanto fuerte
- Color rosado
- Peso mayor de 2,500 gr. y menor de 4,000 gr.
- Edad gestacional mayor o igual de 37 semanas, menor de 41 semanas.



Manejo: Normal con la mamá

- Colocar piel a piel con su madre e iniciar calostro (manejo normal).

◆ **Mediano riesgo al nacer**

- Peso al nacer entre 2000 y 2500 gr.
- Edad Gestacional entre 35 y 37 semanas o mayor de 41 semanas.
- Anomalías congénitas menores.
- Recibió algún procedimiento de reanimación sin presión positiva o masajes cardíacos.



Manejos: Referir urgentemente a consulta especializada

- Referir a consulta médica especializada.
- Colocar piel con piel con la madre e iniciar calostro.
- Aconsejar a la madre que debe mantener al recién nacido/a abrigado (a).
- Verificar cumplimiento de cuidados rutinarios.
- Enseñar a la madre los signos de peligro.
- Iniciar vacunación según esquema

◆ **Alto riesgo al nacer**

- Peso al nacer de menor de 2,000 gr. o mayor de 4,000 gr.
- Edad de gestación menor de 35 semanas.
- Temperatura Rectal **menor de 36.5°C o mayor de 38.0°C**
- Dificultad respiratoria.
- Palidez o plétora
- Infección intrauterina (TORCHE/CLAP)
- Ruptura prematura de membranas mayor de 12 horas
- Anomalías congénitas mayores
- Lesiones severas debidas al parto
- Anomalías congénitas mayores
- Ruptura prematura de membranas mayor de 12 horas
- Lesiones severas debidas al parto
- Reanimación con presión positiva o con masaje cardíaco.



Manejos: Referir urgentemente al hospital

- **Avisar al centro al cual se refiere y hacer nota de referencia.**
- Mantener al recién nacido/a **abrigado**.
- Estabilizar según necesidad.
- Ruptura prematura de membranas mayor de 12 horas, inicie la primera dosis de antibióticos recomendados.
- Si presenta alguna fractura o trauma, inmovilizar las extremidades afectadas.
- **Vigilar vía respiratorias** y mantenerlas permeables.
- **Orientar a la madre** sobre los motivos de traslado.

(Comité Local de SSR, Hospital Municipal Alicia Legendre, Villa Riva)

IV. Signos de Peligro en el Niño/a

Existen ciertos signos de alarma en el R.N. que pueden presentarse solos o en conjunto y que pueden ser motivo de acción inmediata por parte de la persona a cargo del niño.

El niño puede presentar los siguientes signos:

1. Cambios en la temperatura corporal

La temperatura del bebé no debe estar por encima de **38 °C** ni por debajo de **36 °C**, (para el infante, se considera normal cuando está entre **36.5°C-37.5°C**), cuando está por encima de 38° C podría tratarse de una fiebre causada por un microorganismo y si está por debajo de 36 °C se trata de hipotermia.

Recuerda si arropa demasiado al niño puede contribuir al aumento de la temperatura.

2. Infección Respiratoria

Las infecciones respiratorias son padecimientos infecciosos de las vías respiratorias con evolución menor de 15 días.

Signos de alarma en el infante:

- Aumento en la frecuencia respiratoria.
- Ruido en el pecho al toser y respirar.
- Se hundén las costillas cuando respira.

3. Piel de color azulado (cianótico)

Si nota que el niño presenta un color azulado o morado **alrededor de su boquita, mucosa oral**, sus manos o sus pies. Este signo no se relaciona con el clima y si tú no lo has bañado con agua muy fría y observas además que el niño no respira normal, debes acudir inmediatamente al médico.



4. Aumento de las deposiciones o evacuación

Puede suceder que el bebé aumente las evacuaciones y que estas sean acuosas, algunas veces con presencia de **moco y sangre**



acompañado de vómitos. Se trata de una diarrea a la que debemos prestarle atención para evitar la deshidratación.

Si su excremento es rojo, negro o blanco, hay posibilidad de enfermedad.

Color de excrementos	Enfermedad
Sangre	Enteritis
Heces negras o con sangre	Hemorragia digestiva alta
Crema o blanco	Rota virus o atresia biliar

5. Vómitos frecuentemente o con sangre

Si el bebé constantemente está vomitando mayor cantidad que ya no solo es leche y tiene un olor a vinagre por tratarse de bilis y su abdomen se ve hinchado o inflamado debe ser llevado al médico.

6. Disminución de las evacuaciones

El dolor del estreñimiento es la disminución en las evacuaciones de consistencia dura y que le ocasionan malestar. No debe suministrarle laxante por ningún motivo, la recomendación es llevarlo a la consulta.

7. No toma el pecho o bebe mal

Un bebe que no quiere comer después de 5 horas de su última toma o succiona mal, es porque tiene algún problema que amerita revisión. No existen los bebes “mañosos” pues comer es un instinto a esta edad.

8. Ictericia (Piel amarilla)

El color amarillento en el RN o ictericia, es cuando el bebé tiene niveles altos de bilirrubina en sangre. Ocurre cuando hay hemólisis y el cuerpo reemplaza los glóbulos rojos.

Hay tres tipos de ictericia:

- 1) **Por lactancia:** ocurre en la primera semana (empieza 2do-3er día de nacido, al 4to-5to día se pone al máximo, luego desaparece) debido a que él bebe no se alimenta bien o la salida de la leche materna es lenta. **Es importante amamantar bien al bebé, para facilitar las evacuaciones. Tomar el sol** por 10 minutos antes de 10 am de cada lado del R/N como

manejo. Por la leche materna, hay casos que duran hasta 1 mes. Si se intensifica, llevarlo al hospital para descartar otra enfermedad.

- 2) **Por el tipo se sangre:** por incompatibilidad factor Rh (madre Rh negativo con bebé Rh positivo)
- 3) **Enfermedades obstructivas de las vías biliares y hepáticas :** Si el color de la piel es excesivamente amarilla por más de 4 días debe de ser referido.

9. Infección Umbilical

Es un signo de peligro bastante frecuente que en la mayoría de los casos es provocada por una higiene defectuosa e inadecuada. El primer signo es que **huele mal** si el cordón umbilical está normalmente **húmedo con secreciones** purulentas o turbias y, huele a podrido. También presenta eritema umbilical, enrojecimiento alrededor del ombligo y edema, el R.N. debe ser referido porque puede desarrollar una sepsis bacteriana que provoca la muerte.

10. No está como siempre

- Lloro de manera incontrolable
- Poco movimiento (hipo activo)
- Movimiento no está activa
- Color de la piel –Respiración anormal



Papel de la enfermera de la UNAP

- 1) Fomentar el registro de nacimiento
- 2) Orientar sobre la importancia de cumplir con las citas a las consultas de crecimiento y desarrollo.
- 3) Detectar a los/las recién nacidos(as) que necesiten atención complementaria y prestarle la asistencia requerida, por ejemplo, bajo peso al nacer, alguna enfermedad, madre infectada por VIH y, si es viable administrar tratamiento domiciliario SOS.

(Comité Local de SSR, Hospital Municipal Arenoso)

V. Infección Grave –Diarrea–

1. Diarrea en el/la niño/a de 0 a 2 meses:

Es una enfermedad caracterizada por 3 o más evacuaciones blandas o líquidas en 24 horas.

Agente causal

Bacteriana: E. Coli Salmonella

Virus: Echovirus, rotavirus.

Diarrea sin deshidratación:

Diarrea sin suficiente signos para clasificar como deshidratación.

Manejo: Dar líquido para tratar la diarrea en la casa, orientar a la madre sobre signo de peligro o alarma.

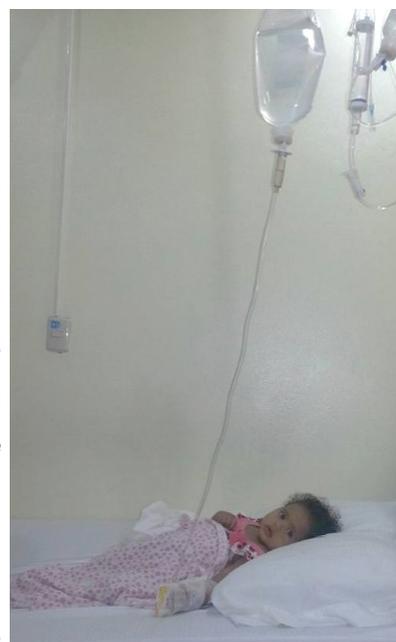


Diarrea con deshidratación:

Los signos de alarma son:

Letárgico o inconsciente, mama mal o no puede tomar el seno, intranquilo o irritable, tiene los ojos hundidos, signos de pliegue cutáneo.

Manejo: Administrar soluciones (suero), aconsejar a la madre que continúe dando el seno si es posible, coordinar con el centro de referencia el traslado del paciente, explique a la madre o acompañante el motivo del traslado.



Diarrea prolongada:

Es la diarrea en un menor de 2 meses con una duración de 7 días o más.

Manejo: Referir urgentemente al hospital con su madre, haga nota de referencia.

Diarrea con sangre:

Es la diarrea que presenta sangre en las heces.

Manejo: Referir a especialista. Aconsejar a la madre de administrar sales de rehidratación oral.

2. Diarrea en el/la niño/a de 2 meses a 5 años

Deshidratación:

Consiste en la pérdida de agua y electrolito del organismo.

Agente causal

Virus: Rotavirus, Adenovirus, Norwalk, Parvovirus.

Parásitos: (Protozoario): Entamoeba histolytica, Giardia Lamblia, Cryptosporidium

Bacterias: E. coli Toxigenica, E. coli enteropatógena, Shigella, Salmonella entre otros.



Manejo de la diarrea

Para el manejo de los casos, tratar según grado de deshidratación, duración, si hay o no sangre en las heces.

Diarrea con algún grado de deshidratación:

Los signos son: Inquieto o irritable, ojos hundido, bebe ávidamente con sed, signo del pliegue cutáneo (la piel vuelve lentamente al estado anterior).

Manejo: Administrar suero oral.

Deshidratación grave: Los signos de alarma son:

Letárgicos o inconsciente, no puede beber o bebe mal, ojos hundidos.

Manejo: Administrar suero oral, solución lactato de Ringer, o salino endovenoso.

Diarrea persistente: Es la de 14 días o más de duración.

Manejo: Explique a la madre como alimentar a el/la niño; recomendar dar dos comidas extras, hasta dos semanas, después que pase la diarrea; explique a la madre cuando debe volver de inmediato.

Diarrea persistente grave:

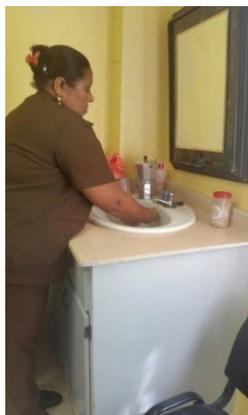
Manejo: Trate la deshidratación según grado, coordine con el centro de referencia el traslado del paciente, explique a la madre la necesidad de la referencia.

Disentería: Diarrea con sangre

Manejo: Administrar sus soluciones y ver especialista.

3.1. Como se Prepara el Suero Oral

- 1) Lávate las manos con agua y jabón.
- 2) Mide un litro (4 biberones de 8 onzas) de agua hervida o purificada (a temperatura normal).
- 3) Agrega un sobre de suero oral.
- 4) Mézclalo bien hasta que el polvo se disuelva.



El suero se bebe de a poquito y seguido, tanto como el cuerpo y la sed te pida, así recuperarás el electrolito que pierdes en cada evacuación diarreica.

DETERMINE QUÉ VOLUMEN DE SRO DAR DURANTE LAS PRIMERAS 4 HORAS

Edad	Hasta 4 meses	4 a 12 meses	12 meses a 2 años
Peso	Menos de 6 Kg	6- < 10 Kg	10 < 12 Kg
En ml.	200-400	400-700	700-900

Use la edad de el/la niño/a solamente cuando no conozca el peso. La cantidad aproximada de SRO requerido (en ml) puede ser calculada multiplicando el peso de el/la niño/a (en kg) por 75.

- Si el/la niño/a desea más SRO de lo que muestra la tabla, dele más.
- Para infantes de menos de 6 meses que no reciben lactancia materna, también de 100 a 200ml de agua limpia durante este período.

Enseñe a la madre cómo dar la solución de SRO:

- Ofrezca sorbos pequeños en una taza.
- Si el/la niño/a vomita, espere 10 minutos. Luego continúe, pero más lento.
- Siga dando de lactar cuando el/la niño/a así lo desee.

Después de 4 horas:

- Reevalúe al niño/a y clasifique su estado de hidratación.
- Elija el plan apropiado para continuar el tratamiento.
- Comience a alimentar al niño en el servicio de salud.

3.2. Como preparar suero oral casero

- 1 Litro de agua hervida o filtrada.
- 2 Cucharaditas de azúcar.
- 1 Cucharadita de sal.
- 1 Cucharadita de bicarbonato.
- Agrio de limón.



Deben de mezclarse todos los ingredientes.

Debe de consumirse ante de las 24 horas.

(Comité Local de SSR, Hospital Municipal Felipe F. Achecar, Pimentel)

VI. Neumonía en Niños de 0-2 meses

1. Definición

Es una infección aguda de los pulmones, se conoce también como infección del tracto respiratorio inferior, porque se produce en la parte profunda del pulmón.

Puede ser causa por bacteria, virus, hongos y micro bacterias.

En el menor de dos meses la neumonía siempre es grave y debe ser tratada en el centro hospitalario capaz de ofrecer oxígeno, antibióticos apropiados y control adecuado.

La neumonía grave por los signos y síntomas que presenta fácilmente puede corresponder no solo a un proceso estrictamente respiratorio, sino puede ser la expresión de un cuadro sistemático: (sepsis, meningitis).

A menudo la neumonía se produce después de un resfriado. Representa una de las principales causas de muerte en niños de 0-2 meses de edad.

2. Signos y síntomas

Fiebre alta, tos, respiración acelerada 60R/mt. Para respirar, crujiendo en el pulmón (ruidos), pérdida del apetito, vómitos debido a la tos o por tragar mucosidad, sensación de turbación, somnolencia, dolor abdominal (vientre), convulsiones, hipotermia, tiraje subcostal, pulso acelerado, cefalea, cianosis (se pone morado).

3. Complicaciones

Síndrome de dificultad respiratoria aguda, líquido alrededor de los pulmones (derrame pleural), acceso pulmonar, sepsis que puede llevar insuficiencia de algunos órganos.

4. Factor de riesgo

Prematuridad, ausencia de lactancia materna, aspiración de líquido amniótico, bajo nivel socio económico, asistencia a guardería, catarro y otitis frecuentes.

5. Prevención (Vacunas)

Algunas neumonías se pueden prevenir con las vacunas. Llevar al niño al centro de vacunación

1) Anti-Neumococicas

2) Influenza B

6. Manejo (Diagnóstico médico)

- Realizar radiografía del tórax.
- PCR (proteína C reactiva) – sospecho de infección
- Eritrosedimentación
- Cultivo para determinar el germen.
- Ponerle medicamento sugerido

Administración de O_2 SOS, acetaminofén para la fiebre y el dolor.

Colocar toalla húmeda para bajar temperatura por medios físicos.



7. Acciones de enfermería

Valorar la respiración (si hay taquipnea, disnea, respiración trabajosa) Balance de líquidos, mantener abrigado, reposo en cama, vigilar con frecuencia, limpieza de la nariz, mantener higiene, lavarse las manos frecuentemente. Administrar medicamentos según orden. Controlar la fiebre, solo administrar acetaminofén, nunca dar aspirina.

8. Como cuidar en la comunidad:

- Orientar a la madre
- Mantener el niño abrigado si hay hipotermia (frío)
- No bañar al niño al aire libre.
- Mantener las vías respiratorias limpias.
- No utilizar perfume cerca del niño/a.
- Mantener alejado de un ambiente contaminado (quema de basuras, fumadores...)
- Mantener alimentos con leche materna a libre demanda, lavar las manos con frecuencia.
- Si está lloviendo tratar de no exponerlo al clima frío.
- Cuando se está limpiando no utilizar desinfectantes con olores fuertes.



9. Cuando referir al otro nivel de Salud

- Dificultad respiratoria (pecho hundido y respiración rápida)
- No puede tomar el seno (vomita todo)
- No se regula el estado general

(Comité Local de SSR, Hospital Municipal de Castillo)

VII. Lesiones de la Piel (Síntomas más comunes)

1. Dermatitis atópica (Eccema):

Es una dermatitis crónica con tendencia hereditaria caracterizada por una piel seca, enrojecida, agrietada y engrosada, que ocasiona mucho prurito (comezón) y que cursa con periodo de recuperación de los síntomas, seguidos de nuevas recaídas.

Se presenta por lo general antes de los dos años de edad y es muy frecuente antes de los seis meses.

El tratamiento va dirigido en aliviar la comezón, la inflamación y la resequeadad de la piel y depende de la intensidad de las lesiones. También puede requerir el uso de antibióticos y antialérgicos.



2. Dermatitis de Pañal:

Es el resultado de un contacto prolongado entre la orina y/o heces con la piel cubierta por el pañal. Un contacto prolongado con una superficie húmeda. Si no es atendida durante 30 días es muy posible que se complique con una infección por hongo.

El tratamiento fundamental es retirar el contacto con los factores que dañan a la piel (orinas y heces) y permitir la mayor ventilación posible del área.



Se debe hidratar el área cubierta por el pañal y proteger para evitar rozadura.



3. Dermatitis Seborreica:

Se trata de una dermatitis crónica acompañada de una sobreproducción de cebo que puede aparecer en el cuero cabelludo, cara, tórax o periné, afecta principalmente en la etapa neonatal.

El tratamiento ocasionalmente lavar bien con jabón y quitar jabón con el agua tibia. Si es grave, puede requerir el uso de esteroides tópicos de baja potencia.



4. Urticaria:

Es una afección común en la infancia.

En la mayoría de los casos de urticaria son transitorios.

Esta ocurre tras una infección, ingesta de ciertos alimentos, picaduras de insectos, exposición a animales o sustancias y a medicamentos.



La erupción aparece al poco tiempo del contacto con el alérgeno y característicamente son lesiones pruriginosas (que causan comezón) enrojecidas, levantadas, en forma de ronchas grandes que pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo.

En ocasiones la reacción de la piel se acompaña de inflamación de los tejidos blandos, usualmente de los palpados, labios, genitales y extremidades.

Para el tratamiento, antihistamínicos orales son de gran utilidad en este padecimiento.

5. Escabiosis:

Es una enfermedad transmitida por el Acaro *Sarcoptes Scabiei* (**Aradores**).

La transmisión ocurre de persona a persona, por contacto cercano o por compartir ropa personal o de cama.

La Escabiosis es sumamente contagiosa debido a una persona infectada puede no tener manifestaciones clínica durante las primeras tres semanas después del contagio y transmitirla por el contacto durante este tiempo.

Manifestaciones Clínicas: Pápulas (ronchitas), pruríticas (que dan comezón) en el abdomen, dorso de las manos, superficies flexoras de la muñeca, piel peri-axilar, codo, genitales, tobillos, pies y pliegues interdigitales de las manos.

Estas lecciones aparecen en respuesta a los huevecillos depositados por el Acaro hembra.

En lactantes se pueden observar erupciones eccematosas de la cara y el tronco.

Los niños pequeños suelen presentar una dermatitis aguda caracterizada por la presencia de múltiples pápulas y costra color miel, pueden tener cientos de lecciones.

Existen diferentes cremas, lociones y antialérgicos para el tratamiento de la Escabiosis.

Recomendaciones: Se debe evitar el contacto con la persona infectada. Cambiar la ropa de cama diariamente y lavarla. Poner al sol al igual que la ropa de su uso diario. Planchar toda la ropa o hervir (ropa de cama y del bebé).



6. Impétigo:

Es el cuadro clínico que consta de lecciones cubiertas de costras húmeda y que rápidamente se expanden y pueden multiplicarse.

Es una infección cutánea superficial producida por *S. pyogenes* o *S. aureus*.

Muy contagiosa y frecuente en verano y en condiciones de mala higiene.

Frecuentemente las vemos alrededor de las fosas nasales, en las mejillas y en las extremidades.

Muchas veces vemos este tipo de lecciones después de un cuadro respiratorio en el cual el niño estuvo frotándose la nariz o introduciéndose sus deditos en las fosas nasales.

También puede haber brote de impétigo en guarderías, o niños de una misma familia.

El tratamiento consiste en el uso de antibióticos sistémicos, es decir vía oral por un periodo de 7 a 10 días.

Si las lecciones son escasas y el cuadro clínico parece ser leve, se puede optar por un tratamiento local (tópico) de 15 días.

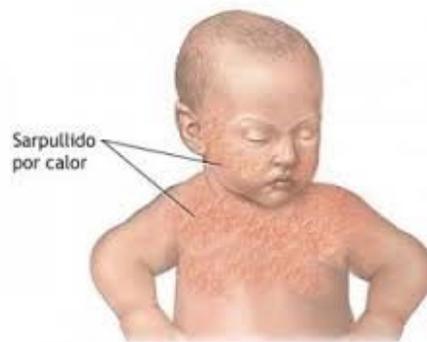


7. Sarpullido:

El sarpullido causado por el calor, también conocido como fiebre miliar o sarpullido estival, es una erupción de pequeños bultitos y a veces pequeñas ampollas en la piel que pueden aparecer cuando un niño está demasiado caliente.

Los bultitos o ampollas pueden ser de color rojo, en especial si la piel es blanca. Es más común en los bebés, pero puede padecerlo niños de todas las edades.

Aparece con más frecuencia en los pliegues de la piel, en partes del cuerpo donde las prendas están ceñidas, el pecho, estomago, cuello, entrepierna y nalgas.



En tiempo cálido y húmedo es el más propicio para este tipo de sarpullido, pero puede aparecer en el invierno también.

Se debe mantener el bebé frío, aflojarle o quitarle la ropa, mantenerlo en una sala fresca o en un lugar con sombra.

Colocar paños húmedos frescos en las áreas afectadas.

Es recomendable consultar con el médico para que revise si efectivamente el sarpullido fue causado por el calor; pues hay otras afecciones de la piel que lo manifiestan tales como; varicela, eccema, escarlatina, sarampión, dermatitis del pañal, impétigo, urticaria y otros.



(Comité Local de SSR, Hospital Municipal Villa Tapia)

VIII. Cuidado del Prematuro y Bajo Peso al Nacer en la Comunidad

1. Introducción

Biológicamente el feto requiere de **37 a 40 semanas** de gestación en el útero para que su organismo este maduro y pueda adaptarse a la vida extrauterina. Cuando nace antes de haber completado el ciclo de maduración decimos que ha nacido prematuramente. Al no estar totalmente preparado para la vida extrauterina, sufren hipotermia (enfriamiento) con más facilidad y pueden necesitar más ayuda para alimentarse que los niños nacidos a término. Como su organismo todavía no está plenamente desarrollado, pueden tener problemas para respirar y sufrir otras complicaciones, como las infecciones.

El nacimiento **prematuro es la principal causa de mortalidad** entre los recién nacidos (durante las primeras cuatro semanas de vida) y la segunda causa de muerte entre los niños menores de cinco años.

Cada año nacen unos 20 millones de niños con peso menor de 2,500 gramos (5 libras y 8 onzas) de 10 a 20 % de los recién nacidos vivos son de bajo peso, de los cuales un 40 a 70% son prematuros.

2. Clasificación del Bajo Peso al Nacer

CLASIFICACIÓN	PESO DEL RECIEN NACIDO
Bajo peso al nacer	< 2,500 gramos (5 lb 8 oz)
Muy bajo peso al nacer	< 1,500 gramos (3 lb y 5 oz)
Peso extremadamente bajo al nacer	< 1,000 gramos (2 lb y 3 oz)

Un paciente que pesa más de 4 libras con 6 onzas (más de 2,000 gramos) tiene peso bajo sin complicaciones. Estos pacientes pueden estar al cuidado de la madre y bajo vigilancia en un servicio de salud, pero niños menores de ese peso deberían ser referidos a un centro hospitalario para cuidados especiales.

Peso bajo al nacer sin complicaciones

(Peso menor de 2,500 gramos)



Los recién nacidos con muy bajo peso al nacer y peso extremadamente bajo al nacer tienen mayor riesgo de complicaciones desde las primeras horas de nacidos. Tienen dificultad para regular su temperatura, dificultad para alimentarse, además tienen necesidades especiales de líquidos y por la falta de madurez en sus órganos (especialmente pulmonar) pueden presentar más dificultades.

Peso muy bajo al nacer

(Peso menor de 1,500 gramos)



Peso extremadamente bajo al nacer

(Peso menor de 1,000 gramos)



Existen dos categorías de recién nacidos de bajo peso:

A. Los bebés nacidos antes de tiempo (también llamados bebés prematuros), que son aquellos que nacen **antes de la 37 semana** del embarazo. Más del 60 por ciento de los bebés que nacen con peso bajo son prematuros. Mientras menos tiempo de embarazo tiene la madre mayor riesgo de salud tendrá el bebé.

Los bebés prematuros se definen en tres categorías:

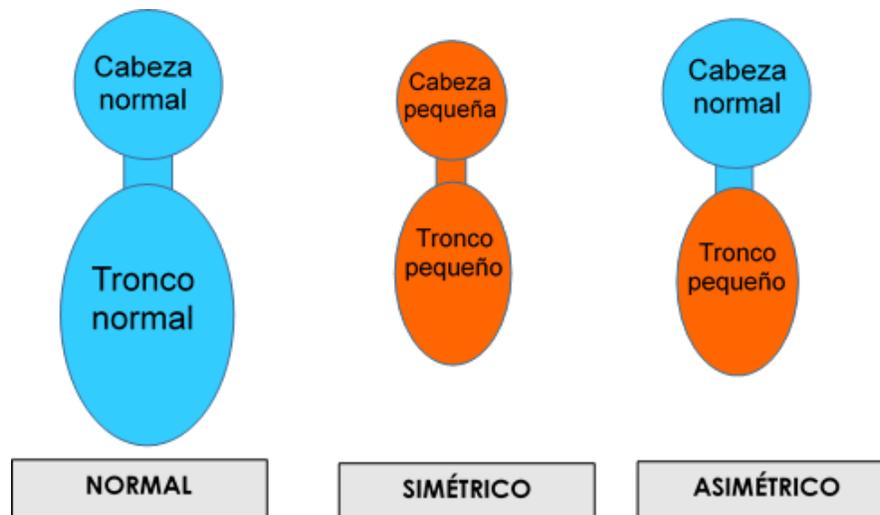
- Prematuro tardío: Aquellos nacidos entre las 32 y 37 semanas.
- Muy prematuros: Aquellos nacidos entre las 28 y 32 semanas.
- Extremadamente prematuros: Aquellos nacidos antes de las 28 semanas.



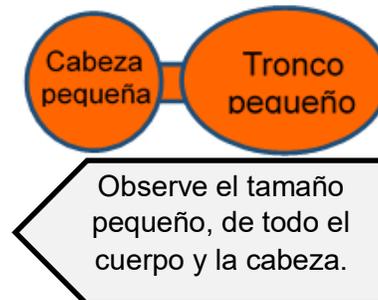
B. Restricción del crecimiento intrauterino (Los bebés pequeños para su edad) son los que nacen al terminar el ciclo de gestación, pero pesan menos de lo normal. Este problema es debido a un crecimiento inadecuado dentro del vientre.

Es importante hacer la diferencia entre bajo peso al nacer y restricción del crecimiento intrauterino.

La restricción del crecimiento intrauterino puede clasificarse en tipo **simétrico y asimétrico**.



a. **TIPO SIMÉTRICO:** se produce al principio del embarazo. Las causas pueden ser enfermedades genéticas, infecciones del feto o algún tóxico ingerido por la madre.



Por ello hay limitación en el crecimiento celular aunque se tengan los nutrientes necesarios en la madre. El recién nacido presenta reducción de todas sus medidas: perímetro cefálico, talla y peso, pero de manera proporcional.

b. **TIPO ASIMÉTRICO:** Se desarrolla cuando el oxígeno o el aporte de nutrientes se reduce durante el último trimestre de embarazo, no desde el comienzo. El desarrollo del esqueleto y el crecimiento del cerebro están poco afectados pero hay una reducción marcada del peso. Estos recién nacidos pueden recuperarse si se alimentan bien en las primeras semanas de vida.

Algunos bebés son **prematuros y también de crecimiento retrasado**. Estos bebés corren el riesgo de experimentar muchos problemas vinculados a su bajo peso.

3. ¿Qué causa el bajo peso al nacer o la restricción del crecimiento intrauterino ?

Algunas de las razones por las que algunos bebés son demasiado pequeños o nacen demasiado pronto se conocen, pero no todas. Los defectos fetales resultantes de enfermedades hereditarias o de factores medioambientales pueden limitar el desarrollo normal.

A. PROBLEMAS DE LA MADRE

- Aumento insuficiente de peso en la madre durante el embarazo.
- La placenta no es normal, es posible que un feto no crezca de la manera adecuada.
- Los problemas médicos de la madre tienen influencia en el peso de nacimiento, especialmente si ésta sufre de alta presión arterial, diabetes, ciertas infecciones o problemas del corazón, los riñones o los pulmones.
- Un útero o cuello de útero anormal pueden incrementar el riesgo de que la madre dé a luz a un bebé de peso bajo.

B. PROBLEMAS DEL FETO

- Los embarazos múltiples (mellizos, trillizos, etc.) muchas veces resultan en bebés de bajo peso al nacer, aun cuando nacen al final del ciclo de gestación.
- Enfermedades genéticas y malformaciones
- Infecciones del feto (rubéola)



C. FACTORES SOCIECONOMICOS Y SOCIALES

Algunos factores socioeconómicos como la pobreza, la falta de educación, no llevar un control prenatal, desnutrición o talla baja de la madre, mujeres adolescentes o mayores de 35 años también tienen relación con el incremento del riesgo de tener un bebé de bajo peso al nacer y/o prematuro.

Alcohol y drogas: la cocaína, el tabaco (hooka) y el alcohol pueden limitar el crecimiento del feto y causar defectos congénitos. Algunas drogas también pueden aumentar el riesgo de parto prematuro.

4. El Método Madre Canguro (MMC)

Es una técnica de atención del neonato en situación de bajo peso al nacer y/o prematuros que se fundamenta en el contacto piel a piel entre la madre y el bebé. El contacto piel a piel también puede ser brindado por el padre u otro adulto. Es un método eficiente y de bajo costo, siendo su eficacia similar, e inclusive superior en determinadas circunstancias, que los cuidados tradicionales (incubadora o cuna térmica) si se comparan en términos de mortalidad y morbilidad. Así mismo, reduce significativamente la estancia hospitalaria.

◆ Condiciones del Equipo de Salud

El inicio del MMC se debe realizar en un centro con un programa específico para tal fin y con el recurso humano y espacio adecuado mínimo para lograr un seguimiento multidisciplinario e integral del bebé y la madre. El seguimiento en la comunidad debe ser realizado por un personal entrenado en el método.

◆ Componentes del Método

1) Posición Canguro

Consiste en el contacto piel a piel las 24 horas del día, en una posición vertical permanente del niño y para lo cual puede usarse una faja que ayude a sostenerlo, el cual disminuye el esfuerzo de la madre o quien haga las veces de canguro y evita la apnea obstructiva posicional.

2) Lactancia Materna

La nutrición canguro se basa en la lactancia materna. La leche de la propia madre es la alimentación preferida para el prematuro por su composición única, sus propiedades inmunológicas y la presencia de enzimas, hormonas y factores de crecimiento.

El calostro (primera leche después del parto) es rica en proteínas, sales minerales, y tiene menos grasa y carbohidratos. La leche de la madre del bebé prematuro se produce especialmente para él.

Debe ser exclusiva hasta los 6 meses y su vía de administración es oral y directa en los niños con capacidad de succión y deglución. La meta inicial es un aumento de 15 g/kg/día.

El recién nacido prematuro necesita tomar más frecuentes que un nacido a término, ya que su estómago es muy pequeño, tiene menos fuerza de succión y necesita más tiempo en cada toma, se cansa más y no vacía los pechos de la madre. Lo ideal es alimentarlo cada hora y media en el día y cada dos horas en la noche.



3) Egreso temprano y oportuno

El egreso hospitalario para seguir el MMC en el hogar se fundamenta en la transferencia gradual del cuidado emocional y físico a la madre hacia el niño (lo cual implica el haber iniciado la posición canguro y la lactancia materna) y que se garantice un seguimiento ambulatorio oportuno e integral.

4) Seguimiento Ambulatorio en el Programa Madre Canguro

El seguimiento ambulatorio se caracteriza como multidisciplinario e integral porque implica la participación de varias profesiones (pediatría, enfermería, psicología, trabajo social, promotores de salud entre otros especialistas).

◆ **Vacunación**

Se debe ser especialmente estrictos con el calendario de vacunaciones. El riesgo de infecciones aumenta en los nacidos **antes de las 35 semanas de gestación**, ya que hasta entonces el paso de anticuerpos de la madre al feto por la placenta es bastante escaso. Los prematuros no solo necesitan más tiempo para madurar su sistema inmunológico, sino que poseen menos anticuerpos de origen materno.

El esquema de vacunación es el mismo que el del recién nacido a término y peso adecuado excepto que no se le administra la vacuna del BCG hasta que no complete un peso mayor de los 2500 gramos (5 libras y 8 onzas).

◆ **Edad Corregida**

La edad cronológica: Es la edad del bebé a partir del día del nacimiento; es decir, la cantidad de días, semanas o años de edad.

La edad corregida: No es más que establecer la edad que tendrían los bebés prematuros si hubiesen nacido a término, es decir, a las 40 semanas de gestación, en la fecha prevista de parto. Es corregir o ajustar la madurez del bebé según la intensidad de su prematuridad.

Ejemplo si el bebé nació de 30 semanas y han pasado 4 semanas de su nacimiento, tienen 1 mes de edad cronológica y, 34 semanas de edad corregida. ($30 + 4 = 34$). Este procedimiento es necesario realizarlo hasta que él bebé cumpla un año de edad corregida.

Es importante corregir la edad según la prematuridad del bebé para poder valorar apropiadamente la evolución del **desarrollo neurológico y físico**. El desarrollo de un prematuro no puede compararse con un bebé nacido a término, al menos **hasta los 2 años**, porque durante este tiempo el bebé prematuro va a madurar despacito y va a recuperar el tiempo que le faltó para llegar a su término.

◆ **Cuidados del Bebé en el Hogar**

Cuando los bebés prematuros y /o de bajo peso al nacer salen del hospital necesitan un programa especial (o 'plan canguro'), y un manejo integral que les brinde atención y tratamiento durante el primer año de edad corregida y que camine. Los bebés necesitan las mismas atenciones que cualquier bebé nacido a término, solo que ajustando esos cuidados a su edad corregida.

A muchos padres les asusta un poco la salida del hospital con el bebé prematuro y /o de bajo peso al nacer, pero no hay que olvidar que si le han dado el alta, es porque se encuentra ya recuperado. A partir de la salida del bebé del hospital, los padres, el personal de salud de las unidades de atención primaria y el promotor de salud serán los encargados de proporcionar el cariño y los cuidados necesarios al recién nacido.

◆ **Función de la UNAPs en la Atención del Recién Nacido**

- Realizar visitas domiciliarias frecuentes para el seguimiento.
- Orientar la familia sobre higiene del hogar, alimentación y cuidados especiales.
- Enfatizar sobre los signos de alarma.(dificultad respiratoria, fiebre, diarrea)
- Observar succión y coloración del niño
- Despejar dudas de la madre y la familia

◆ **Aspectos Abordados en el Seguimiento en la Comunidad**

- Ganancia de peso, talla y perímetro cefálico (Medidas antropométricas.)
- Soporte nutricional (complemento vitamínico y de micronutrientes)
- Prevención de diversos fenómenos (reflujo, apnea primaria del prematuro)

◆ **Entre los principales cuidados se encuentran:**

- Lavarse las manos antes y después de manipular él bebé.
- Mantener las uñas cortas.
- No cambiarle constantemente la ropa.
- Debe de haber un ambiente adecuado.
- Protegerlo de los insectos y roedores.
- Mantener en posición canguro las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- No bañarlo hasta que el equipo canguro no le indique hacerlo.(genitales con pañito limpio y agua tibia)
- Restringir las visitas principalmente los que tengan un proceso gripal.
- No utilizar cremas, perfumes, loción, polvos talcos, prendas (cadena, anillo, reloj) con él o la bebe ni la persona que lo esté cangüereando.
- No colocarlo en superficie plana, siempre debe de tener la cabeza más alta que el cuerpo.
- Reconocer los signos de alarma o peligro.
- Informar al personal de salud cualquier cambio que observe en su bebe.
- Evitar besarlo.
- Evitar movimientos bruscos.
- No usar bobos ni biberones.



◆ Señales de Alarma o Peligro:

- Cianosis: Si ves que tu bebé tiene la piel de color azul en los labios, alrededor de la boca y en sus manos y pies.
- Apnea: Detención breve de la respiración.
- Dificultad respiratoria: puede presentarse con (cianosis) color azulado de la piel y mucosas, ronquidos, aleteo nasal, respiración rápida o poco profunda, retracción de los músculos del tórax con la respiración, quejidos etc.
- Hipotermia: La piel del bebé está muy fría, puede presentarse con temblores, extremidades frías, respiración y pulso lento, falta de apetito, entre otros.
- Hipertermia: la temperatura esta alta, tiene fiebre se siente caliente al tocarlo.
- No succiona bien (mama o chupa mal o no puede mamar)
- Emesis (vómitos): Aunque es normal que el recién nacido devuelva un poco de alimento, cuando el vómito se repite bastantes veces al día es necesario consultar a un médico para descartar cualquier enfermedad de orden gastrointestinal.
- Evacuaciones: si las deposiciones que presentan son acuosas con presencia de moco o sangre, puede tratarse de una deshidratación. En cambio, si el bebé no presenta deposiciones de manera normal, puede presentar estreñimiento u otras enfermedades gastrointestinales.



5. Conclusión

La vida del recién nacido depende de que reciba tratamiento oportuno y adecuado cuando se presenta uno o más signos. Los recién nacidos que presentan alguna señal de peligro necesitan ser referidos inmediatamente a un hospital para recibir cuidados especiales. Para esto se recomienda realizar el traslado utilizando la posición Canguro.

(Comité Local de SSR, Primer Nivel Provincia Duarte grupo I y II)

IX. Medidas Antropométricas de un Infante

El objetivo de hacer esas mediciones es: **evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños**. Las medidas deben tomarse a intervalos regulares para observar tendencias confiables según guías clínicas.

El crecimiento del bebé, desde su nacimiento, se mide con tres valores: **peso, talla y perímetro cefálico (R.N. perímetro torácico)**. Un valor puntual no puede valorar bien el crecimiento del niño, lo más importante es ver **cuál es la evolución de estas medidas en el tiempo con las tablas de crecimiento en la cédula del niño**.

Valores medios para diferentes edades y diferenciado por sexo

NIÑOS	PESO MEDIO	TALLA	PERÍMETRO CEFALICO	NIÑAS	PESO MEDIO	TALLA	PERÍMETRO CEFALICO
Recién nacido	3.4 kg	50.3 cm	34.8 cm	Recién nacido	3.4 kg	50.3 cm	34.1 cm
3 meses	6.2 kg	60.0 cm	41.2 cm	3 meses	5.6 kg	59.0 cm	40.0 cm
6 meses	8.0 kg	67.0 cm	44.0 cm	6 meses	7.3 kg	65.0 cm	42.8 cm
9 meses	9.2 kg	72.0 cm	46.0 cm	9 meses	8.6 kg	70.0 cm	44.7 cm
12 meses	10.2 kg	76.0 cm	47.3 cm	12 meses	9.5 kg	74.0 cm	46.0 cm
15 meses	11.1 kg	79.0 cm	48.0 cm	15 meses	10.2 kg	77.0 cm	46.7 cm
18 meses	11.8 kg	82.5 cm	48.7 cm	18 meses	11.0 kg	80.5 cm	47.3 cm
2 años	12.9 kg	88.0 cm	49.6 cm	2 años	12.4 kg	86.0 cm	48.2 cm

1.1. Peso:

Es una medida que se toma durante toda la vida para ayudar a determinar tendencias y estado nutricional actual. Para determinar el tipo de desnutrición utilizará las tablas crecimiento en la cédula del niño(a). Una balanza pediátrica de plato que permite pesar al niño acostado. Estas balanzas pediátricas pueden ser electrónicas o de pesos fijos deslizantes, y tienen precisión de hasta 10 gramos.



1.2 Pesar sin balanza pediátrica:

Si no está disponible una balanza pediátrica, se puede emplear una balanza para adultos. Pese primero a un adulto y luego pese al mismo adulto con el niño en brazos. Calcule la diferencia entre ambos pesos para encontrar el peso del infante.

2. Talla:

Es la medición de la masa corporal del individuo. Mayoría de talla baja es herencia de los padres. Sin embargo, existen algunas anomalías de talla baja. Como, déficit de hormona de crecimiento (hGH), aberración cromosómica (Disgenesia gonadal o síndrome de Turner), R Enfermedades sistémicas no endocrinas, retraso del crecimiento intrauterino, enfermedades constitucionales óseas y otras enfermedades sistémicas no endocrinas.

En niños menores de dos años se mide acostados preferiblemente, de los dos años en adelante se mide la talla de pie. Es la medida lineal de los niños hasta los 24 meses. Las medidas de longitud (en lugar de estatura) se pueden tomar también para los niños entre 24 y 36 meses de edad que no puedan sostenerse en pie sin ayuda.



3. Perímetro cefálico:

Durante los primeros años de vida de un niño, el perímetro cefálico es una medida importante porque refleja indirectamente el tamaño y crecimiento del cerebro. Como casi todo el crecimiento cerebral ocurre antes del segundo año de vida, el gráfico del perímetro cefálico puede utilizarse como un indicador general de la salud cerebral de un niño. Como son **hidrocefalia** (líquido en el cerebro) **microcefalia** (cabeza pequeña), **macrocefalia** (cabeza grande). La alteración o disminución de la cabeza del neonato es un indicador de daño cerebral, y señalan diversos grados de defunción neurológica en la niñez. Se realiza con la finalidad de obtener un pronóstico neuroevolutivo favorable del desarrollo del sistema nervioso central.

Tomar las medidas antropométricas de los niños nos permite tener una referencia para comparar el desarrollo de los niños en sus diferentes consultas y detectar a tiempo cualquier anomalía que pasen desapercibidas por el pediatra.

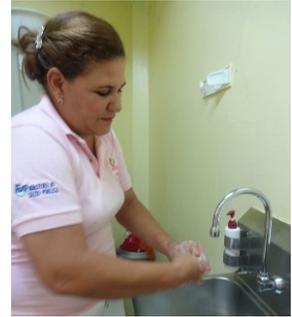


(Comité Local de SSR, Hospital Municipal Ángel Concepción, Tenares)

X. La Técnica de Medidas Antropométricas

◆ Lavado de manos

- Lavamos las manos con agua y jabón
- No tener anillo, ni otro tipo de prendas
- Cabellos recogidos
- Esterilice las herramientas de medición con un algodón empapado de alcohol.
- Si es recién nacido coloque guantes correctamente.



◆ Perímetro cefálico:

- 1) Agarramos al bebé suavemente por el cuello con la mano izquierda cuidadosamente para no causar daños y con la mano derecha colocamos cinta la métrica.
- 2) Tomamos la medida desde el **occipital** de la parte de atrás de la cabeza hasta **la entre ceja** del bebé.



(Medida normal de R.N.: **33-37 cm**)



◆ Perímetro torácico:

Colocamos al bebé boca arriba, rodeando su espalda y tórax, encima de las tetillas (**en el momento en que aspire**). Al finalizar retire despacio la cinta de debajo del bebé, para no lastimarlo.

El perímetro torácico tiene relación con el perímetro cefálico, solo que el perímetro cefálico tiene dos cm. más en R.N..

(Medida normal de R.N.: **31-35 cm**)



◆ **Talla:**

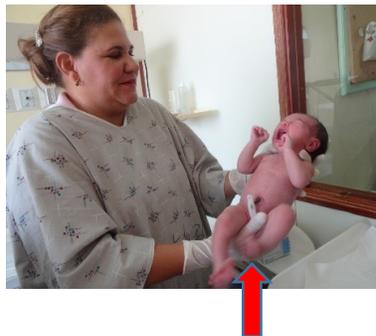
- 1) Unimos las extremidades superiores del bebé a su cabeza y a la vez con las piernas extendidas del bebé colocamos una mano sobre sus rodillas para evitar que mueva las piernas y medimos utilizando el tallímetro.
- 2) Con la ayuda de otras personas colocamos una tabla en los pies del bebé en forma plana y una tabla colocada verticalmente como pared, tocando la coronilla del bebé.
- 3) Medimos con un centímetro desde la coronilla, hasta el talón del bebé.

(Medida normal de R.N.: **50 cm**)



◆ **Peso:**

- 1) Confirmar que la balanza esté en cero y equilibrada.
- 2) Colocamos la mano izquierda detrás del cuello del bebé y la mano derecha en su **entrepiebras**.
- 3) Lo colocamos horizontalmente sobre la balanza, estando atentos a cuidar al bebé **rodeando la balanza con nuestras manos**.



(Peso normal de R.N.: **3000 gm (de 6.8 a 7.0 libra)**)

◆ **Nota:**

Todas las medidas deben ser **confirmadas dos veces** y la persona que la toma, debe estar **acompañada** de otra persona ya sea enfermera o acompañante.

(Comité Local de SSR, Hospital Provincial Pascasio Toribio, Salcedo)

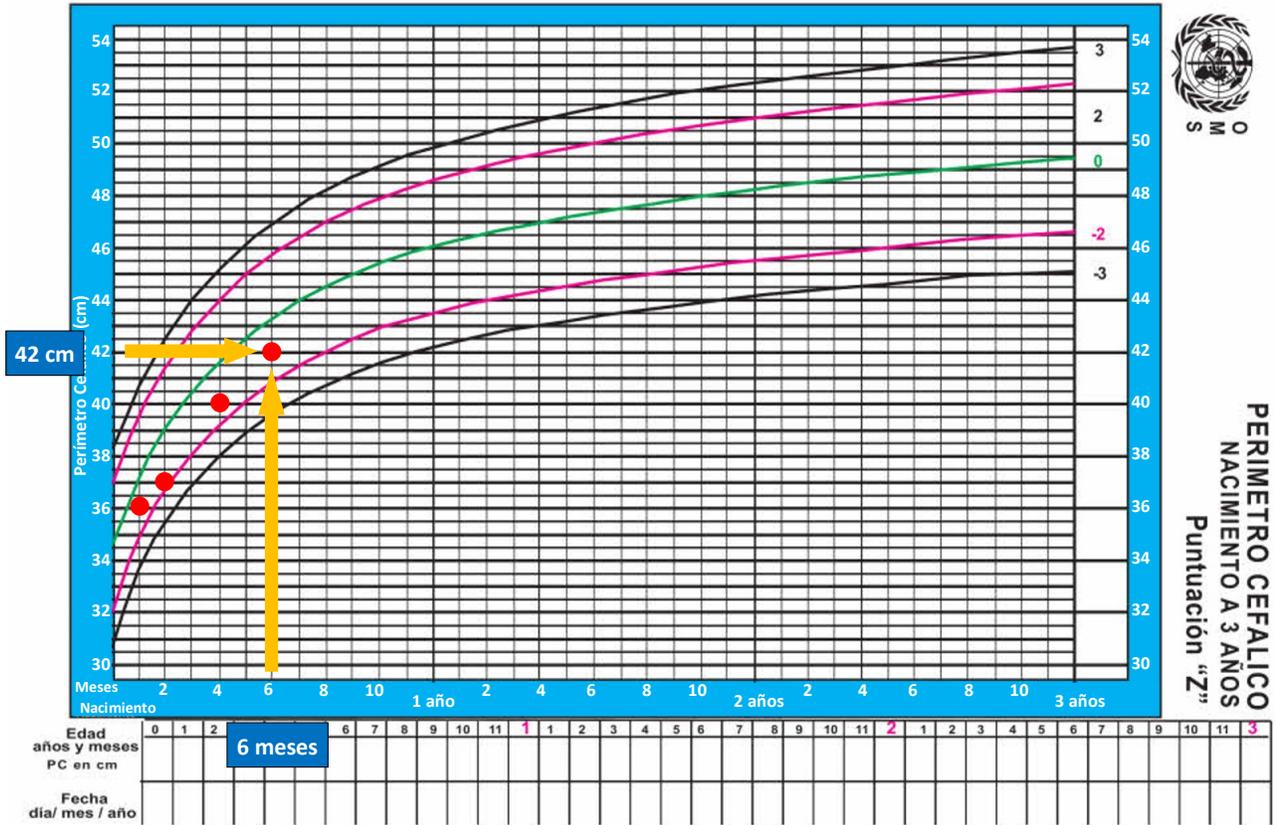
1. Perímetro Cefálico: para Evaluar Crecimiento Cerebral

En el eje X, se representa la edad en "meses y años".

En el eje Y, se representa el perímetro cefálico en "cm".



**PERÍMETRO CEFÁLICO
 NACIMIENTO A 3 AÑOS
 Puntuación "Z"**



[Ejercicio]

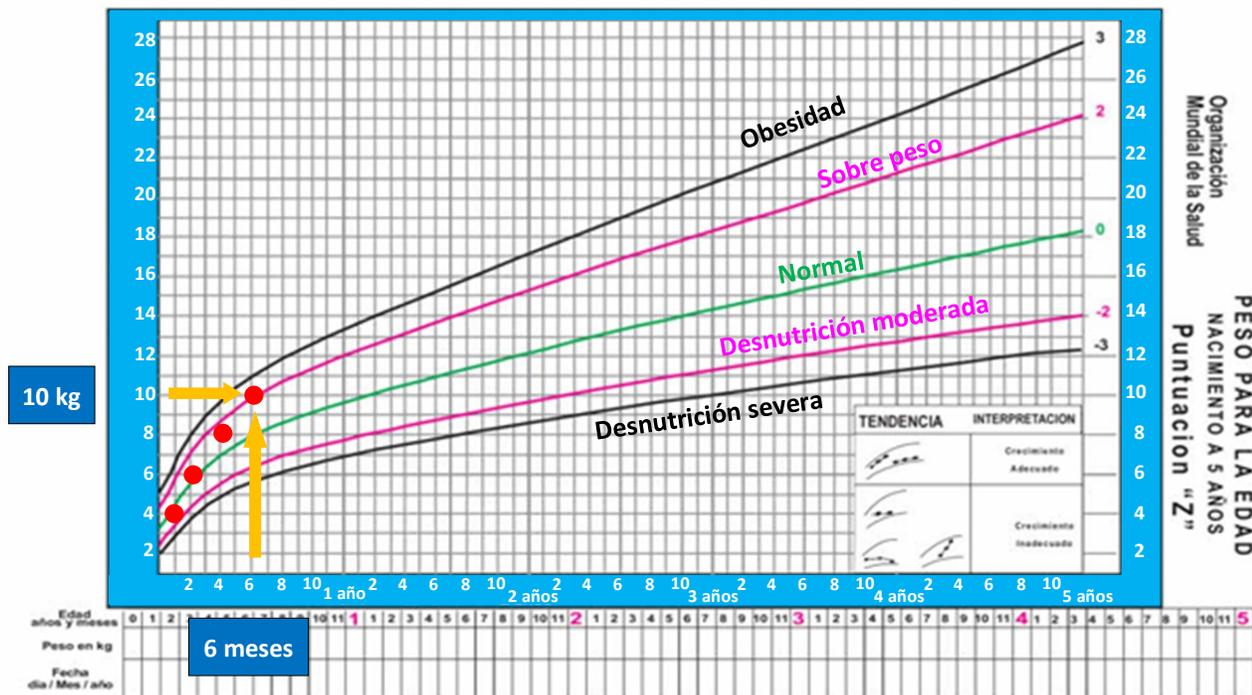
- Niño/a tiene 1 mes: 36cm
- Niño/a tiene 2 meses: 37cm
- Niño/a tiene 4 meses: 40cm
- Niño/a tiene 6 meses: 42cm

Este niño tiene un perímetro cefálico adecuado para su edad.

2. Peso para la Edad: para Confirmar Estado Nutricional: Desnutrición Global

En el eje X, se representa la edad en "meses y años"

En el eje Y, se representa el peso en "kg"



[Ejercicio]

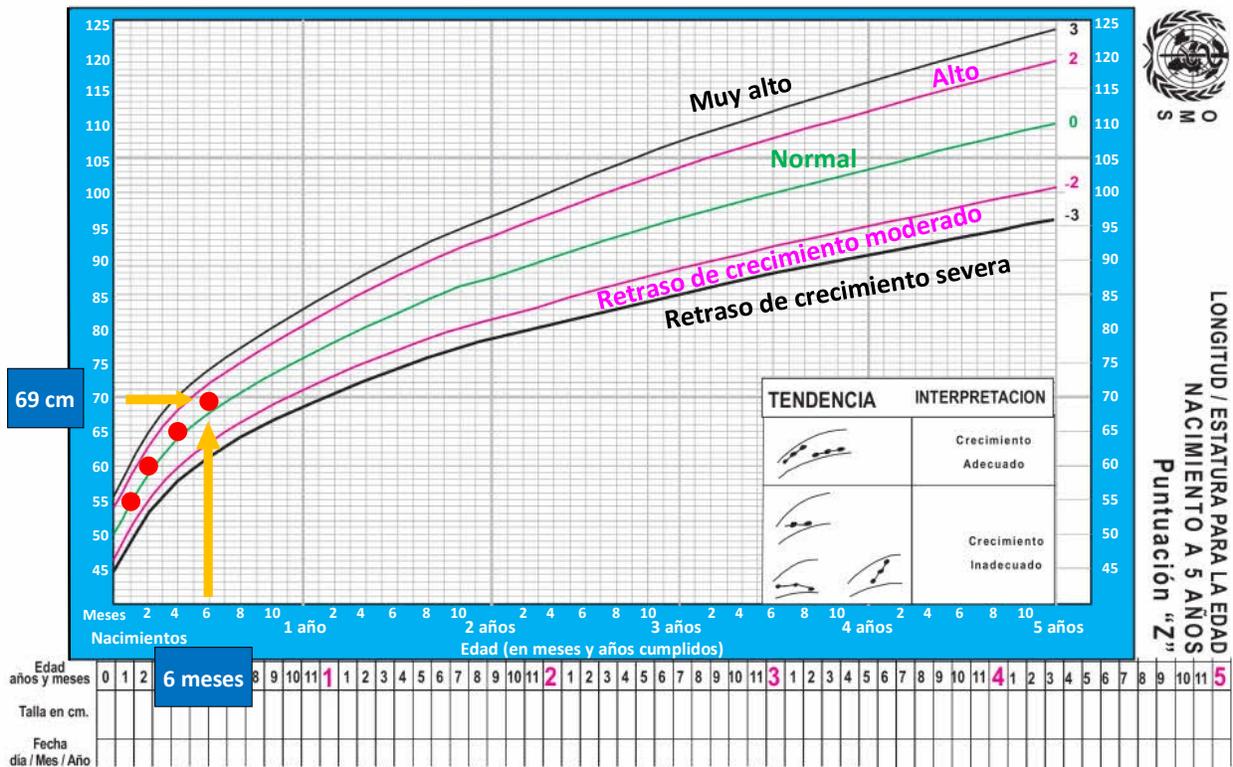
- Niño/a tiene 1 mes de edad y pesa 8.8 libras = 4 Kg.
- Niño/a tiene 2 meses de edad y pesa 13.2 libras = 6 Kg.
- Niño/a tiene 4 meses de edad y pesa 17.6 libras = 8 Kg.
- Niño/a tiene 6 meses de edad y pesa 22 libras = 10 Kg

Este niño desde el 1ro hasta el 4to. Mes obtuvo un peso adecuado (normal), pero al 6to. Mes su peso fue inadecuado para su edad (sobre peso).

3. Longitud para la Edad: para Evaluar Crecimiento Longitudinal: Desnutrición Crónica

En el eje X, se representa la edad en "meses y años"

En el eje Y, se representa la talla en "cm"



[Ejercicio]

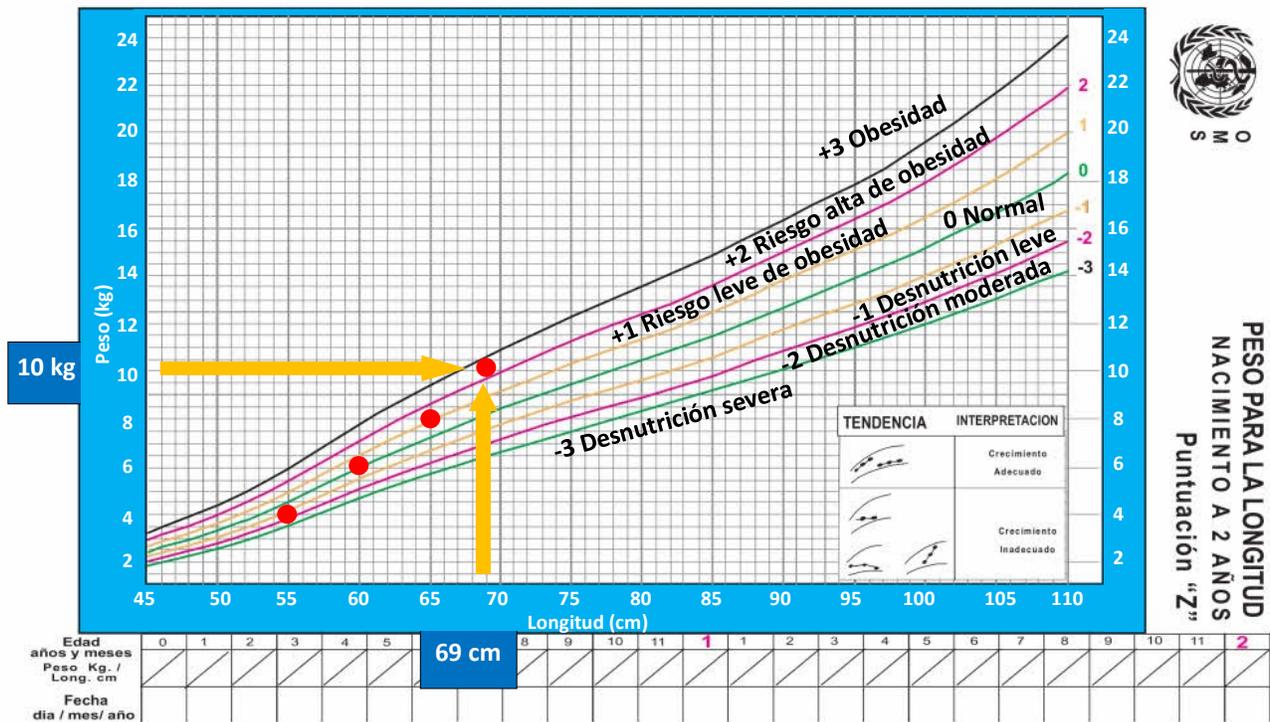
- Un niño/a con 1 mes y mide 55 cm de estatura
- Un niño/a con 2 meses y mide 60 cm de estatura
- Un niño/a de 4 meses que mide 65 cm de estatura
- Un Niño/a tiene de 6 meses que mide 69 cm de estatura

Este niño tiene la estatura un crecimiento adecuado para su edad.

4. Peso para la Talla: para Evaluar Estado Nutricional:

Desnutrición Aguda

En el eje X, se representa el peso en "Kg", eje Y, se representa la talla en "cm"



[Ejercicio]

- Un niño/a que mide 55 cm de talla y pesa 9.02 libras = 4.2 Kg : normal
- Un niño/a que mide 60 cm de talla y pesa 13.2 libras = 6 Kg : normal
- Un niño/a que mide 65 cm de talla y pesa 17.61 libras = 8 Kg, este niño tiene un riesgo leve de obesidad.
- Un niño/a que mide 69 cm de talla y pesa 22 libras = 10 Kg , su peso para la talla cae en un riesgo alto de obesidad.

Como enfermeras le recomendamos a los padres o tutores del niño/a; como debe alimentarlo/a correctamente y orientarlo de que debe visitar el pediatra endocrinólogo.

XII. Desnutrición

Es una afección que ocurre cuando su cuerpo no recibe los nutrientes suficientes.

1. Causas

Hay muchas causas de desnutrición. Ésta pueden surgir a raíz de:

- Dieta inadecuada o des balanceada.
- Problemas con la digestión o la absorción de los alimentos.
- Ciertas afecciones médicas.

2. Signos

- Fatiga
- Mareo
- Pérdida de peso
- Desmayos
- Falta de crecimiento en los niños
- Caída rápida del cabello
- Vulnerabilidad a las enfermedades

3. Tipos de Desnutrición Infantil

Tipo	Definición	Indicador
Desnutrición aguda:	Delgadez o edema nutricional; resurta de pérdida de peso y rápida y reciente o no ganancia de peso. Riesgo inmediato de mortalidad.	Peso/Talla Edema bilateral Bajo peso para la talla
Desnutrición crónica	Talla baja para la edad. Resulta de nutrición inadecuada por un largo periodo. Riesgo aumentado de morbilidad y mortalidad y compromiso de capacidad cognitiva.	Talla/Edad Baja talla para la edad
Desnutrición global	Bajo peso para la edad. (Utilización en seguimiento y monitoreo de crecimiento y desarrollo)	Peso/Edad
Deficiencia de micronutrientes específicos	Falta de consumo de uno o más micronutrientes específicos, ejemplo: -Vitamina A, Hierro, Yodo	Signos clínicos y bioquímicos

4. Pruebas y Exámenes

Los exámenes dependen del trastorno específico y en la mayoría de las intervenciones se incluyen valoraciones nutricionales y análisis de sangre.

5. Tratamiento

Generalmente, el tratamiento consiste en la reposición de los nutrientes que faltan, tratar los síntomas en la medida de lo necesario y cualquier afección subyacente.

6. Alimentación Adecuada (mayor de 2 años)

Alimentos terapéuticos, leche terapéutica, leche entera, carnes, queso yogurt, tubérculos, frutas hervidas, cereales, azúcares, carbohidratos, pescados.



7. Complicaciones

Sin tratamiento, la desnutrición puede ocasionar discapacidad mental y física, enfermedad y posiblemente la muerte.

8. Patología Frecuente

- Anorexia nerviosa
- Bulimia
- Diarreas
- Anemia
- Depresión
- Diabetes mellitus
- Vómitos constantes
- Enfermedad gastrointestinal
- Insuficiencia cardíaca
- Disminución de su coeficiente intelectual
- Problemas de aprendizaje, de retención y memoria

9. Circunstancias Sociales

- Hambrunas
- Pobreza
- Atención inadecuada
- Enfermedades
- Escases de educación de la madre
- Desigualdad
- Agua y saneamiento insalubres
- Falta de atención sanitaria

10. Prevenciones

- Lograr una buena alimentación variada y nutritiva que se base en : cereales y tubérculos, verduras y frutas de temporada, leguminosas, alimentos de origen animal.
- Los niños menores de 6 meses deben ser alimentados SOLO con leche materna.
- Vigilar la talla y peso del niño es una forma de monitorear su crecimiento.
- Los niños enfermos deben continuar su alimentación, sin grasas, mucho líquido y muchos cuidados. Luego de la enfermedad los niños recuperan su peso con una buena alimentación.
- Aporte de vitaminas y minerales esenciales. Hierro, ácido fólico, zinc, yodo.
- Peso de los recién nacidos.
- Promoción de consumo de sal yodada.

(Comité Local de SSR, Hospital Municipal Las Guáranas)

XIII. Mayor Implementación de la Lactancia Materna

El embarazo, el parto y la Lactancia Materna forman parte de un período especial en la vida de una mujer, su familia y la sociedad. La leche materna es el mejor regalo para toda la vida.

Dar de mamar es mucho más que dar alimento: es dar amor, seguridad, placer y compañía. La compañía, la voz, el mirarlo a los ojos y el contacto con la madre le dan mucha seguridad y hace que se estimulen todos sus sentidos, abriéndole las puertas al desarrollo de todo su potencial.

Sin embargo, en Rep. Dominicana, el Porcentaje de niños de 0 a 3 meses con lactancia exclusiva 13.3 en el 2002 en el 2007 un 11.7

Porcentaje de niños de 0 a 5 meses con lactancia exclusiva 10.4 en el 2002 y en el 2007 un 7.8 (ENDESA 2007)



1. Razones por la cual la leche materna es mejor

- El proceso de amamantamiento ofrece al niño el alimento ideal y las defensas contra enfermedades, además del calor, amor que estrecha la relación afectiva entre madre y su hijo.
- Favorece la involución uterina y previene hemorragia en la madre
- Se pierde más rápido el sobrepeso en la madres
- Ayuda a espaciar los embarazos
- Reduce el riesgo de cáncer de mama, ovario, útero y el osteoporosis
- Ayuda la economía familiar y ahorra tiempo y dinero.
- Se digiere más fácil y rápido

2. Los puntos importantes de Lactancia Materna

- La madre debe de dar leche materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad, a libre demanda día y noche.
- Mientras más seguido se da el pecho al niño más leche produce la madre.
- Durante este periodo la leche materna da al niño toda la sustancia que necesita para crecer sano, fuerte y para que su cerebro se desarrolle bien.
- La composición de la leche materna varía en una misma mamada, por ello intercambien hasta que se haya agotado la leche de uno de ellos.
- En caso necesario de dar al niño leche materna extraída, se debe usar un jarrito, taza, vasito, cuchara, gotero, jeringa, para evitar “confusión de pezón”

- En este periodo de la lactancia materna exclusiva, no debe dar al niño, ningún otro alimento (ni agua, infusiones o te de hierbas, ni caldo).
- La inmadurez de algunos órganos como el hígado intestino, riñones dificultan la utilización de alimentos diferentes a la leche materna antes de los 6 meses, puede producir trastorno, enfermado al niño, además existe inmadurez neuromuscular para tragar alimento sólido y semisólidos.

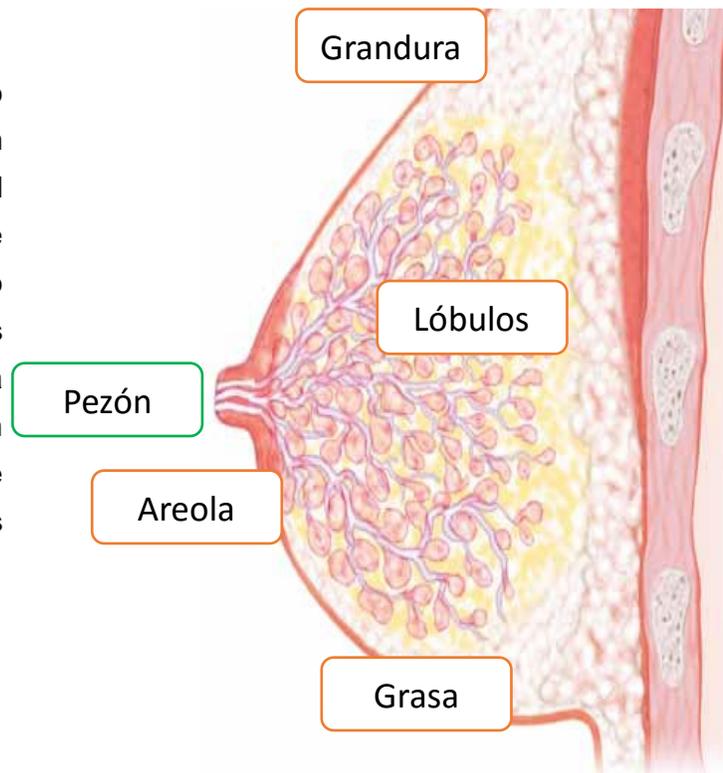
3. Anatomía del pecho y reflejo de bajada de leche

El pezón: es el término de los conductos lactíferos.

Areola: área pigmentada que rodea el pezón.

Lóbulos: almacenamiento de la leche.

En la areola termina el cuarto nervio intercostal, que lleva la información sensorial a la medula espinal y al cerebro, regulando la secreción de oxitocina, haciendo que el conducto mamario se expanda para formar los senos bajo la areola. Al mamar ocurre la eyección o bajada de leche, por succión y el masaje de la lengua del niño sobre el paladar, ordeñando el contenido de los senos hacia los conductos.



Reflejo de Oxitocina

Cuando el niño succiona se envía un mensaje al cerebro

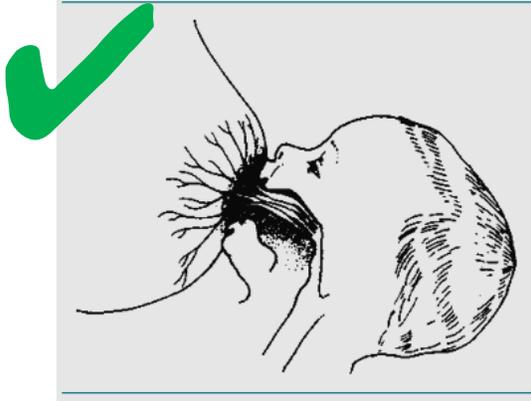


El mensaje estimula la liberación de hormonas

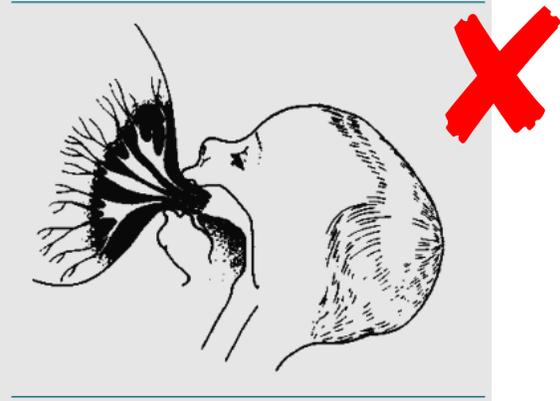
4. Signos de un buen agarre

- La boca del niño está bien abierta.
- El labio inferior está hacia afuera.
- La barbilla del niño está tocando o casi tocando el pecho.
- Hay más areola por encima de la boca del bebé que por debajo.

Buen agarre – lo que ocurre dentro de la boca del lactante



Mal agarre – lo que ocurre dentro de la boca del lactante



5. Razones y Posible soluciones por las cuales las madres no amamantaron de forma exclusivas

(según la entrevista a las madres del Hospital Regional SVP)

Situación	Posible soluciones
No succiona	Orientar la posición y succión correcta
No le ha bajado la leche	Dar la leche materna sucesivamente
No se llena	Tomar abundante liquido (8 -10 vasos de agua al día) , alimentar bien
Pezón invertido	Hacer masaje de los pezones desde periodo prenatal si no tiene síntomas de prematuridad, aplicación de técnica de extracción de pezón.
Nunca lo quiso	Hay que ver las razones, orientar a la madre sobre los beneficios y respetar su decisión.
Tenía su niño interno en perinatología	El personal de salud debe orientar a la madre como extraer y conservar a leche materna.
VIH / SIDA positivo	Orientar a la madre.

Es muy importante hacer la orientación adecuada a cada madre con la demostración o práctica.



(Comité Local de SSR, Hospital Regional San Vicente de Paúl)

XIV. Medidas higiénicas durante la elaboración de los alimentos para prevenir diarrea en los niños

Para prevenir diarrea en la preparación de alimentos en los niños es necesario tener en cuenta algunas medidas de higiene como:

- Orientar a la madre sobre la importancia de la higiene personal.

- Es necesario evitar la contaminación de los alimentos al momento de prepararlos.

- Se debe hervir el agua **durante un minuto** a partir del momento en que se inician las burbujas.



- Asegurarse que el entorno y los utensilios de la cocina estén bien limpios, que no haya moscas o algún otro tipo de insectos, ni tampoco animales domésticos en la cocina.

- Lavarse bien las manos antes de tocar los alimentos y volver a hacerlo las veces que sean necesarias, durante la preparación de la comida.



- Protegerse bien cualquier lesión que afecte las manos con materiales impermeables.

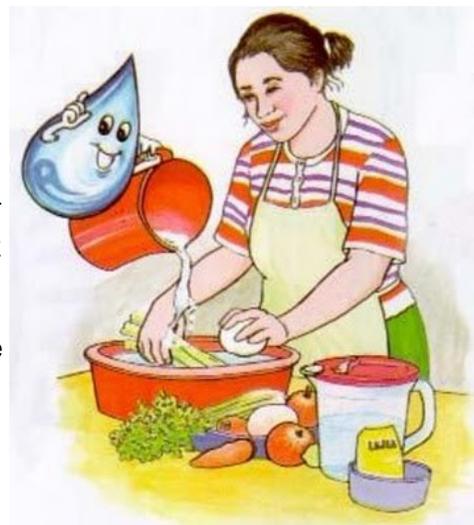
- Cocer suficientemente los alimentos, sobre todo la carne, el pollo, los huevos y el pescado.

- Lavar frutas y verduras con agua; si se van a consumir crudas, dejarlas en un recipiente en agua con vinagre (10%) y una pizca de sal (o cloro) durante 10 minutos.

- Lavar bien y perlar las frutas antes de comerlas.

- Mantener los alimentos bien tapados y refrigerados, ya que los microorganismos pueden ser transportados por insectos o por el polvo y se multiplican con rapidez especialmente en épocas de calor.

- Utilizar baños, letrinas o cualquier otro medio que garantice el aislamiento de las excretas. Lavarse cuidadosamente las manos con agua y jabón después de ir al baño, de cambiarle los pañales al bebé y antes de comer o manejar los alimentos.



[Como preparar la leche artificial]

Lo ideal es aconsejar a la madre de alimentar a su niño exclusivamente con leche materna, para de esta forma evitar la diarrea en los niños. Sin embargo, algunas madres presentan casos en los que necesitan utilizar la leche artificial. En caso de requerir biberones, se debe orientar y explicar a la madre de que éstos son un excelente medio de cultivo de las bacterias que causan la diarrea.

Preparar los utensilios y guardar todo en un recipiente con tapa.

- 1) Lavar cuidadosamente los biberones con agua y jabón. Para su esterilización es suficiente con hervirlos durante 5 minutos (las teteras solo por 3 minutos ya que son de silicón), en un recipiente con agua limpia.
- 2) Hervir el agua de botellón y luego enfriar hasta 70 °C.
- 3) Administrar la cantidad correcta de la formula (con cuchara justamente) por onzas de agua (70 °C), batir bien el contenido en el biberón.
- 4) Enfriar dentro del agua hasta 37-40°C (Confirmar en la piel de su brazo si está a la misma temperatura de la madre).
- 5) Dar el biberón evitando que el bebé ingiera aire, cerciorándonos de que abarque completa la tetera con su boca, adecuándonos al ritmo de cada bebé.
- 6) Al terminar, vamos a cargarlo verticalmente para que el bebé pueda expulsar los gasecitos.



En caso que él bebe no se tome toda la cantidad preparada, no reutilizar esa leche más tarde, cada vez que se va alimentar hay que prepararle nuevamente leche.

(Comité Local de SSR, Hospital Municipal Dr. Virgilio García, Cabrera)

XV-I. Alimentación del niño de 6 a 11 meses

La alimentación del niño debe adelantar dependiendo de la **gestación y masticación de cada niño**. Se puede empezar a introducir alimentos sólidos a los **5-6 meses** de edad, porque alrededor de esa época, desaparece el reflejo de succión. Así se puede empezar a utilizar cuchara.

Cerciorarse de que su bebé está listo para consumir alimentos solidos

- El peso de su bebé se ha duplicado en relación a su nacimiento.
- Su bebé puede controlar sus movimientos de cabeza y cuello.
- Su bebé puede sentarse con algún apoyo.
- Su bebé puede mostrarle que está lleno girando su cabeza o no abriendo la boca.
- Su bebé comienza a mostrar interés en el alimento cuando otros están comiendo.

La mayoría de las calorías del bebé aún deben provenir de la leche materna o de la leche maternizada. La leche materna no es cena ni buena fuente de hierro así que después de 6 meses, su bebé comenzará a necesitar más hierro en su alimentación. Continúe ofreciendo a su bebé leche materna o leche maternizada de 3 a 4 veces por día, además de alimentos sólidos. Inicie la alimentación solida con cereal de arroz fortificado con hierro para bebés. Puede espesar el cereal a medida que su bebé aprenda a controlarlo con su boca.

Empiece ofreciéndoles solo una cucharada de cereal **una vez al día**.

1. Guía de alimentación

	5-6 meses	7-8meses	9-11meses
Frecuencia	1vez /día	2 veces /día	3 veces /día
Puntos	Sostiene la cabeza Tiene interés por comer	Puede disolver con la lengua	Se puede majar con encía Vamos a comer a la misma hora para hacer buen ritmo
Solidez	Papillas (como yogurt)	Papillas (como auyama)	Como guineo maduro
Cantidad de cada vez	1 cucharadita	Papilla: 1 taza Vegetales: 1/3 taza y Carne: 1/2 onza	Papilla: 1 taza Vegetales: 1/2 taza y Carne: 1/2 onza

2. Alimentos para niños de 6 meses a 11 meses

Cereales

- Cereales de arroz
- Papilla de avena
- Trigo
- Maíz



Frutas

- Lechosa
- Mango
- Zapote
- Melón
- Guineo
- Níspero
- Pera
- Manzana



Nota: Dele frutas acidas como el limón, cereza, naranja, después de la edad de un año.

Vegetales

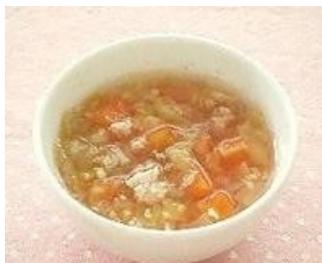
- Auyama
- Zanahoria
- Papa
- Plátano maduro
- Plátano verde
- Yautía blanca
- Guineo verde
- Batata



Nota: a partir de los 7 meses se le puede dar lenteja o grano (habichuela). Ya a los 8 meses, queso y yogurt. Continuar con la leche materna o maternizada. Agua en vasito un poco en cada alimentación.

Carnes

- Pollo
- Res



3. Recomendaciones

- Nunca le dé **miel** a su bebé. Puede contener bacterias que pueden causar botulismo, una enfermedad rara pero grave.
- No le dé **leche de vaca** a su bebé hasta la edad de 1 año. Los bebés menores de un año tienen dificultad para digerir esta leche.
- Nunca deje a su hijo en la cama con un biberón (tetero). Esto puede causar caries y muerte súbita.
- Use una cuchara pequeña cuando alimente a su bebé.
- Está bien empezar a darle a su bebé agua entre las comidas.
- No le dé cereal a su bebé en un biberón (tetero) a menos que su pediatra o dentista lo recomiende, por ejemplo, por el reflujo.
- Solo ofrézcale a su hijo alimentos nuevos cuando tenga hambre.
- Introduzca nuevos alimentos uno a la vez, esperando de 2 a 3 días entre ellos. Así usted puede vigilar si hay reacciones **alérgicas**. Los signos de una alergia incluyen vómitos, diarrea o salpullido.
- Evite los alimentos con sal o azúcar agregados.
- Alimente a su bebé directamente del frasco, solo si utiliza todo el contenido de este. De lo contrario, utilice un plato para prevenir enfermedades transmitidas por los alimentos.
- Los envases abiertos de alimentos para el bebé se deben tapar y se deben guardar en un refrigerador durante no más de dos días.

(Comité Local de SSR, Hospital Mun. Desiderio Acosta, Río San Juan)

XV-II. Alimentación del niño de 12 a 24 meses

Con esta edad los niños pueden comer casi todos los alimentos, aunque varía la “consistencia”. Cuando el niño consigue con sus dedos hacer el movimiento de las pinzas, debe fomentarse y promover que “tome” alimentos más sólidos y se los lleve a boca.



De 1 a 2 años del niño debe estar integrado **a la mesa familiar**, manejando el esquema y los horarios de comida de los adultos, con **tres comidas** principales y al menos 1 a 2 refrigerios. Aunque coma de todo la consistencia dependerá de su nivel de desarrollo y se pondrá especial atención a la “calidad” de los alimentos que le brinden.

1. Objetivos de la alimentación complementaria

- Contribuir con el desarrollo del aparato digestivo.
- Suplementar nutriente.
- Enseñar a distinguir sabores, colores, texturas y temperaturas diferentes.
- Colaborar con la conformación de hábitos de alimentación.
- Estimulo del desarrollo psicosocial.

2. Guía de alimentación 1 año a 2 años

Frecuencia	Comida : 3 veces /día más, merienda : 2 veces /día
Puntos	Vamos a comer a la misma hora para hacer buen ritmo
Solidez	Se puede masticar con la encía (como ñame hervido)
Nutrición	Calorías = 900-1000 kcal /día (como la mitad de su mama) Carbohidratos 100 gr/día Proteínas 25 a 30 gr/día Grasas = 35 a 45 gr/día
Cantidad de cada vez	Papilla: 3 onzas : 1 tacita Vegetales o Frutas : 2 onzas : 1/4 taza y Huevo: 1/2 a 2/3 o Carne o Pescado: 1 pedazo Productos lácteos: 3 onzas : 1 vasito

3. Puntos importantes

A partir de los 10 a 12 meses el niño se interesa por el contenido del plato y quiere tocar los alimentos. Es capaz de masticar gracias a los primeros molares. Toma lo que hay en el plato, tritura y se lo lleva a la boca. Intenta tomar la cuchara utiliza los dedos para comer.

Entre los 15 y 18 meses será capaz de comer solo con la cuchara y se sienta habitualmente frente al adulto. Los padres deben evitar darles ellos mismos de comer. En caso de dificultad deben ayudar.

A partir de los 16 meses se sostiene bien sentado y empieza a tener coordinación mano-boca.

De 18-24 meses aparecen los caninos y segundo molares, estos permiten masticar alimentos firmes mientras no sean de consistencia dura. A los dos años de edad el niño ha de tener la capacidad de consumir alimentos como: las frutas, las verduras, las carnes y los pescados.



A partir de 20-24 meses es relativamente autónomo. Hay que considerar que es edad de los caprichos del rechazo de ciertos alimentos y de comer y los padres deben estar preparados para saber cómo comportarse. Es primordial el ejemplo de los padres, ya que estos aprenden por imitación.

NOTA: Se debe tomar en cuenta las consistencias de los alimentos, estos deben ser en formas de purés o papillas, machacados o rallados, colados, licuados, Semi-sólidos y pequeños trozos.

Alimentos Permitidos a Niños de Entre 1 a 2 Años

Desayuno	Media Mañana	Comida	Merienda	Cena
<p>Lácteo: 1/2 taza</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leche - Yogur - Cereales - Chocolate - Avena - Queso - Huevo  	<p>Jugos: 1/2 taza</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piña - Cereza - Limón - Melón - Naranja - Entre Otros. 	<p>Arroz o Pastas: 1/2 taza</p> <p>Carnes: 1 pedazo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pollo - Res - Cerdo   <p>Habichuelas: 1 rebanada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rojas - Negras - Blancas - Vegetales  <p>Pescados</p>	<p>Frutas: 1/4 taza</p> <ul style="list-style-type: none"> - Guineo Maduro - Lechosas - Manzanas - Sandia - Mango - Melón 	<p>Puré: 1/2 taza</p> <ul style="list-style-type: none"> - Papas - Auyamas - Yautías - Plátanos - Yucas - Queso - Huevos - Otros 

(Comité Local de SSR, Hospital Municipal Factor)

XVI-I. Vigilancia del desarrollo (Menor de un mes)

La vigilancia del desarrollo comprende todas las actividades relacionadas a la promoción del desarrollo normal y a la detección de problemas en el desarrollo durante la atención primaria de la salud del niño.

El resultado esperado es un niño sano para responder a sus necesidades y a las de su medio. A continuación se presenta una guía para la valoración del desarrollo con los principales indicadores en el desarrollo del niño que nos ayudan a comprender, interpretar y responder a sus demandas.

¿Qué son los reflejos?: Los reflejos son la respuesta o reacción automática de los bebés, desencadenada por algún estímulo exterior.

Los reflejos deben aparecer y desaparecer el edad (meses) adecuado.

Deben ser observados de cerca, tanto por los padres, enfermeros, como por el médico (pediatra) del bebé quién será el encargado de realizar una evaluación neurológica del bebé, que permitirá detectar si existe algún problema y reducir así problemas futuros.

1. Reflejo Cocleo-Palpebral

Posición del niño: boca arriba.

Realizar ruidos (aplausos) cerca de la oreja del niño tanto en la derecha como en la izquierda.

Respuesta esperada: él niño cierra los ojos cuando hay ruido en su oído



2. Reflejo de Moro : hasta 4 meses

Posición del niño: boca arriba.

Existen varias maneras de verificar su respuesta; una de ellas es aplaudiendo sobre la cabeza de el/la niño(a).

Respuesta esperada: elevación de ambos brazos, extiende las manitas con palmas hacia arriba como si estuviera asustado. Debe ser **simétrica** y completa.



3. Reflejo de Succión (Chupa con fuerza del pezón): hasta 6 meses

Posición del niño: pida a la madre que coloque al niño en el pecho y observe. Si mamá hace poco, estimule sus labios con el dedo y observe.

Respuesta esperada: El niño deberá succionar el pecho o realizar movimientos de succión con los labios y lengua al ser estimulado con el dedo.



4. Manos Cerradas: las manos; hasta 3-4 meses, los pies; hasta 9-10 meses

Posición del niño: en cualquier posición observe sus manos

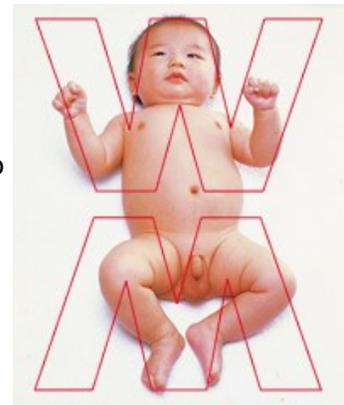
Postura esperada: sus manos, en este grupo de edad, deberán estar cerrada.



5. Brazos y Piernas Flexionadas

Posición del niño: boca arriba

Postura esperada: en esta edad, los brazos y las piernas del niño deberán estar flexionados como W y M.



6. Fija la Mirada en el Rostro Humano y Sigue 90°

Posición del niño: boca arriba

Coloque su rostro de frente al rostro del niño a una distancia de aproximadamente 30 cm y observe si lo niño fija la mirada.

Postura esperada: El niño mira la cara del examinador o el de la madre de forma evidente.



7. Movimiento de Brazos y Piernas al Mismo Tiempo

Posición del niño: boca arriba

Postura esperada: El niño siempre mueve los brazos y piernas al mismo tiempo. Si se mueve solamente un lado, hay que cuidar como signo de convulsiones.



(Comité Local de SSR, Hospital Municipal Alberto Gautreaux, Sánchez)

XVI-II. Vigilancia del desarrollo de los niños de 1, 2 y 4 meses

Niños de 1 a 2 meses de nacido

El bebé va teniendo ritmo de despertar en el día y dormir un poco más en la noche. Fija la mirada en objetos o personas, vocaliza y reacciona cuando se le hace gracia o cariñito al bebé. Se activa el movimiento de los brazos y piernas. Al acostarse boca abajo sostiene la cabeza.

Sin dejar de mencionar que existen algunos comportamientos normales del niño aunque estos desaparecen unos meses después.

1. Niño de 1 mes de nacido

- Sonrisa social: El niño sonríe en respuesta; el objetivo es obtener más una respuesta social que física.
- Abre las manos: En algún momento el niño deberá abrir sus manos espontáneamente.
- Emite sonido con la boca: si el niño emite sonidos (gugu, aaaa, eeee, etc.). En el caso de que usted no lo observe, pregunte a la madre si el niño lo hace en la casa.
- Movimiento de piernas alternadas.



2. De 2 meses

- Mira el rostro de la madre o del observador: De 30 cm y observe si el niño fija la mirada, el niño mira la cara del examinador de forma evidente.
- Sigue en objeto en línea media: Coloque un pon-pon rojo encima del rostro a 20 o 30 cm. Balancee suavemente el pon-pon para atraer su atención. Cuando el niño está mirando el pon-pon muévelo lentamente para el lado derecho e izquierda. El niño acompaña el pon-pon, solamente con los ojos y la cabeza, hacia los dos lados.



- Reacciona al sonido: El niño muestra cualquier cambio de comportamiento, tal como el movimiento de los ojos, cambio de expresión de frecuencia respiratoria.
- Eleva la cabeza: Si el niño levanta la cabeza en línea media, elevando el mentón momentáneamente de la superficie sin girar para uno de los lados.

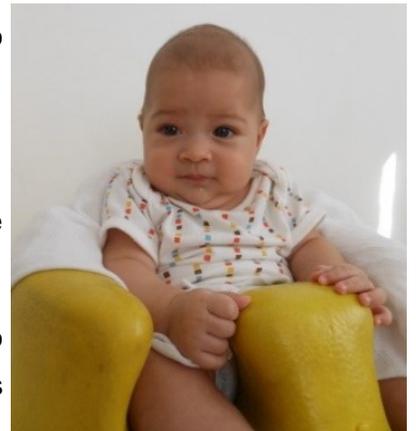
3. Niños de 4 meses de nacido

Los niños alrededor de 4 meses, pueden mirar con algunos sonidos, y se ríen con la voz cuando le hacen gestos chistosos. Cuando pueda sostener la cabeza, en la postura boca abajo, ya levanta la cabeza y cuello.



4. De 4 meses, responde al evaluador

- Responde al evaluador: El niño mira el rostro del examinador o de la madre, sonrío o emite sonidos intentando “conversar”.
- Agarra objetos: El niño agarra el objeto por algunos segundos.
- Vocaliza: Si el niño produce algún sonido o el acompañante dice lo hace, entonces él ha alcanzado esta condición.
- Sostiene la cabeza: Si el niño mantiene la cabeza estando sentado, firme, sin movimientos oscilatorios, durante algunos segundos, considere que cumple con esta condición.



(Comité Local de SSR, Hospital Municipal Natividad Alcalá, El Limón)

XVI-III. Vigilancia del desarrollo de los niños de 6, 9 y 12 meses

1. A los 6 Meses

- Toca y mira la cara de la madre.
- Trata de alcanzar un objeto.
- Responde a su nombre, se voltea y mira
- Se arrastra de barriga.
- Aparece la presión voluntaria.
- El niño ha fortalecido los músculos del cuello, hombro y espalda.
- Da vueltas en la cama.
- Reconoce los miembros de su familia.
- Mueve la cabeza y los ojos en busca de sonidos.
- Juega con las manos y cara a cara.
- Juego Vocálico.



2. A los 9 Meses

- Se molesta con personas extrañas.
- Pasa objetos de una mano a la otra.
- Repite ma,pa,ta,da.
- Gatea hacia delante alternando manos y rodillas.
- Juega a taparse y descubrirse.
- Duplica silabas.
- Se sienta sin apoyo.
- Atiende sonidos que le interesan.
- Tiene intención comunicativa.
- Responde que NO a las instrucciones.
- Frente a un espejo observa y sonrío.



3. A los 12 Meses

- Imita gestos
- Agarra objetos con índice y pulgar
- Dice dos (2) palabras
- Camina con ayuda
- Señala con el dedo índice.
- Consigue pararse apoyado en el mueble.
- Reacciona frente a los extraños.
- Emite consonante y vocales: mama' - papa'
- Garabateará las paredes
- Señalará con gestos aquellas cosas que quiere.
- Come sin ayuda.
- Aumenta su vocabulario
- Entenderás más de lo que habla.



(Comité Local de SSR, Hospital Municipal Lic. Pablo A. Paulino, Las Terrenas)

BIBLIOGRAFIA

1. Guías Clínicas Para el monitoreo nutricional, promoción, vigilancia del crecimiento y el desarrollo, la atención a la morbilidad prevalente de la niña y del niño menor de cinco años en los servicios del Primer Nivel de Atención. MSP. 2011.
2. CEDULA DEL SALUD DEL NIÑO/A DE 0 A 5 AÑOS. MSP
3. Alimentación complementaria en el primer año de vida: Wilson Daza, Silvana Dadan
4. El Bajo Peso al Nacer, Proyecto Salud Materno Infantil. JICA Guatemala-Quetzaltenango.2011
5. Solas A .Recién nacido de extremadamente baja edad gestacional. En: Cuidados el feto y del recién nacido. Buenos aires: Editorial
6. Voelzel AE. Out con of pregnary darcet 2005; 359(9324):2204-2205.
7. Recien nacido bajo peso al nacer. Dra. Teresa Murguía-de Sierra, Dra. Edna Vázquez-Solano Departamento de Neonatología, Hospital Infantil de México Federico Gómez, México, D. F., México.
8. Rev Cubana Pediatr v.73 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2001

Página Web

www.meses.com.ugprofesionales>recien nacido

www.busde.paho.orge/com/aiepi/desarrollo

www.msp.gob.do/oai/documentos/guia-equipounapserv1ernivel-2013

www.escielo.orgmx-302*281

ww.lookford.agnosis.com

Orphan Nutrition. <http://concepto.de/peso/#ixzz3k3p6B9lv>

www.mapfre.es/salud/es/cinformativo

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion07/m3l7leccion.>