

INTRODUCCIÓN

Según UNICEF a nivel mundial las nuevas cifras para el año 2008 muestran la reducción de la tasa de mortalidad de los menores de cinco años en el que se encuentra inmerso el lactante menor, cuyos datos revelan un descenso de un 28% en la tasa de mortalidad para 1990 fue de 90 muertos hasta 65 muertes por cada mil nacidos vivos para el 2008. (9)

En el Perú la tasa de mortalidad infantil (menores de un año) ha disminuido en los últimos años, en el 2008 fue de 29.4 por mil nacidos vivos y en el año 2009 fue de 28.2 por mil nacidos vivos. Se consideraron como causas de estas muertes las enfermedades infecciosas respiratorias (16.3%) y las intestinales (7.7%) entre otras; así mismo, se tuvieron en cuenta las deficiencias nutricionales y anemias en un 3.2% que están relacionados con el mayor nivel de pobreza. Esta disminución de las tasas de mortalidad es producto del aumento de acceso a los servicios, mayor cobertura en la atenciones profesionales, cobertura en las vacunaciones, control del crecimiento y desarrollo, etc. En La Libertad durante el período 2007, a nivel provincial Sánchez Carrión presenta la mayor tasa de mortalidad con 29.2 defunciones por cada mil nacidos vivos a diferencia de la provincia de Pacasmayo que presenta una menor tasa de mortalidad 11.4 por mil nacidos vivos. En la provincia de Trujillo la cifra que interesa para este estudio de la mortalidad del lactante se encuentra en 12.9 por mil nacidos vivos. (12)

Es así como las estadísticas nos muestran que en los últimos años la tasa correspondiente a la mortalidad del lactante menor está descendiendo, gracias a la aplicación de programas de salud que beneficia con una mayor cobertura integral

al lactante menor. Etapa del ser humano que está comprendida desde el primer mes de vida hasta los doce meses aproximadamente. Desde que el ser humano nace existe una interrelación con el ambiente y se desarrollan numerosos cambios fisiológicos, psíquicos y sociales; pero también está expuesto a numerosos riesgos condicionados por el mismo. Por lo que la evaluación del crecimiento y desarrollo del lactante no sólo tiene la importancia de atender a las necesidades del mismo en una edad determinada, sino tratarlo con un criterio preventivo y evolutivo, teniendo en cuenta sus características cambiantes y dinámicas. Es por ello que la evaluación y vigilancia del crecimiento físico del lactante menor constituye una de las acciones más pertinentes a cumplir en la atención primaria. Las medidas de prevención durante los primeros años de vida se dirigen hacia la prevención de problemas nutricionales, trastornos de desarrollo físico-psicomotor y las deficiencias de los cuidados maternos. (33)

El lactante menor debe recibir una serie de cuidados como en alimentación, higiene, inmunizaciones por lo que las madres deben estar capacitadas para proporcionarlos dichos cuidados; la capacitación es responsabilidad del personal de salud entre ellos la enfermera quien debe brindar consejería ya que interactúa directamente con el lactante y su madre, valorando frecuentemente para determinar que tan bien se adapta a los diversos cambios que se están produciendo. La enfermera debe contar con los conocimientos y destrezas para evaluar el crecimiento y desarrollo del lactante y poder prestarle los debidos cuidados para su completo bienestar. (3)

Por ello la intervención del profesional de enfermería es una pieza clave para proporcionar un cuidado holístico y eficaz con bases científicas y

humanísticas, promocionando la salud y previniendo la enfermedad tomando como referencia la teoría de Nola Pender quien establece bases para desarrollar la idea de promoción de un estado de salud óptimo que se anticipe a la enfermedad del lactante menor. (23)

La enfermera tiene un papel relevante en el equipo de atención primaria con la puesta en marcha de iniciativas y experiencias novedosas para el mantenimiento de una salud óptima, por ejemplo la importancia de la lactancia materna, el desarrollo de la estimulación temprana la misma que no pretende desarrollar lactantes precoces, ni adelantarlos en su desarrollo natural sino ofrecerles una gama de experiencias que sirvan como base para futuros aprendizajes (1). El desarrollo de la consulta de enfermería a demanda, que se ofrece a los lactantes como una de las puertas de entrada al sistema sanitario. (33)

Debido a esto EL MINISTERIO DE SALUD ha implementado diversos programas a lo largo del tiempo, con la finalidad de cubrir o atender todas las necesidades; dentro de los más recientes se encuentra el modelo de atención integral de salud (MAIS) que ha desarrollado los elementos básicos y centrales teniendo en cuenta diferencias de carácter cultural y epidemiológicas (21).

Con el propósito de brindar un marco referencial, que puedan contribuir a la realización de las acciones de las futuras enfermeras, así como las orientaciones a las madres de los lactantes sobre la satisfacción de sus necesidades para prevenir riesgos físicos y emocionales, es que ponemos a su disposición el presente estudio producto de la recolección bibliográfica, que va a repercutir en el mejoramiento de la salud del lactante menor disminuyendo la morbilidad y mortalidad. . Es por ello que para mejor comprensión y estudio este trabajo de investigación

bibliográfico se ha dividido en dos capítulos el primer capítulo trata del lactante menor; en el segundo sobre la atención integral del lactante menor y el rol del profesional de enfermería.

CAPITULO I. - EL LACTANTE MENOR

1. Situación actual de salud del lactante menor

El ser humano atraviesa por diferentes etapas durante la vida, una de ellas es la del lactante menor de importancia para este estudio, tomado de Whaley esta etapa comprende desde el primer mes de vida hasta los doce meses aproximadamente, en este período el desarrollo motor, cognitivo y social es rápido, estableciendo una confianza básica en el mundo y los cimientos para sus relaciones interpersonales futuras (36). La situación de salud del lactante menor esta en relación directa con la interacción de factores demográficos, biológicos, económicos, sociales y culturales, cuyas características han sido variables en el curso del tiempo. (19)

Según UNICEF las nuevas cifras para el año 2008 muestran la reducción de la tasa de mortalidad a nivel mundial en menores de cinco años en el que se encuentra inmerso el lactante menor, cuyos datos revelan un descenso de un 28% en la tasa de mortalidad de menores de cinco años, desde 90 muertes por cada mil nacidos vivos en 1990 hasta 65 muertes por cada mil nacidos vivos en 2008. Según estos cálculos, la cifra absoluta de muertes en el 2008 se redujo a alrededor de 8,8 millones con respecto a los 12,5 millones de 1990. (12)

En América Latina las defunciones del lactante menor se encuentra representado por el 60% del total de las defunciones, donde a su vez se enfrentan a la reforma del sistema sanitario a fin de abordar el aumento del acceso y del uso de la atención de salud para los más vulnerables.(28)

Las tendencias en la reducción de la mortalidad del lactante revelan que los avances son lentos que persiste la desigualdad en el acceso a la atención de salud incluida la atención primaria por lo que los resultados son deficientes arrojando así las principales causas de la mortalidad en América Latina y el Caribe: infecciones (32%), prematuridad (24%), malformaciones congénitas (10%). (28)

Según el Ministerio de Salud, el 70% de la mortalidad del lactante menor se concentra en el 50% de la población pobre, de la sierra o del área rural los departamentos con mayor mortalidad son Cusco con 84 por cada mil nacidos vivos, Huancavelica y Apurímac con 71, Huánuco con 63, Puno con 59 y Pasco con 58. Los departamentos con menor mortalidad son Lima con 20, Ica con 21, y Tacna con 24 por mil. (28)

En el Perú la tasa de mortalidad infantil (menores de un año) ha disminuido en los últimos años, en el 2008 fue de 29.4 por mil nacidos vivos y en el año 2009 fue de 28.2 por mil nacidos vivos. Se consideraron como causas de estas muertes las enfermedades infecciosas respiratorias (16.3%) y las intestinales (7.7%) entre otras, así mismo se tuvieron en cuenta las deficiencias nutricionales y anemias en un 3.2% que están relacionados con el mayor nivel de pobreza. Esta disminución de las tasas de mortalidad se debe al aumento de acceso a los servicios, mayor cobertura en la atenciones profesionales, cobertura en las vacunaciones, control del crecimiento y desarrollo, etc.

Pero aun así, la mortalidad del lactante menor en el Perú es una de las más altas de América Latina, sólo superada por República Dominicana, Nicaragua, Bolivia y Haití, países con un ingreso per cápita bastante menor. Aquellos

países con un ingreso per cápita similar al de Perú tienen tasas menores. (28)

2. Crecimiento y Desarrollo: definición

La etapa del lactante menor comprende desde el mes de vida hasta los doce meses, en este período es importante destacar el rápido crecimiento que se produce significando que durante los seis primeros meses de vida, crecen más los varones que las mujeres a expensas de la testosterona secretada por el testículo fetal; y a partir de entonces atendiendo a las influencias genéticas que están en relación con el tejido adiposo, que se desarrolla al final de la etapa intrauterina y se hace patente especialmente al final de esta etapa de la lactancia en la cuál la adiposidad queda de manifiesto en el aspecto físico del lactante; son más anchos que largos pero al final del primer año el número de adipocitos va disminuyendo y los lactantes son más estilizados. (33)

El crecimiento se caracteriza por el aumento de volumen de la masa de un ser vivo, debido al incremento del número de células (hiperplasia) o de la masa celular (hipertrofia) (19). También se define como un cambio físico y un aumento de tamaño, entre los indicadores del crecimiento se halla la estatura y el peso (13). La estatura tiene un aumento mensual de 2,5 cm. los seis primeros meses y 1,25 cm. los seis meses posteriores, en cuanto al peso tiene un aumento semanal de 140 a 200 gr. Durante los primeros seis meses y los meses posteriores incrementara de 85 a 140 gr. semanalmente. (38)

El desarrollo es un proceso de cambio y expansión gradual; avanza desde las fases de complejidad inferiores a las más avanzadas; aparición y expansión

de las capacidades individuales por medio del crecimiento, la maduración y aprendizaje (38). También se define como proceso vitalicio de cambio en la habilidad para adaptarse a las situaciones que uno selecciona o en las cuales uno se encuentra. Cada período de ciclo de vida es afectado por lo que sucedió antes y afectará lo que esté por venir. El crecimiento y desarrollo constan de diversos procesos: formación de los tejidos, aumento del tamaño de la cabeza, el tronco y de las extremidades, aumento progresivo de la fuerza y de la capacidad para controlar los músculos, desarrollo de la capacidad de relación social, pensamiento y lenguaje, y aparición de la personalidad. El despliegue de estos procesos y sus interacciones depende tanto de la dotación biológica del lactante como del ambiente físico social en que vive. (4)

Ambas palabras crecimiento y desarrollo como conceptos que se expresan se entremezclan y suelen usarse en forma indistinta, dado que ellas apuntan a un mismo fin; la maduración del organismo. No se concibe crecimiento sin cambios en la composición y función, cada duplicación celular (crecimiento) comprende tanto la división de una célula así como cierto grado de diferenciación (desarrollo) (19). Se observan manifestaciones físicas, gatear, caminar, correr, saltar con un pie, dibujar, etc. e Intelectuales, hablar, pensar, razonar, etc. y emocionales tales como la manera de comportarse, capacidad para amar, rechazar, etc. (14)

2.1 Principios Generales del Desarrollo:

El desarrollo es continuo: En cada etapa del lactante siempre existen cambios que no tienen detenciones, siempre existen funciones que están cursando hacia una mayor complejidad. Incluso en lactantes con

alteraciones del desarrollo, se esperan cambios día a día en un área o en otra.

El desarrollo es progresivo: De no mediar patología, el sistema nervioso experimenta cambios que generan mejoría de funciones que permiten mayor adaptabilidad. En el desarrollo del tono por ejemplo, se pasa de la hipertonía del recién nacido a un tono menor que permita la posición sentado y a una optimización de la motricidad de las extremidades.

El desarrollo es irreversible: Los avances ya adquiridos no se pierden, lo que permiten seguir instalando nuevas funciones sobre avances previos ya consolidados. La adquisición de la palabra con intención comunicativa alrededor del año, no se pierde aunque exista una estimulación poco intensa. A causa de este fenómeno es posible la aparición de la frase y formas más complejas de comunicación.

En lo motor, habilidades como patear una pelota o pedalear en una bicicleta están presentes aún después de largos períodos sin ejercitación.

(14)

Cefalocaudal: Del latín de la cabeza a la cola, en general el crecimiento y el desarrollo proceden de la cabeza al extremo caudal del cuerpo, el lactante en posición prona, logra primero el control muscular necesario para levantar la cabeza sobre las superficies horizontales, luego desarrolla los músculos del brazo, hombros y estómago y puede levantar el torso o estómago. Después se desarrollaran los músculos de piernas y muslos que

le permitirán levantar la cadera sobre la superficie.

Proximodistal: Esto quiere decir de lo cercano a lo distante, en general el desarrollo procede del centro del cuerpo hacia afuera, los músculos corporales que primero obtiene control son los más cercanos al centro del cuerpo, que se observa en la capacidad de alcance, en principio los movimientos de alcance son controlados por los músculos del hombro, el brazo y la mano se mueven como una unidad.

De lo General a lo Específico: El control motor general esta presente antes de que puedan utilizarse los músculos específicos, esto se observa cuando se pincha a un lactante en el pie con un alfiler, presenta una reacción corporal general inmediata; llanto, pataleo y agitación de brazos.(18)

Tiene una secuencia fija: Para que aparezca una función determinada se requiere la adquisición previa de una función de base. Esto es lo que genera una secuencia fija. Así, en el área motora aparece primero la posición sentada sin apoyo, el pivoteo sobre la pelvis, luego la postura de pie con apoyo, la postura sin apoyo y al final, la marcha. Las inconsistencias al tomar datos en la anamnesis sólo tienen que interpretarse como olvido de las madres de los detalles de la maduración de funciones determinadas. Es posible detectar diferentes velocidades de las etapas de la secuencia, pero la secuencia es la misma de un lactante a otro.

Las características del desarrollo persisten por una generación: En cada individuo, existen características propias de un desarrollo. Son

variables la velocidad, la intensidad la cualidad, la persistencia de funciones determinadas en un sujeto. En las generaciones siguientes no necesariamente persisten las características previas. Así por ejemplo, una especial musicalidad o el desarrollo de algunas habilidades cognitivas no tienen necesariamente que aparecer en hijos o nietos. (14)

2.2 Teorías en que se basa el desarrollo

2.2.1 Teoría de Erik Erikson:

La I fase de Erikson (del nacimiento a 1 año) se ocupa de la adquisición de una sensación de confianza básica, mientras se supera la confianza, en sí mismos, en los demás y en el mundo. Los lactantes confían en que sus necesidades de alimento, comodidad, estímulo y atención serán satisfechas. El elemento crucial para conseguir esta tarea es la calidad de relación padres - lactante y la atención que este recibe, ellos deben aprender juntos a cubrir de forma satisfactoria sus necesidades de modo que se evite una regulación mutua de la frustración. Cuando no existe esta sincronía, el resultado puede ser la desconfianza. Si no se aprende a retratar la satisfacción, surgirá la desconfianza, que puede provenir de un exceso o un defecto de la frustración. La confianza adquirida durante la lactancia es fundamental para las etapas sucesivas, ya que permiten que los lactantes tengan una sensación de seguridad y bienestar físicos, que les ayuda a experimentar las situaciones desconocidas y extrañas con un mínimo temor. (38)

2.2.2 Teoría de Piaget.

Piaget se abocó al análisis del desarrollo intelectual o cognoscitivo la forma en que el lactante aprende y desarrolla esa cualidad a la que damos el nombre de inteligencia. Este autor describe el desarrollo intelectual como una secuencia de cuatro etapas principales cada una compuesta a su vez de varias sub etapas todos los lactantes pasan por estas etapas en un mismo orden pero cada uno a su propio ritmo. (5)

Entre estas etapas tenemos a la sensorial y motora (hasta los dos años de edad) donde el comportamiento está vinculado por completo a sus deseos de satisfacción física siente, ve, escucha, huele objetos incontables, mueve su cuerpo aparentemente al azar sus actividades están reguladas por sus respuestas reflejas al medio ambiente el lactante adquiere el conocimiento de las relaciones de causa efecto conforme crece (5). Durante este estadio el lactante aprende desde la conducta refleja a actos simple repetitivos y a la actividad imitativa, en esta fase tienen lugar tres sucesos cruciales.

El primero es que los lactantes aprendan a percibirse como distintos de los demás objetos del entorno, dándose cuenta que hay otros que los controlan, además de ellos mismos y para que exista satisfacción mutua debe haber cierto reajustes. En el segundo logro importante es la noción de permanencia de los objetos o comprobación de que estos continúan existiendo aunque quedan fuera del campo visual. El último desarrollo intelectual de este período es la capacidad de usar símbolos o representaciones mentales, por medio de los cuales el lactante piensa en una situación u objeto sin experimentarlo realmente. Con el

conocimiento de estos símbolos comienzan la comprensión del tiempo y del espacio. (38)

2.2.3 Teoría de Sigmund Freud.

De acuerdo a Freud, a medida que los seres humanos van madurando, el centro de la sensibilidad sensual o las zonas erógenas cambian de una región del cuerpo a otra. Según su teoría las etapas del desarrollo psicosexual son las siguientes:

La etapa oral, se establece desde el nacimiento hasta alrededor de los 18 meses, la principal fuente de placer del lactante menor implica actividades orientadas a la boca (succión, alimentación) (30) Freud: refiere que desde la más tierna edad los seres humanos están motivados por el impulso irracional hacia el placer siendo una expresión de su libido la fuerza vital o energía psíquica que motiva la conducta humana, vinculando principalmente con el desarrollo sexual del lactante menor. En un principio, el lactante menor se relaciona casi exclusivamente con su madre o con alguien que asume la función maternal, y sus primeras experiencias de satisfacción corporal le llegan por la vía bucal. Ello es válido no sólo respecto a la succión, sino también de actividades como hacer ruido, llorar y con frecuencia respirar, es por medio de la boca que el lactante menor expresa sus necesidades y encuentra satisfacción en las mismas aumentando así su seguridad y mitigando la tensión. (5)

Etapa anal (2-3 años) la principal fuente de placer se encuentra en la actividad anal. Esta es la edad en la que el niño se interesa en las

funciones de eliminación y control de esfínteres.

Etapa fálica (4-5 años) a medida que el niño explora su cuerpo por auto manipulación, el centro de placer cambia a los genitales durante este período los niños desarrollan el complejo de Edipo y las niñas el complejo de Electra.

Etapa de latencia (6-12 años) el niño reprime los impulsos sexuales y dedica su tiempo y energía al aprendizaje y actividades físicas y sociales, la fuente de placer cambia a otras personas; el niño se interesa en cultivar nuevas amistades.

Etapa genital (12 a más) empieza con la maduración sexual, después de la cual el joven busca estimulación y satisfacción sexual con un miembro del sexo opuesto. Esta etapa continúa durante toda la vida adulta.

3. Características físicas del lactante. (1mes hasta 11 meses 29 días)

Peso: Los lactantes de madres obesas son propensos a pesar más que aquellos de madres de peso promedio, el primer hijo(a) es ligeramente menos pesado que los hijos posteriores, las enfermedades de la madre, como la diabetes, hacen que nazca con peso mayor. Normalmente en los tres o cuatro primeros días de nacimiento, el lactante pierde peso. Esta pérdida puede alcanzar hasta el 10%, y suele ser mayor en los lactantes obesos, que en los más delgados debido principalmente a la pérdida de líquidos del cuerpo. A los 10 días de nacido, el lactante vuelve a ganar su peso inicial para empezar

un incremento de más o menos 20 a 28 gr. Diarios en los primeros cinco meses y de 15 gr. por día durante el resto del primer año. (18)

Talla: El lactante a los 3 meses gana un 20% de la talla inicial, a los 6 meses un 30% y al año de edad ha alcanzado un 50%, por tal motivo, al finalizar el primer año mide, en término medio, de 72 a 75 cm. Las mujeres tienen generalmente una talla menor que los varones. En general, el aumento de la talla, durante los primeros años de vida, está influenciado por factores como la herencia, la nutrición, enfermedades, o de privación psicoafectiva de los padres. Otros aspectos son:

El primer hijo tiende a ser un poco más bajo de estatura que los hijos posteriores de la familia. Los hijos de madres obesas suelen ser de mayor estatura que aquellos de madres de peso promedio. (18)

Cabeza: En la etapa de lactancia el cráneo es mayor que la cara, siendo esta desproporción muy notable en los prematuros, los huesos craneales son relativamente blandos en el momento del nacimiento y se moldean muy fácilmente, si es que el lactante permanece mucho tiempo en una sola posición. Es común un aplanamiento de la región occipitoparietal a la edad de tres o cuatro meses, lo cual desaparece posteriormente a medida que adquiere un mayor control de su cabeza. (18)

Suturas y fontanelas: Las suturas se palpan hasta los seis meses y se osifican aproximadamente a los dieciocho años. Las fontanelas son dos palpables al nacimiento; la anterior o bregmática, que se cierra generalmente entre los 9 y 18 meses de edad, y la fontanela posterior o lambdoidea, que se

cierra generalmente a los dos meses de edad. El cierre prematuro debe hacer pensar en una microcefalia. (18)

Perímetro cefálico: La medida de la circunferencia frontooccipital es importante porque está directamente relacionada con el volumen intracraneal, por lo cual hace posible estimar la velocidad de crecimiento del cerebro. En el recién nacido la circunferencia es de 35 cm. con una variación normal de 2cm. más o menos, para los lactantes nacidos a término. Esta circunferencia aumenta durante el primer año unos 12cm en promedio, siendo este aumento de 1.5 cm. por mes durante los primeros cuatro meses, de 1 cm los 4 meses siguientes y de 0.5 cm en los últimos cuatro meses del primer año de vida. Al finalizar el primer año, el perímetro alcanza un promedio de 47 cm. (18)

Dentición: Los dientes y mandíbulas, órganos accesorios mecánicos de la digestión, son indispensables para la masticación y preparación de los alimentos para la deglución y la digestión, estos empiezan a formarse aproximadamente a la sexta semana de vida fetal y a calcificarse entre los 4 y 6 meses de la vida intrauterina. En el momento del nacimiento la totalidad de los 20 dientes deciduales y los primeros molares permanentes (los molares de los 6 años) están desarrollados. Los dientes deciduales actúan como vías para la posición de los dientes permanentes; los primeros en salir (5-7 meses) son los incisivos centrales inferiores seguidos de los centrales superiores y de los laterales superiores; siguen los incisivos laterales inferiores, los primeros premolares, los caninos y los segundos premolares. Al cumplir el lactante 12 meses de edad, generalmente tiene entre 6,8 dientes. (18)

Senos paranasales: Se encuentran presentes en el momento del

nacimiento. Durante la lactancia, se desarrollan a medida que la cara crece. Los senos maxilares y las celdillas etmoidales del recién nacido, están tan poco desarrolladas que la visualización de los mismos mediante rayos X es muy difícil.

Tórax: El tórax del lactante es de forma redonda o de tonel, debido a que los diámetros anteroposterior y transversal son iguales. A medida que el lactante crece, el tórax se ensancha transversalmente. El perímetro torácico es igual al cefálico a los 6 meses, al finalizar el primer año, será mayor. (18)

Signos vitales: Tomado de Medellín los valores normales de esta etapa son los siguientes:

Frecuencia cardíaca	Respiración	Tensión arterial
1-6 meses: 130	1 año: 30-40	1 año: 99/65
6-12 meses: 115	2 años: 20-30	2 años: 99/65

Abdomen: Es blando, globuloso y ocupa una posición transversal, no hay desarrollo importante de los músculos abdominales durante el primer año de vida. El estómago comparte un discreto grado de hipofuncionalidad que es transitorio, el hígado puede seguir siendo palpable durante el primer año, generalmente se encuentra 0.5 a 1cm por debajo del reborde costal. El páncreas crece considerablemente en este período, pero sus funciones enzimáticas son inmaduras, especialmente las de la amilasa y lipasa, por lo cual la capacidad de absorción de las grasas se encuentra

disminuida en los primeros meses de edad. (18)

Aparato genitourinario: La vejiga en el lactante es prácticamente un órgano abdominal, porque la pelvis resulta demasiado pequeña para alojarla, es durante la infancia que la vejiga desciende hacia la pelvis. En los lactantes se ha establecido como promedio una micción cada hora, pero en algunos se llega a un número mayor de micciones. La densidad de la orina en este período es de 1002 a 1006. (18)

Genitales:

Masculinos Los testículos, se encuentran en su posición final, en el escroto, pero a veces ese descenso se retrasa hasta finalizar el primer año. Si a los dieciocho meses los testículos no han descendido al escroto, se recomienda cirugía.

Femeninos En las mujeres, los genitales externos, durante la lactancia, se ven más pequeños, porque ha cesado el flujo hormonal tras placentario, los labios mayores permanecen completamente adosados y los labios menores casi desaparecen, los ovarios crecen rápidamente durante la primera fase posnatal y duplican su peso a la edad de 6 meses, el útero experimenta una involución y su peso disminuye a la mitad del que tenía al nacer. (18)

3.1 Maduración de los sistemas

Desarrollo óseo: Se manifiesta por la aparición de los núcleos de osificación y es la forma de evolucionar subsiguientemente; luego a

los 3 meses de edad, ya aparecen dos núcleos en forma de puntos óseos, que se van agrandando en los meses siguientes y van apareciendo nuevos núcleos de osificación según avanza la edad.

Desarrollo muscular: Durante el primer mes de vida extrauterina tienen tendencia a tener un tono exagerado (hipertónico) hasta el cuarto mes de edad, luego el lactante se vuelve hipotónico o de tono blando con predominio de flacidez del quinto al séptimo mes y hacia el final del primer año, adquiere en todos sus músculos el tono medio o eutonía. (18)

4. Necesidades básicas del lactante menor:

4.1 Alimentación:

La alimentación del lactante es a base de leche materna exclusiva (LME) que según la OMS la define como leche de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido líquido, lo que incluye el agua. En el 2002 durante la 55° asamblea mundial de salud conocida como “Estrategia mundial para la Alimentación del lactante y del niño pequeño” realizada en Ginebra, se recomendó que la LME deba realizarse durante los primeros seis meses de vida y continuar posteriormente con alimentos complementarios, hasta los dos años como mínimo o Lactancia Materna complementaria (28) La leche materna es un fluido biológico complejo constituido no sólo de nutrientes, si no también de elementos bioactivos y de protección;

dirigidos a agentes patógenos presentes en el ambiente del lactante; el contenido de la leche materna y su función fisiológica es específica para cada especie es decir la leche humana esta constituida por 3 - 4% de grasa (20)

En la leche materna se observa tres fases: calostro, leche de transición, leche madura. **El calostro** se presenta desde el momento de nacimiento hasta aproximadamente la primera semana de vida, es una leche espesa cremoso y amarillento debido a su riqueza en carotenos, nivel medio de vitamina A, aumenta su volumen en forma progresiva a 100 ml al día, en el transcurso de los tres primeros días y está en relación directa con la frecuencia e intensidad del estímulo de la succión También es rico en células (macrófagos, neutrófilos, linfocitos y células epiteliales). Proteínas principalmente Inmunoglobulina IgA tres veces más que en la lecha madura IgA y lactoferrina. EL 87% de su volumen es agua El calostro facilita el establecimiento de la flora bífida en el tracto digestivo y la expulsión del meconio. (20)

Leche de transición se produce después entre el 4° y 10° día, se caracteriza por un aumento en el contenido de grasas, lactosa y vitaminas hidrosolubles y una disminución en el contenido de proteínas inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles. Volumen de 600 a 705 ml/día.

La leche madura es la leche que se produce luego de la segunda semana de vida, se produce un volumen diario de 700 a 800 ml. 87 a

90% de agua , 67 a 70 kcal/dl, es rica en nutrientes proteicos nitrógeno no proteico lípidos oligosacáridos, vitaminas y algunos minerales además contiene hormonas enzimas y factores de crecimiento y muchos tipos de agentes inmunológico, la leche contiene aproximadamente de 10 a 12% de sólidos que proporcionan energía y crecimiento el resto es agua la cual es vital para proteger una vital hidratación. (20)

Es importante conocer que la composición varia con la fase de la lactancia, la hora del día, el momento de la toma de la muestra en el curso de una mamada, la nutrición de la madre y factores individuales. Los niveles de vitaminas hidrosolubles se afectan rápidamente cuando la dieta de la madre es deficiente.

Es una de las necesidades primordiales del los lactantes para su buen crecimiento y desarrollo, esencial para la calidad de vida y salud influidas por factores que determinan que alimentos se le suministran, en qué forma los emplea y cuando se le deben dar, la leche materna sigue siendo el alimento óptimo para el lactante a pesar de los adelantos en la alimentación artificial, por todas la ventajas, tanto para el lactante como para la madre se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses luego hasta los 2 años de edad con la alimentación complementaria, en los lactantes hay variaciones de crecimiento y desarrollo y actividad física, por tanto las calorías diarias que requieren varían según la edad.(18)

EDAD	CALORÍAS
0 – 1 mes	120 kg de peso
1 – 12 meses	100 a 120 kg de peso

El lactante menor alimentado con leche materna durante los primeros 6 meses no necesita recibir otro alimento, pues este suple todo los requerimientos para esta edad. A partir del sexto mes disminuye las reservas de hierro por tal motivo es necesario iniciar la alimentación de acuerdo a los requerimientos nutricionales y a la dentición empleando la taza y la cuchara. Para un buen desarrollo de habilidades alimentarias los padres por lo general son responsables que el lactante menor adquiera buenos hábitos alimentarios si se hace de la hora de alimentación un momento feliz, es probable que no se produzcan problemas en la alimentación; es más fácil inculcar un buen hábito en la alimentación que corregirlo cuando el lactante es mayor.

Al inicio los alimentos se le ofrecen con cucharita de 5 a 6 meses el lactante en promedio comienza a usar los dedos para comer toma los alimentos sólidos con la mano y los lleva a la boca de 8 a 9 meses adquiere la destreza de agarrar la cuchara y jugar con ella. Durante el primer año el apetito será bueno a causa de su creciente actividad y rápido crecimiento corporal; al final del primer año su apetito se reducirá debido al menor ritmo de crecimiento esto es normal y nunca debe ser una señal para que los padres se muestren ansiosos y

obliguen a comer a los lactantes, presionarlo para que coma mucho, esta época a menudo trae como consecuencia problemas en la alimentación durante el período preescolar, se le debe dejar comer solo (a) la mayoría de las veces pero vigilándolo para prestarle ayuda en caso que lo requiera.(16)

El profesional de enfermería participa en la orientación a los padres especialmente a la madre o responsable del cuidado sobre el proceso de la introducción de alimentos blandos al lactante menor a partir de los 6 meses de vida para ello los padres deben conocer que la alimentación es:

Un proceso que se inicia cuando el lactante cumple los 6 meses de edad, necesita otros alimentos, además de la leche materna, para cubrir sus necesidades alimenticias. Se llama “alimentación complementaria” a la incorporación de otros alimentos y bebidas que complementan a la leche materna. Estos nuevos alimentos deberán complementar los nutrientes de la leche materna. Una alimentación complementaria óptima debe ser:

Oportuna: Iniciada en el momento justo, de tal manera que no disminuya los beneficios del amamantamiento.

Nutricionalmente adecuada: Que aporte la energía y nutrientes adecuados para lactantes de más de 6 meses de vida.

Segura: Ofrecida y preparada higiénicamente.

Perceptiva: Brindada con afecto, respetando las necesidades del

lactante menor.

4.2 Estimulación Temprana:

La estimulación temprana es el desarrollo y la fortaleza de los cinco sentidos y la percepción, favorece el perfeccionamiento de las funciones mentales superiores como la memoria, la imaginación, la atención así como también el lenguaje, desarrollando confianza, seguridad y autonomía.

La estimulación es toda actividad que oportuna y acertadamente, enriquece al lactante menor en su desarrollo físico y psíquico. Es la interrelación constante con ellos, para lograr el desarrollo integral y una comunicación estrecha a través de todas las etapas de vida, acrecienta las aptitudes perceptuales mediante el contacto con colores, sonido, olores, texturas y ejercicios. La cantidad de estímulo está estrechamente relacionado con la capacidad, el interés y la actividad del lactante menor y no se debe insistir para que realice actividades que no están de acuerdo con su edad y capacidad. (31)

La relación entre los padres y el lactante y el conocimiento de sus necesidades da la medida exacta para estimar la cantidad de estímulos que requiere. El tiempo dedicado a la alimentación, aseo, baño, juego y a hablar con el lactante son ideales para aprovecharlos en la estimulación. Teniendo en cuenta el desarrollo de los lactantes, se puede proporcionar diversos estímulos por ejemplo de 0 a 3 meses los padres podrán mantener un contacto frecuente acariciar, hablar, cantar

etc. así como proporcionarles juguetes de colores variados fáciles de manipular. Y de 3 a 6 meses se puede brindar los mismos estímulos del período anterior como sonajeros pero en colores fuertes entre ellos el rojo, naranja y de material blando también sentar en un lugar cómodo rodeado de almohadas de colores fuertes hablar, reír cantar así como ponerle a su alcance juguetes que pueda llevar a la boca sin peligro. De 6 a 9 meses colocar al lactante sobre el piso sobre una alfombra o sitio seguro donde puede jugar con pelota de trapo, cubos de colores a ésta edad se le debe ayudar a desplazarse, sentarse y deslizarse proporcionar peluches entre otros. Entre 9 a 12 meses ayudar a caminar sosteniéndola con las manos, enseñar objetos nuevos, hablar con palabras simples pero correctas, jugar a escondidas y proporcionarle pelota de trapo, cubos, peluches, etc. (18)

Bases científicas de la estimulación temprana:

- **Bases neurocientíficas del desarrollo integral del lactante**

Las experiencias de estimulación adecuada tienen su base en los conocimientos comprobados del crecimiento y desarrollo del sistema nervioso y específicamente del cerebro, que recoge toda la estimulación natural y cultural. Su crecimiento, maduración y desarrollo han constituido las bases para la sistematización de las técnicas de estimulación adecuada. El tejido cerebral madura en forma escalonada e inclusive a distinto ritmo y velocidad de crecimiento, existiendo una sincronización en las regiones cerebrales. Se sabe que a los 6 meses postnatales se da el ápice de su crecimiento. Este

extraordinario proceso es muy lábil y puede ser positivamente moldeado. (31)

- **Características generales del sistema nervioso**

El 75% de la maduración del sistema nervioso esta programado genéticamente. El resto de la maduración depende de la experiencia, por lo que proporcionando ambientes enriquecidos es como podemos propiciar un mejor desarrollo bio-psicosocial de los lactantes etapa sumamente crítica por la inmadures y plasticidad cerebral. (31)

- **Unidad estructural y funcional del sistema nervioso**

La neurona es una célula de elevada complejidad, compuesta por el soma, axón, dendritas que son estructuras principales y botones sinápticos como estructuras secundarias. Al conjunto de dendritas se les puede denominar territorio receptor debido a su función. El axón emerge de una prominencia del cuerpo celular o de una dendrita su función principal es la conducción y transmisión del impulso nervioso. Entre las prolongaciones de las neuronas existe un contacto llamado sinapsis. (31)

- **El cerebro y su interacción con el medio ambiente**

La experiencia de vivir interactuando intensamente con el ambiente, es el elemento básico que condiciona el desarrollo cerebral. Aunque el comportamiento instintivo puede aparecer, incluso en ausencia de experiencias, no sucede lo mismo con la actividad mental superior. La experiencia, el entrenamiento y

posteriormente, el material simbólico que el lactante recibe a través del lenguaje y la educación, le permitirán ir transformando su estructura y organización cognoscitiva.

De esta forma la calidad de relación del lactante con su ambiente desde un inicio será determinante, tanto para su desarrollo intelectual como para el desarrollo de los patrones básicos de su personalidad. Hay que afirmar que el lactante es un ser con personalidad propia y como tal necesita una atención específica. Un lactante no es un hombre adulto a escala ni tampoco alguien totalmente distinto a todo lo que aceptamos propiamente como humano, el desarrollo como parte misma de la vida es un proceso de tensión: el asunto está en como integrar y resolver esas tensiones. (31)

- **Sinapsis**

Cada neurona es una unidad funcional y se relaciona y articula con otra no por continuidad de subsistencia si por relación de contigüidad. El paso de un impulso nervioso de una neurona a otra depende de la sinapsis. El impulso eléctrico nervioso se desplaza a lo largo del axón de una neurona estimulando a las dendritas de la otra y provocando la descarga de energía acumulada; los procesos electroquímicos que se producen, en el que el impulso nervioso no se extiende a todas las direcciones aunque podría hacerlo, sino que se encausa a lo largo de

canales específicos hasta llevar a un número limitado de células efectoras.

La capacidad de crecimiento de las dendritas influye en la plasticidad del cerebro. Las condiciones ambientales temporales a su vez, influyen en el crecimiento de las dendritas mientras mayor sea el empleo de la sinapsis neuronal mayor será la capacidad de aprender.

(31)

Áreas que comprende la estimulación temprana

Para favorecer el óptimo desarrollo del lactante, las actividades de estimulación se enfocan en cuatro áreas:

Área cognitiva: Le permitirá al lactante comprender, relacionarse, adaptarse a nuevas situaciones, haciendo uso del pensamiento y la interacción directa con los objetos y el mundo que los rodea. Para desarrollar esta área el lactante necesita de experiencias, así mejorará sus niveles de pensamiento, su capacidad de razonar, poner atención, seguir instrucciones y reaccionar de forma rápida ante diversas situaciones.

Área motriz: Esta relacionada con la habilidad para moverse y desplazarse permitiendo al lactante tomar contacto con el mundo. También comprende la coordinación entre lo que se ve y se toca, lo que lo hace capaz de tomar objetos con los dedos, pintar, dibujar, hacer nudos, etc. Para desarrollar esta área es necesario dejar al lactante tocar, manipular e incluso llevarse a la boca lo que ve, permitir que

explore pero sin dejar de establecer límites frente a posibles riesgos.

Área de lenguaje: Referida a las habilidades que le permitirán al lactante comunicarse con su entorno y abarca tres aspectos: la capacidad comprensiva, expresiva y gestual. La primera se desarrolla desde el nacimiento ya que el lactante podrá entender ciertas palabras mucho antes de que pueda pronunciar un vocablo con sentido; por esta razón es importante hablarle constantemente, de manera articulada relacionándolo con cada actividad que realice o para designar un objeto que manipule, de esta manera el lactante reconocerá los sonidos y palabras que escuchen asociándolos y dándoles un significado para luego imitarlos.

Área socio-emocional: Incluye las experiencias afectivas y la socialización del lactante, que le permitirá ser querido y seguro, capaz de relacionarse con otros de acuerdo a normas comunes. Para el adecuado desarrollo de esta área es primordial la participación de los padres como primeros generadores de vínculos afectivos, es importante brindarles seguridad, cuidado, atención y amor además de servir de ejemplo pues aprenderán como comportarse frente a otros, como relacionarse, en conclusión como ser persona en una sociedad determinada. Los valores de la familia, el afecto y las reglas de la sociedad le permitirán al lactante, dominar su propia conducta, expresar sus sentimientos para ser independiente y autónomo. (31)

Objetivos De La Estimulación Temprana:

- Permitir el máximo desarrollo del lactante a escala general o en áreas específicas tales como la intelectual, social del lenguaje, etc.
- Canalizar el deseo innato de aprender de cada lactante para desarrollar su potencial creativo.
- Despertar la sensibilidad artística desde temprana edad a través de experiencias sensoriales enriquecedoras.
- Darle la oportunidad al lactante de manipular diferentes materiales para favorecer el desarrollo satisfactorio de las destrezas que posee el niño aumentando su seguridad y confianza.
- Padres y bebés permanecen juntos un tiempo. La estimulación busca aportar elementos que faciliten el mejor aprovechamiento de este tiempo, enriqueciendo la relación interpersonal y el goce de estar juntos, A la vez, mientras se relacionan padres y lactantes, se obtiene una meta educativa a través de las actividades.(37)

4.3 Seguridad Emocional:

La lactancia materna ejerce un importante papel para el desarrollo de un vínculo afectivo saludable y duradero. Este es la base de las relaciones de tipo emocional que el lactante podrá desarrollar en la edad adulta, los que toman el pecho no son más dependientes, sino más seguros. Posiblemente, el motivo más fuerte para el mantenimiento de la lactancia materna es precisamente la seguridad emocional. Ese vínculo afectivo tan especial que se produce entre la madre y su hijo mediante el cual la primera decide cuidar

de la segunda. (27)

Otras de las necesidades importantes para el lactante, que lo permite crecer y evolucionar para alcanzar objetivos más amplios, es la seguridad emocional que adquiere gracias al cuidado cariñoso que le brindan los padres. Tolerando así las frustraciones a las que se enfrenta en el proceso de maduración y ganado la confianza en sí mismo (a) que es la base del buen desarrollo de la personalidad

Durante el primer año las personas preferidas por el lactante son los padres, porque ellos le brindan ternura cariño y cuidados que satisfacen las necesidades básicas a medida que crece.

Las necesidades del lactante se diversifican y demanda menos atención física y más placer social. En la familia donde los padres brindan la misma atención este(a) se siente muy seguro(a) con cualquiera de ellos pero existe casos en que no llegan a conocer al padre sino hasta que empieza a caminar. El lactante menor juega con los padres sin embargo cuando se siente enfermo(a) casi siempre recurre a la madre. El lactante puede elegir además de sus padres, un objeto que para él tiene mucha importancia y la proporciona seguridad, tal como una colcha pañal o juguete, este objeto es querido y mimado por el lactante (objeto de transición o seguridad). (18)

4.4 Protección Física:

Los lactantes, por su gran habilidad motriz y su gran curiosidad, se interesan por conocer su medio, por este motivo y por inexperiencia están expuestos a múltiples accidentes. Los que vienen a ser una de las causas de

muerte de niños en todas las edades por ello la prevención de ellos constituye un aspecto muy importante en el cuidado del lactante lo cual se puede lograr mediante la educación a los padres.

En el primer año de vida, los lactantes están relativamente seguros en manos de quienes lo cuidan estas personas solo tienen que observar algunas reglas generales para protegerlo contra el peligro, pues permanecen frecuentemente en cuna, elevada o corral. Por lo cual el riesgo de muerte por accidente en esta etapa es menor que en otras dependiendo del adulto que lo cuide.

La gran variedad de accidentes a los que están expuestos durante el primer año de vida, encontramos que pueden ser: de 0 a 3 meses por ejemplificar tenemos la más común bronco aspiración del alimento; y de 3 a 6 meses la más común es la asfixia por lo que se recomienda al cuidador no dejar cerca al niño bolsas plásticas u otros objetos de la edad de 6 a 12 meses el peligro más inminente es las quemaduras eléctricas y caída de la cama por lo que se recomienda no dejarlo solo sin protección y sin barandales; la enfermera debe cultivar una actitud de alerta en los padres, hacia los principales peligros y fomentar la eliminación de riesgos en forma que sigan permitiendo al lactante un grado máximo de libertad que permita explorar su mundo ayudándole a protegerse y aprender. (18)

CAPITULO II.- ATENCIÓN INTEGRAL AL LACTANTE MENOR Y EL ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

1. Antecedentes

Desde la década de los 90, el Ministerio de Salud viene efectuando esfuerzos para que el abordaje de las prestaciones de salud sea integral: diferentes proyectos y programas como el Programa Salud Básica Para Todos, el Proyecto 2000, el Programa de Salud y Nutrición Básica, el Proyecto UNI desarrollaron y ejecutaron propuestas. Como producto de este esfuerzo continuado, algunas Direcciones de Salud ya tienen años de experiencia y desarrollo, en diferente intensidad, como es el caso de La Libertad, Cajamarca, Ayacucho, entre otros Y otras que han iniciado el proceso de la implementación del modelo de atención integral (MAIS) como es el caso de Lima Ciudad y el Callao, está última inclusive ha levantado una línea de base. En todos estos lugares se han introducido y desarrollado en forma similar los elementos básicos y centrales del MAIS con diferencias de carácter cultural, epidemiológicas o relativas a enfoques de problemas específicos. El modelo ha tenido tal apreciación local que el mismo conforma el quehacer diario.

Algunas redes ya han realizado esfuerzos por medir y sistematizar los efectos e impacto de la aplicación del MAIS, como es el caso de Moche (La Libertad), en donde las coberturas de atención se han incrementado sosteniblemente y las muertes infantiles se han reducido sustantivamente. A nivel mundial, en el año 2004 se celebra el vigésimo quinto aniversario de la

formulación de la Atención Primaria de Salud como la estrategia más importante para conseguir la tan ansiada salud para todos, ratificada en la 57ava Asamblea Mundial de la Salud (mayo 2004, Ginebra). El Perú también ratificó este consenso, prueba de ello el Modelo de Atención Integral de Salud, oficializado con la RM 729/2003. El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) es el Sexto Lineamiento de Política del Sector Salud 2002-2012 determinándose como marco técnico conceptual de la reforma para transformar la realidad de salud pública del país. La implementación del MAIS se constituye en uno de los Lineamientos más importantes, en la medida que instrumentaliza otros Lineamientos define un conjunto de políticas, componentes, sistemas, dimensiones, procesos e instrumentos que operando coherentemente mejoran la calidad de los servicios; incrementan la participación ciudadana e introduce su corresponsabilidad, optimiza la utilización de los recursos y satisface en mayor medida las necesidades, el (MAIS) organiza los servicios para enfrentar los problemas actuales y prepara al sistema para prevenir y hacer frente a los problemas futuros (enfermedades emergentes y re emergentes). En tal sentido uno de los énfasis es trabajar en los determinantes de la salud y no sólo en la enfermedad que integrados coherentemente y articuladamente con las intervenciones por etapas de vida, familia y comunidad, se puede contribuir y lograr los Objetivos del Milenio, compromiso del Perú para el año 2015. (21)

2. Modelo de atención integral de salud

El modelo de atención en salud es el marco conceptual de referencia que

define el conjunto de políticas, compone sistemas procesos e instrumentos que operando coherentemente garantizan la atención a la persona la familia y la comunidad para satisfacer sus necesidades de salud. (21) A través de la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, en un marco de corresponsabilidad con los actores sociales claves. (15)

Es importante tener en cuenta que uno de los grupos poblacionales prioritarios en la atención de salud, es el lactante menor ya que es considerado de interés para el desarrollo de este trabajo de investigación bibliográfica por lo debemos establecer que durante la lactancia se presenta una serie de enfermedades y problemas que pueden ser causa de deterioro, a la vez que interrumpen el proceso de su crecimiento y desarrollo e incluso pueden conllevar hasta la muerte. Por ello se esta trabajando con una serie de acciones que se conoce como atención Integral. Que permite atender a la persona como un todo y no solo por la molestia que viene a consultar en ese momento, esto hará que el trabajo de enfermería sea de calidad a la vez que nos permite lograr una óptima salud del lactante, para lo cual es necesario ofertar el paquete básico de atención en salud.(14)

La atención integral de salud es la forma que una sociedad dada utiliza para la entrega de la atención, incluyendo valores, políticas, el uso, la interacción, respuesta a las necesidades, expectativas y demandas de salud de las personas (25). Aplicando las acciones de salud tomando como eje central las necesidades de salud de las personas en el contexto de la familia y de la comunidad, antes que a los daños o enfermedades específicas. (22)

3. Pautas para la Atención Integral del Lactante Menor:

Los aspectos más relevantes de la atención integral en salud realizados por el profesional de enfermería, se basan en controlar el desarrollo óptimo, crecimiento adecuado, los factores que influyen en él, las formas para evaluarlo y los cambios que ocurren en esta etapa de vida.

Control del crecimiento y desarrollo.

Es el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas del crecimiento y desarrollo del lactante menor (1 mes a los 11 meses 29 días), con el fin que el profesional de enfermería detecte oportunamente cambios y riesgos en su estado de salud a través de un monitoreo o seguimiento adecuado en la evolución de su crecimiento y desarrollo, así como consideramos la promoción de la salud física, mental, emocional y social que realizado por personal de salud adecuadamente capacitado, sensible, con actitudes y comportamientos apropiados. Teniendo en cuenta las necesidades, características y capacidades de la familia, respetando el contexto socio cultural. A la misma vez es participativo, es decir permite establecer una relación de respeto y confianza con la madre para que ella pueda expresar sus problemas, sentimientos y motivaciones respecto a su lactante menor. Involucrando a la familia en las responsabilidades del cuidado del mismo. (5)

Al ser el aprendizaje parte inherente del crecimiento y desarrollo de los seres humanos, es de vital importancia estimularlo en los primeros años de vida, creando el establecimiento de relaciones vinculares, que permiten el normal desarrollo del lactante menor y posibiliten su

inserción socio-cultural. Un desajuste de esta etapa evolutiva, o alteración en algunos de estos aspectos (cognitivos, emocionales, sociales, etc.) pueden dar lugar a posibles anclajes de situaciones conflictivas que se van a evidenciar a través de "síntomas" originados en diferentes ámbitos ya sea familiares, escolares o contextos sociales. (35)

3.1.1 Monitoreo del crecimiento: Desde 1 mes a 11 meses 29 días

Es el conjunto de actividades que realiza la enfermera de manera individual, periódica y secuencial, tiene como finalidad, promover un crecimiento favorable, a través de la detección oportuna de alteraciones en el crecimiento. Es individual, porque cada lactante es un ser, con características propias, específicas por lo tanto debe ser visto desde su propio contexto y entorno. Es periódico, porque se debe realizar de acuerdo a un cronograma establecido para cada lactante. Es secuencial, porque cada control actual debe ser corroborado con el anterior control, con el objetivo de mirar el progreso en el crecimiento mes a mes. Debido a que el incremento de peso y talla durante los primeros meses de edad muestran patrones típicos de mayor velocidad, una desaceleración o detención del crecimiento, dentro de los valores considerados como normales, implica realizar una evaluación en base a los factores que hayan desencadenado ese proceso. Por lo tanto el monitoreo enfatiza sus esfuerzos en evaluar el progreso de la ganancia de peso, del lactante menor. (23)

➤ **Consideraciones generales para el examen físico:**

Antes de iniciar el examen el personal de enfermería debe tomar los signos vitales.

- Respete la individualidad del lactante y de la madre.
- Explique a la madre el procedimiento que realizara para obtener su colaboración.
- Actuar de manera suave pero firme con paciencia y delicadeza durante el procedimiento.
- Examinar sobre la mesa de examen.
- Empezar con el examen desde la cabeza hasta los pies.
- Usar entretenedor (sonajas, juguetes, etc.) para calmar al lactante que llora.

A partir de los 6 meses el examen inicia en el regazo de la mamá y continuar la evaluación en la mesa de examen. (Etapa de temor con gente extraña).

➤ **Examen neurológico**

En al evaluación Neurológica, el personal de enfermería debe tener en cuenta, como base los antecedentes pre-natales, natales y post-natales del lactante, si ha tenido algún antecedente de riesgo.

Así mismo preguntar por calidad de sueño, es decir si tiene dificultad para conciliar el sueño, si se despierta fácilmente con cualquier ruido, o si solo duerme por periodos cortos.

Tener en cuenta el llanto y la irritabilidad continua y persistente.

Es importante siempre observar al lactante menor, al empezar el examen clínico, ver como se relaciona con el medio ambiente, si es irritable o tiene llanto continuo, la postura que tiene su cuerpo ,tener en cuenta asimetrías faciales. Luego de observar, evaluaremos al lactante, proporcionándole un ambiente adecuado para el examen físico, con los mínimos estímulos posibles. (23)

3.1.2 Monitoreo del desarrollo: Desde el 1 mes a 11 meses 29 días

El desarrollo tiene características muy especiales. Cada una de ellas se funde gradualmente en la etapa siguiente. Pues en el desarrollo influyen diversos factores individuales, sociales y culturales. Por eso se dice que cada lactante tiene su propio ritmo de desarrollo. (23)

Al realizar el monitoreo del desarrollo, el profesional de enfermería hace uso de la escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP), basándose en las tareas que debe realizar el lactante de acuerdo a su edad. Cada representación se calificara de la siguiente manera:

SI: Cuando el lactante ha logrado realizar la tarea esperada, según su edad.

NO: Cuando el lactante no ha logrado realizar la tarea esperada, de acuerdo a su edad.

EP: En Proceso, cuando el lactante realiza de manera incompleta las tareas que corresponden a su edad (conducta, actividades, comportamientos).

Conociendo la calificación, estamos listos para evaluar si el lactante esta:

- **Normal (N):** Si ejecuta todas las tareas esperadas según la edad. En este caso debemos felicitar a la madre por los logros alcanzados por el lactante y debemos citarla para su control periódico.
- **Déficit:** Cuando una o más de las tareas evaluadas en el lactante están en proceso de desarrollo o no las realiza. (23)

La EEDP mide el rendimiento del lactante menor frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor. Existiendo solo dos posibilidades: éxito o fracaso frente a la tarea propuesta. Se considera 15 grupos de edad entre los 0 y 24 meses. (14) La escala mide el grado de desarrollo psicomotor de diversas áreas a base de dos técnicas:

Observación: se observan conductas del lactante menor frente a situaciones específicas directamente provocadas por el examinador.

Preguntas: se interroga a la madre o acompañante del lactante, sobre conductas de este ante situaciones específicas que el examinador no puede observar directamente durante el desarrollo de la prueba.

Áreas del Desarrollo Evaluadas por la EEDP:

- **Lenguaje (L):** Esta área abarca tanto el lenguaje verbal, como el no verbal; reacciones al sonido, soliloquio, vocalizaciones y emisiones verbales.
- **Social (S):** El comportamiento social se refiere a la habilidad del lactante para reaccionar frente a las personas y aprender por medio de la imitación.

- **Coordinación (C):** Esta área comprende las reacciones del lactante que requieren coordinación de funciones, (óculo – motriz y de adaptación ante los objetos).
- **Motora (M):** se refiere al control de la postura y la motricidad.

Desarrollo Neuromotriz

Es sorprendente el desarrollo de los diversos sistemas de acción mutuamente interrelacionados y muy centrados en el sistema neuromuscular, con producción de acciones y formas de respuesta específicas a los diversos estímulos, como consecuencia de estructuración de patrones de conducta típicos para cada edad, con su correspondiente amplitud de variaciones individuales.

A medida que el lactante menor crece, su desarrollo motor muestra más control y más especificidad de funciones. En los primeros meses de vida, representan un tipo muy generalizado de actividad; estas destrezas motoras tempranas están bajo control subcortical. Por eso que cada vez que el lactante menor adquiere un nuevo nivel de destreza, lo practica hasta que lo realiza perfectamente, entonces estará preparado(a). Un lactante menor no puede desempeñar una actividad sin haber dominado los movimientos de la etapa anterior.

De 1 a 3 meses:

El lactante al principio de este período conserva casi toda las características del recién nacido, pero es mucho más estable fisiológicamente. Hay dominio progresivo de los movimientos del eje

central.

Al mes de edad predominan las posiciones tónicas asimétricas del reflejo tónico, al sentarse la cabeza cae hacia adelante o hacia atrás, las manos permanecen con el puño cerrado y al establecer contacto con algún objeto lo hacen fuertemente, para luego dejarla caer inmediatamente, hay una prensión con toda la mano en forma refleja, ante estímulos táctiles.

Hacia los tres meses de edad están disminuyendo rápidamente la frecuencia de la posición tónica cervical y el vigor del reflejo de Moro.

En decúbito prono podrá levantar la cabeza para ver a su alrededor fijamente. Mantiene erguida la cabeza, se sostiene con buen control por los músculos del cuello. Las manos que antes las movía empuñadas, comienza a abrirse, juega con ellas, las observa y empieza a tratar de alcanzar objetos alejados.

De los 3 a 4 meses:

Mantiene la cabeza erguida cuando se le sostiene por los hombros o se sienta. Eleva la cabeza 90 grados en decúbito prono, apoyándose en los antebrazos. Puede permanecer sentado(a) con apoyo.

De 3 a 6 meses:

El lactante se caracteriza por explorar en posición erecta, hay facilidad creciente para emplear las manos, exploración bucal y discriminación en la esfera social que va en aumento.

De los 4 a los 5 meses

Puede rodar sobre sí mismo(a). Sus manos tratan de tomar el mayor número de objetos, al principio sólo aquellos que están a su alcance, más tarde conforme mejora su visión binocular, va tras las cosas lejanas.

Los objetos, al igual que los pies, son llevados a la boca. Sacude y arroja el sonajero al igual que los otros objetos que tiene en su mano, empieza a cambiárselos de una a otra mano. Cuando se le sujeta en posición erecta soporta parte del peso de su cuerpo en las piernas.

De 6 a 9 meses:

El lactante va mejorando las habilidades adquiridas. Permanece más tiempo sentado(a), rueda sobre sí mismo(a) con más habilidad, sostiene gran parte de su cuerpo en los pies cuando se le sujeta por los hombros.

Al final de este período se levanta apoyándose en los muebles; la coordinación entre manos y ojos va mejorando, de manera que comete pocos errores al tomar objetos. Desarrolla también la habilidad para indagar con el dedo índice, aprende a sostener el biberón y a alimentarse con los dedos.

Su locomoción mejora hacia los 8 meses, inicia el gateo, en un comienzo arrastrando el abdomen por el piso y después lo hace con el abdomen levantado.

De 9 a 12 meses:

Durante la última parte del primer año el lactante menor aumenta rápidamente su período de locomoción, gatea, se pone de pie agarrándose de las sillas y comienza a andar apoyado(a) y algunas veces solo(a). A los

10 meses, prefiere estar sentado(a) o en posición de gateo, balanceándose hacia adelante y hacia atrás. Los movimientos de los dedos y las manos están mejor desarrollados, realiza bien el pinzamiento pulgar-índice, al coger objetos pequeños. El índice lo usa para explorar, y es capaz de imitar y puede aprender gestos como “adiós”, también repite sonidos que escucha. (18)

3.2 Administración de inmunizaciones:

Las vacunas son sustancias médicas (medicamentos), que son capaces de inducir una respuesta inmunológica en un ser vivo, esta respuesta conferida por los anticuerpos es capaz de producir protección de las enfermedades conocidas como inmunoprevenibles; todas estas enfermedades a su vez son producidas por organismos vivos (Bacterias o virus) o por productos derivados de ellas como el caso del tétanos (toxinetánica). El profesional de enfermería debe aplicar las vacunas a todos los lactantes menores y de acuerdo al esquema de vacunación. (5)
(Ver anexo)

Para la administración de una vacuna el profesional de enfermería debe consultar la historia clínica y el carnet de vacunación. Debe hacer un análisis para identificar: Contraindicaciones, situaciones especiales como; existencia de alteraciones inmunitarias, anafilaxia, trastornos neurológicos e interacciones con otros tratamientos. Intervalos de administración con otras vacunas y gammaglobulinas, plasma o sangre. Existencia de reacciones adversas en dosis previas de vacunas, existencia de enfermedad infecciosa. (17)

3.3 Administración de micronutrientes:

El término "micronutrientes" se refiere a las vitaminas y minerales cuyo requerimiento diario es relativamente pequeño pero indispensable para los diferentes procesos bioquímicos y metabólicos del organismo y en consecuencia para el buen funcionamiento del cuerpo humano. Unos de los más importantes micronutrientes son el yodo, el hierro y la vitamina A que son esenciales para el crecimiento físico, el desarrollo de las funciones cognitivas y fisiológicas y la resistencia a las infecciones. El hierro y la vitamina A se encuentran naturalmente en los alimentos y el yodo debe ser adicionado a alimentos de consumo básico como sal.

Existen otros micronutrientes como el zinc, el ácido fólico, el calcio y todas las vitaminas y minerales. En esta sección queremos hacer una breve descripción del hierro (8). El profesional de enfermería administra la suplementación preventiva con Hierro el lactante menor. Para prevenir la anemia por deficiencia de hierro que es el resultado de una ingesta insuficiente, pérdida excesiva, reservas limitadas o requerimientos aumentados de hierro. La deficiencia de este micronutriente tiene repercusiones funcionales sobre la capacidad mental, inmunológica, endocrina y funcional del lactante. De esta manera se promueve la suplementación preventiva con hierro a partir de los 6 meses de edad donde se indica el primer frasco de sulfato ferroso dos veces al día media cucharadita antes de las comidas teniendo que completar los tres frascos al término de los 12 meses es primordial tener en cuenta el peso del lactante.(23)

4. Rol del profesional de enfermería en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad mediante consejería:

Por lo general el personal de enfermería es el que tiene contacto más cercano con la madre y el lactante menor durante su período de transición de esté a la vida extrauterina y para que sea efectiva, eficaz y completa deben contar con los conocimientos y destrezas para evaluar su crecimiento y desarrollo y poder prestarle los debidos cuidados. (3)

Por lo que a continuación citaremos algunas definiciones y teorías de enfermería que más se adaptan a la atención integral de las necesidades de un individuo (lactante menor) sano.

4.1 El profesional de enfermería :

La *American Nurses Association* (ANA, 1973); describe el ejercicio de la enfermería como directo, orientado hacia unos objetivos adaptables a las necesidades de los individuos, la familia y la comunidad, tanto en la salud como en la enfermedad.

Así mismo Virginia Henderson define también a la enfermería como la función propia de ayudar al individuo, sano o enfermo a desarrollar aquellas actividades que contribuyen a su salud. (13)

Teorías de enfermería

Virginia Henderson

Postula que la persona es un todo complejo presentando catorce necesidades fundamentales; cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológico y psicosociocultural y tiende hacia la independencia esto se

refleja en el lactante menor que al recibir todos los cuidados necesarios llevados a cabo por los padres cuidadores esté progresivamente va a lograr su independencia; con la satisfacción de sus necesidades fundamentales. Según Henderson una necesidad es un requisito más que una carencia y menciona las necesidades comunes a toda persona enferma o sana entre las principales tenemos el respirar normalmente, beber y comer adecuadamente, eliminar, moverse y mantener una posición adecuada, dormir descansar vestirse, mantener una temperatura corporal normal, estar limpio y aseado, entre otras necesidades que debería satisfacerse en un lactante para crecer y desarrollarse de manera óptima, y más adelante este ser humano se sienta útil.(17)

Nola Pender

Quien define como objetivo de los cuidados de enfermería el estado de salud óptimo en el individuo mediante la promoción de la salud; Pender estudia como los individuos toman decisiones sobre el cuidado de su propia salud (en este trabajo la madre toma decisiones para el cuidado de su lactante menor a través de la consejería que recibe por parte del profesional de enfermería); está teorista establece bases para desarrollar la idea que la promoción de un estado de salud óptimo sustituye a la prevención de la enfermedad. La teoría de Pender identifica factores cognitivo - perceptivos en el individuo en este caso de la madre y el lactante menor. Los beneficios derivados de las actividades de promoción de la salud y para el trabajo eficaz del profesional de enfermería que se encuentran con una diversidad de barreras a estas actividades según la teoría de Pender estos

factores se modifican con las características demográficas, biológicas, influencias interpersonales, factores de situación y conductuales ayudando a predecir la participación de enfermería en actividades de promoción de la salud del lactante menor. (17)

4.2 Brindar consejería:

La consejería y orientación a la familia para el cuidado del lactante menor para que acuda al establecimiento para controlar e identificar los signos de peligro y referencia oportuna (24)

Es la relación entre dos personas, una de las cuales es la enfermera que ayuda a las madres de los lactantes a adquirir un auto-entendimiento y entendimiento de los demás con el fin de solucionar problemas vocacionales, académicos, personales y sociales, de manera eficiente. “La consejería de enfermería es una práctica participativa y de beneficio mutuo institución – madre y como tal requiere de permanente seguimiento y evaluación con el fin de identificar sus resultados e implementar las modificaciones a que haya lugar y dinamizar el proceso, de acuerdo con las necesidades detectadas una vez puesto en marcha para, promover su mejoramiento continuo tanto cualitativa como Cuantitativamente”. (37)

Principios para una buena consejería de Enfermería

Tratar bien a todas las madres

La enfermera debe ser cortés y tratar con respeto a todas las madres creando así un ambiente de confianza. Indicando a la madre que puede hablar abiertamente acerca de sus inquietudes o necesidades que le angustia

Por ejemplo: Conocimiento de las diversas técnicas de estimulación temprana., finalidad, importancia, etc.

Interactuar.

El profesional de enfermería que brinda consejería debe escuchar, aprender y responder a la madre. Cada madre es una persona diferente. La mejor manera en que el consejero puede prestar ayuda es comprendiendo las necesidades, las preocupaciones y la situación de esa persona. Por lo tanto, el consejero es quien alienta a las madres a conversar y hacer preguntas.

Adaptar la información a la madre.

Al escuchar a la madre del lactante, el profesional de enfermería conoce qué tipo de información necesita está. Además, la etapa de la vida en la cual la persona se encuentra sugiere cuál es la información que podría serle más importante. Por ejemplo, los padres primerizos puedan necesitar conocer más sobre las diversas maneras de estimular en casa a su lactante, la importancia de la misma y que beneficio tendrá en el lactante. La enfermera debe proporcionar la información precisa expresándose en un lenguaje comprensible a la madre. Además, la enfermera ayuda a la madre a comprender de qué modo se ajusta esa información al desarrollo del lactante y en su vida diaria.

“Esta personalización de la información reduce la brecha entre la enfermera y lo que la madre comprende”

Evitar el exceso de información.

Las madres necesitan información para hacer elecciones informadas. Pero ninguna madre puede usar toda la información ofrecida sobre las diversas técnicas de estimulación temprana. El exceso de información hace más difícil recordar la información realmente importante. A esto se da el nombre de "Sobrecarga de información". Por otra parte, cuando el profesional de enfermería utiliza todo el tiempo disponible en proveer información, deja muy poco tiempo para la discusión o para las preguntas, preocupaciones y opiniones que tenga la madre.

Ayudar a que la madre comprenda y recuerde.

El profesional de enfermería enseña a la madre muestras de materiales de diversas técnicas de estimulación que aplicarán en sus hogares, que los manipule e indiquen como usarlos en el hogar. Además, el consejero muestra y explica el contenido de los rotafolios, póster, o de folletos sencillos u otros impresos con dibujos. De vez en cuando, la enfermera comprueba si la madre comprende. A la madre se le puede entregar material educativo para que se lo lleve a su hogar, éste le servirá de ayuda para recordar qué es lo que debe hacerse. Este material puede también compartirse con otras personas. (37)

4.2.1 Consejería en lactancia materna

La OMS y la UNICEF recomiendan la importancia de que todos los niños reciban lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, y que continúen con la lactancia materna junto con

alimentos complementarios adecuados hasta los 2 años de vida y posteriormente. El profesional de enfermería desempeña un papel muy importante en la promoción de esta ya que muchas madres de la mayoría de los países comienzan a dar a sus lactantes comidas y bebidas artificiales antes de los 4 meses y dejan de amamantarlos mucho tiempo antes de que el lactante tenga 2 años. Las razones comunes que influyen son: que las madres creen que no producen suficiente leche, o que tienen alguna otra dificultad para lactar; en ocasiones se trata de que la madre tiene un empleo fuera de casa y desconoce como amamantar al mismo tiempo que continua trabajando. A veces pueda ser que no se da a la madre la ayuda necesaria, o las practicas institucionales y los consejos que dan los agentes de salud a la madre no respaldan la lactancia. (20)

Por eso el profesional de enfermería debe dar mucha importancia en dar ayuda no solamente antes del parto y durante el periodo prenatal, sino también durante la totalidad del primer y segundo año de vida, dándole a las madres una buena consejería sobre alimentación de los lactantes en cualquier momento, ya sea cuando estén bien o cuando estén enfermos. Se les puede ayudar a las madres mantener una producción adecuada de leche, cuando tengan dificultades para lactar y también a las madres que trabajan fuera de casa a que continúen amamantando.

El profesional de enfermería para que pueda dar una adecuada consejería es necesario que desarrolle algunas habilidades que le

permitan que el trabajo con las madres y bebés sea más beneficioso y más satisfactorio. Antes de ayudar a aprender a las madres, es necesario comprender por qué la lactancia materna es importante y cuáles son sus beneficios, conocer las diferencias entre la leche materna y las leches artificiales y los peligros de la alimentación artificial, asimismo la importancia de formar una relación afectiva estrecha entre la madre y el lactante, lo cual hace que las madres se sientan profundamente satisfechas emocionalmente. (20)

Técnicas de Amamantamiento

Las primeras lactadas tienen un efecto importante en el almacenamiento, una experiencia inicial positiva es lo ideal, el éxito de la lactancia depende principalmente de una correcta técnica de amamantamiento y esta implica que sean adecuadas: la posición de la madre, la posición y colocación del lactante, la frecuencia y duración de las lactadas, la finalización de la lactada.

Posición de la madre: la madre puede amamantar sentada o acostada. Lo principal es que ella esté cómoda y relajada, para lo cual debe tener apoyo adecuado.

Posición correcta del bebé: la cabeza y el cuerpo del lactante deben estar en línea recta (oreja, hombro y cadera en la misma línea), la cara del lactante debe mirar el pecho de la madre, con la nariz frente al pezón, el cuerpo del lactante debe estar cerca del de la madre y volteado hacia ella.

Colocación correcta del lactante al pecho: la madre puede sostener el pecho con su mano al ofrecérselo al lactante, colocando el pulgar por encima y los 4 dedos por debajo, lejos de la areola. Este es, a veces llamado el, soporte en C, a diferencia del soporte en pinzas o tijeras, colocando 2 dedos por encima y 3 por debajo, que pueda limitar el agarre de la boca del lactante.

La madre debe hacer cosquillas con el pezón en le labio inferior del lactante. Cuando el abre bien la boca, en respuesta el estímulo, la madre debe acercarlo al pecho en un solo movimiento rápido de su mano o de su antebrazo. Esto maximiza la cantidad de pecho que el lactante tome dentro de su boca, que debe incluir el pezón y gran parte o toda la areola, dependiendo del tamaño de la misma.

El labio inferior del lactante debe estar hacia fuera, la punta de la nariz y el mentón debe el tocar el pecho. El lactante podrá respirar sin dificultad. El amamantamiento no debe causar dolor.

Frecuencia y duración de las lactadas: en cada amamantamiento la madre debe ofrecer los dos pechos, por lo menos al principio, esto estimulara la respuesta demanda-producción. Durante las primeras semanas, la madre tendrá que amamantar frecuentemente (cada 2-3 horas), o cuando sienta que los pechos están llenos, 8 o más veces durante 24 horas. La duración de las lactadas es variable, la madre debe amamantar hasta que note las señales que el lactante está satisfecho (la succión cesa o el lactante se duerme). Si la madre es primeriza y desea saber el tiempo aproximado, se sugiere 20 a 30

minutos en un lado o hasta que el lactante se sacie y luego ofrecerle el otro lado. (20)

Finalización de la lactancia: para suspender la succión, deberá hacerse cuidadosamente, ya que el retiro brusco puede causar dolor y trauma del pezón. Pedir a la madre. Que introduzca un dedo limpio en la boca del lactante (por la comisura) y deslizarlo entre las dos encías, lo que hará que el lactante abra la boca y la madre pueda retirar suavemente el pecho.

Signos de buena succión: después de las primeras succiones rápidas que estimulan el reflejo de bajada, el lactante succiona a un ritmo más lento y se le oye tragar, cada dos o tres succiones. También se observa un movimiento entre el oído y la sien, algunas mujeres sienten un hormigueo cuando baja la leche. Otra señal particularmente en los primeros días, es el número de deposiciones y el aumento en la frecuencia de las micciones. (20)

4.2.2 Consejería para cumplimiento de inmunizaciones

Las razones por lo que ha aumentado la supervivencia de los lactantes en todo el mundo son muchas y variadas desde la mejora en la atención pasando por la innovación en tecnología, hasta la educación para la salud de los padres, pero sobre todo hay algo destacable en el siglo XX que ha contribuido sin lugar a duda la supervivencia de todos los lactantes menores; la vacunación a la vez que constituye uno de los avances más espectaculares en la salud del

lactante menor. (33)

Esto ha permitido disminuir o prácticamente eliminar la incidencia de algunas enfermedades en países y regiones enteras. En algunos países subdesarrollados las coberturas vacúnales aún no han alcanzado los niveles óptimos. La Organización Mundial de la Salud ha hecho esfuerzos para atenuar la situación de los países más pobres, en este sentido posee un Programa Ampliado de Inmunización que incluye una serie de vacunas imprescindibles para mantener niveles aceptables de la mortalidad en el lactante. Hoy en día existen enfermedades que pueden ser prevenibles con vacunas, algunas de estas enfermedades pueden ser mortales o causar daños que afectarían la calidad de vida de las personas

Las vacunas y su actuación en el organismo.

La inmunización realizada por vacunas se le llama inmunización activa. La definición clásica la define como “Inducción y producción de una respuesta inmunitaria específica protectora (anticuerpos y/o inmunidad mediada por células) por parte de un individuo sano susceptible como consecuencia de la administración de un producto inmunobiológico, la vacuna, que puede estar constituida por un microorganismo, una parte de él, o un producto derivado del mismo (antígenos inmunizantes) con objeto de producir una respuesta similar a la de la infección natural, pero sin peligro para el vacunado. En otras palabras las vacunas crean los anticuerpos que necesita el organismo para luchar contra las enfermedades infecciosas. Esto se

puede hacer a través de un compuesto biológico que contiene los antígenos de una enfermedad (vacunas), evitando que la persona enferme nuevamente. A este proceso se le conoce como inmunidad.

La mayor parte de las vacunas contienen un germen causante de la enfermedad, muerto o debilitado. Cuando a una persona se le administra una vacuna el organismo reacciona produciendo anticuerpos para luchar contra los gérmenes. Estos anticuerpos practican con los gérmenes débiles de modo que cuando los gérmenes verdaderos y fuertes causantes de la enfermedad ataquen al organismo, los anticuerpos sabrán cómo destruirlos y la persona no enfermará.

La estabilidad está asociada a la resistencia que tenga la vacuna ante posibles degradaciones física como luz, temperaturas elevadas o bajas hasta la congelación o por el tiempo transcurrido desde su fabricación, etc. Se debe probar que la vacuna mantenga su estabilidad de su propiedad inmunógena. La Eficacia, por otra parte, está asociada con los resultados o beneficios de salud proporcionados a las personas, después de vacunados bajo condiciones ideales. Por último, cuando se habla sobre la efectividad de las vacunas se considera a los resultados o beneficios de salud proporcionados por un programa de vacunaciones en la población. Por lo general cuando se considera dentro de los programas nacionales de vacunación. La efectividad depende de factores económicos, sociales, psicológicos, etc. como la aceptación y

accesibilidad de la población a la vacuna. Depende además de las técnicas de administración, la conservación y manipulación adecuadas. (7)

Reacciones a las vacunas

Las reacciones adversas son cada día más leves y rara vez suceden. La obtención de las vacunas se hace hoy en día con una tecnología muy sofisticada y con productos muy validados. En todo caso la vacunación ofrece mucho menos riesgo que el hecho de contraer la enfermedad que se intenta prevenir. Sin embargo algunas entidades internacionales reportan lesiones o condiciones anormales como convulsiones después de la aplicación de las vacunas como por ejemplo la DPT (D: difteria, P: pertusis o tos ferina, T: tétanos), SPR (S: sarampión, P: paperas, R: rubéola) y la vacuna oral contra la polio (no la vacuna de Polio inactiva que se suministra como inyección).

DPT: Shock anafiláctico que se presenta en un lapso de veinticuatro horas, encefalitis que se presenta al final del tercer día, trastorno convulsivo residual cuando la primera convulsión se presenta al final del tercer día, estado tipo shock, hipotonía (disminución del tono), disminución de la respuesta al final del tercer día.

Las reacciones adversas reportadas, en general, se enumeran a continuación: Fiebre leve, irritabilidad, inflamación y sensibilidad

localizadas en el sitio de la inyección, erupción de sarampión (reacción a la vacuna contra el sarampión), dolores articulares transitorios (reacción a la vacuna contra la rubéola), en lactantes, llanto constante o llanto a gritos, síndrome tipo shock anormal (falta de respuesta, hipotonía (flacidez, disminución del tono) ante la vacuna DPT, aumento notable del tiempo de sueño (DPT), fiebre alta persistente (40° C o más) (DPT) y ataque o convulsión (DPT)

Estas incidencias, antes enumeradas, de lesiones relacionadas con las vacunas es extremadamente baja y como se dijo antes el riesgo que ofrece la enfermedad supera ampliamente el riesgo de lesión que ofrece la vacuna. (7)

4.2.3 Consejería para desarrollar la estimulación temprana:

Es un acercamiento directo, simple y satisfactorio para ayudar al desarrollo del bebé, al tiempo que los padres experimentan gozo y alegría. “Su finalidad es la de optimizar el desarrollo del lactante para que logre la máxima superación de sus potenciales psicointelectual, consiguiendo un equilibrio adecuado que permita un desarrollo integrado de la personalidad” (16).

Es ofrecer constantemente al lactante desde que nace, oportunidades para relacionarse con el mundo que lo rodea, empezando por su propia familia y por las personas que temporal o permanentemente se encargan de su cuidado, quienes brindarán los cuidados, juegos y actividades que debemos realizar con los lactante

desde que están en gestación, para ayudarlos a crecer y desarrollar sanos, fuertes inteligentes, cariñosos, seguros e independientes. (37)

4.2.4 Consejería para alimentación complementaria:

Los nutrientes esenciales que el lactante, mayor de seis meses necesita en cantidades tales que puedan ser provistos por la leche materna y por los alimentos complementarios comunes, son el hierro y el zinc. En algunas comunidades también debe prestarse atención la vitamina A, B, C, el ácido fólico y el calcio (21). Practicar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los seis meses de edad, luego introducir los alimentos complementarios a partir de los seis meses de edad.

Mantenimiento de la lactancia materna: Continuar con la lactancia materna frecuente y a demanda hasta los dos años de edad.

Alimentación perceptiva: Practicar la alimentación perceptiva, aplicando los principios de cuidado psico-social. Específicamente: alimentar a los lactantes directamente y asistirlo cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción; alimentar despacio y pacientemente y animar a al lactante a comer, pero sin forzarlos; si los lactantes rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer; minimizar las distracciones durante las horas de comida si el lactante pierde interés rápidamente

recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor – hablar con los lactantes y mantener el contacto visual.

Preparación y almacenamiento seguro de los alimentos complementarios: Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos al lavar las manos de las personas a cargo de los lactantes y de los mismos, antes de preparar alimentos y de comerlos, guardar los alimentos de forma segura y servirlos inmediatamente después de su preparación, utilizar utensilios limpios para preparar y servir los alimentos, utilizar tazas y tazones limpios al alimentar a los lactantes, y evitar el uso de biberones, dado que es difícil mantenerlos limpios.

Cantidad necesaria de alimentos complementarios: Comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el lactante, mientras se mantiene la lactancia materna. La energía necesaria proveniente de los alimentos complementarios para lactantes con ingesta “promedio” de leche materna en países en vías de desarrollo es de aproximadamente 200 Kcal al día para el lactante entre los 6 y 8 meses de edad y 300 Kcal al día para lactantes entre los 9 y 11 meses.

Consistencia del los alimentos: Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el lactante menor, adaptándose a los requisitos y habilidades. Los lactantes pueden comer papillas, purés y alimentos semisólidos a partir de los

seis meses de edad, la mayoría de lactantes también pueden consumir alimentos que se pueden comer con los dedos, a los 12 meses, la mayoría de los lactantes puede comer el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia teniendo en cuenta su necesidad de alimentos densos en nutrientes. Deben evitarse los alimentos que puedan causar que los lactantes se atraganten. (27)

4.2.5 Prevención de riesgos en el lactante menor

Las lesiones son una causa de mortalidad muy importante durante la etapa de lactancia, especialmente de seis a doce meses. Cuando el lactante aumenta su capacidad motriz y manipulativa y une a ello una curiosidad insaciable por el entorno.

- **Lesiones en vehículos motorizados**

Las lesiones sufridas en automóvil son una causa importante en los lactantes debido sobre todo a su deficiente sujeción dentro del vehículo. Por lo que el lactante menor debe ir sujeto con los dispositivos adecuados en lugar de viajar en brazos o en el asiento. Para los lactantes de hasta nueve kg. el tipo recomendado es una silla de plástico convertible, que debe colocarse mirando hacia atrás sujeta con el cinturón de seguridad, y que incluye una sujeción para los hombros en esta posición, las fuerzas más peligrosas en un choque potencial las recibe el cuello del lactante y no su cabeza. (38)

- **Aspiración de objetos extraños**

La asfixia ocasionada por un material extraño alojado en el tracto respiratorio es la causa principal de lesiones mortales en el lactante menor. El tamaño, forma y consistencia de alimento u objeto aspirado son determinantes importantes de la gravedad de la obstrucción. Por ejemplo es más probable que los objetos pequeños esféricos o cilíndricos obstruyan del todo la vía aérea por lo que se aconseja a la madre mantener alejado este tipo de objetos.

La mayoría de muertes en el lactante las produce artículos no alimenticios. Los globos de látex parcialmente inflados o sin inflar es el artículo infantil que causa más muerte por asfixia. El lactante menor es capaz de llevarse a la boca objetos pequeños a su alcance o de las piezas móviles de los juguetes que en una primera inspección parecieron seguros. (38)

En cuanto se arrastre o juegue por el suelo, se debe mantener éste libre de cualquier objeto pequeño y fácil de coger y tragar, como las monedas.

La segunda causa más común de aspiración son los alimentos, en especial los perritos calientes, los caramelos, los frutos secos y uvas. Al introducir los alimentos nuevos en la dieta del lactante, se debe evitar los frutos secos, caramelos duros o blandos y frutos con semillas.

- **Asfixia**

La asfixia mecánica se produce al tapar la boca y la nariz, por presión de la garganta y el pecho y por oclusión del aire, un lactante colocado en una cama debajo de las sábanas y mantas sujetas puede ser incapaz de librarse de ellas, incluso las almohadas puede adaptarse a la cara del lactante y bloquear la respiración. También existe peligro cuando el lactante duerme con los adultos ya que al darse estos la vuelta podría aplastarlo, otra de las recomendaciones que se le hace a las madres de familia es evitar exponer bolsas de plástico a su alrededor ya que cualquier lactante activo podría enrollarse fácilmente alrededor de la cabeza o aplastarlo sobre la cara.

Cualquier objeto enrollado al cuello puede producir estrangulación por ello se les aconseja a las madres retirar los baberos y los chupones a la hora de dormir. Así mismo se les aconseja tener cuidado con los juguetes de con cordones, correas de sujeción entre otros.

Otra causa de estrangulamiento es el encajonamiento de la cabeza del lactante entre los barrotes de la cuna y el colchón o entre los objetos próximos a ella. Generalmente los barrotes no deben superar los 6 cm. aproximadamente de ancho de tres dedos de un adulto. (38)

- **Quemaduras**

Son una causa destacada de muerte accidental, esta puede ser provocada por agua demasiado caliente, quemaduras solares graves o las producidas por cargas eléctricas, enchufes y elementos de calefacción. La piel del lactante es muy sensible a la irritación y no ha desarrollado por completo los mecanismos de percepción de temperatura, estas quemaduras se pueden prevenir alejando el agua caliente, tapando los tomacorrientes y protegiendo al lactante menor de este tipo de peligros. No se debe dejar que los lactantes jueguen cerca de los televisores, equipos de música u otros aparatos, estén o no conectados ya que los lactantes no pueden saber cuándo un aparato es seguro. (38)

- **Ahogamiento**

El ahogamiento en los lactantes menores se puede producir en unos pocos centímetros de agua, en consecuencia no deben quedarse nunca solos en un baño caliente o cerca de una fuente de agua como una piscina, un lago, un retrete o un cubo. Los lactantes tienen mayor riesgo de infección y convulsiones por tragar grandes cantidades de agua. (38)

- **Caídas**

Las caídas son más comunes después de los 4 meses de edad cuando los lactantes han aprendido a darse la vuelta, pero

pueden ocurrir a cualquier edad. El mejor consejo es no dejar nunca a un lactante solo sobre una superficie elevada que carezca de protección, en caso de duda el lugar más seguro es el suelo. Incluso cuando el lactante sea aún incapaz de saltar de los barrotes de la cuna, lo mejor es adquirir la costumbre de levantar del todo la barandilla lateral, porque llegará el día en que le lactante podrá saltar. Los laterales de la cuna deben tener pestillos difíciles de abrir, las uniones de las esquinas de la cuna con los postes no deben estar agrietadas ni rotas en caso contrario el somier se podría caer al suelo. (38)

Otra zona peligrosa por las caídas es la mesa donde se les cambia, que suele ser alta y estrecha, aunque se utilicen las correas de sujeción no se debe dejar nunca al lactante solo. Basta una fracción de segundo para que el lactante se caiga. En la segunda mitad del primer año, los lactantes se suelen resistir a que los vistan y cambien los pañales, lo que dificulta su manejo. Ante la menor posibilidad de que el lactante se resista eficazmente a que lo sujeten, se debe optar por cambiarle en una superficie más segura, como un suelo limpio.

Las sillas altas, los andadores y los columpios o balancines constituyen otros tantos riesgos potenciales de caídas, si la silla se coloca sobre una mesa, no se dejará nunca al lactante sin sujeción o solo en especial si éste ha aprendido a arrastrarse o a ponerse de pie. En cuanto los lactantes tienen movilidad, no se

les debe dejar arrastrarse sin supervisión, sobre superficies elevadas ni cerca de escaleras o de algún recipiente con agua. Al final y al comienzo de cualquier escalera se deben instalar vallas protectoras, para evitar las eventuales caídas del lactante que se arrastra y trepa. (38)

- **Lesiones corporales**

Las lesiones se pueden producirse de muchas formas. Los objetos agudos de bordes dentados pueden ocasionar heridas en la piel, los artículos puntiagudos, como los palillos de dientes o los tenedores, pueden clavarse en un ojo o un oído y producir daños graves, en consecuencia este tipo de objetos se debe guardar en sitios seguros, lejos del alcance de los lactantes, es mejor evitar que éstos coman solos con tenedor hasta que manejen bien la cuchara. Además de ser aspirados, los objetos y juguetes pequeños pueden quedar alojados en la nariz o el oído. (38)

CONCLUSIONES

Realizado el presente trabajo de investigación podemos concluir en lo siguiente:

- El lactante menor es un ser humano único e irreplicable, multidimensional que está influenciado genéticamente y ambientalmente por condiciones que pueden afectar o favorecer su salud y bienestar general.
- La atención integral al lactante menor constituye actualmente un elemento básico, ya que aplica acciones de salud tomando como eje central las necesidades de la salud con visión holística y biopsicosocial, mediante acciones dirigidas al lactante menor.
- El rol del profesional de enfermería en la atención del lactante menor está constituido por un conjunto de atenciones, contribuyendo a mejorar la calidad de vida del lactante menor promoviendo y apoyando la atención integral de la salud para disminuir la morbilidad y mortalidad en esta etapa de la vida.

RECOMENDACIONES

- Establecer programas educativos para la población en base a las características biopsicosociales y las necesidades de situaciones especiales más frecuentes del lactante menor.
- Sensibilizar a la población sobre el cumplimiento del control primario en salud en especial a las madres, recalcando la importancia del crecimiento y desarrollo del lactante menor.
- Promover el trabajo en equipo de los profesionales en salud para obtener una atención integral de calidad fortaleciendo los conocimientos especialmente en las madres promoviendo el cambio de actitudes.

BIBLIOGRAFÍA

1. AGUADO E. Relación entre el nivel de conocimiento de las madres acerca de las pautas de estimulación temprana y el grado de desarrollo psicomotor del lactante del centro de salud Max Arias Shreiber 2007. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería Lima- Perú 2008.
2. BÁRDALES C. La salud en el Perú. Consorcio de investigación económica y social Perú 2000.
3. BARRAGÁN CH. y col. Conocimiento sobre cuidados del lactante menor (1-6 meses) en cuanto alimentación esquema de inmunizaciones higiene y confort que tienen las madres que asisten a la clínica de enfermería del club de lactancia materna en el ambulatorio urbano tipo II “Cerritos Blancos” de Barquisimeto durante Mayo a Junio del 2006. Barquisimeto- Venezuela 2006.
4. BERMAN R. y col. Nelson tratado de pediatría.15.a Ed. vol. 1 Edit. MCGRAW- HILL interamericana México 1997.
5. BROADRIBB V. Enfermería pediátrica, 3ª Ed. Edit. HARLA S, A. México 1985.
6. DICKASON E. y col. asistencia materna e infantil: texto de enfermería Ed. Salvat, Barcelona 1980.
7. FAJARDO E. Guía práctica para enfermeras 2006_2007.
www.bvv.sld.cu/ibv/?pg=cip&r=es&country=p
8. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS POR LA INFANCIA. Unidos por la alianza 2000. www.unicef.org/Perú/-files

- 9.** FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS POR LA INFANCIA.
Supervivencia y desarrollo infantil. 10 de septiembre del 2009.
http://www.unicef.org/spanish/media/media_51087.html
- 10.** GUIRALDES E. y col. Manual de Pediatría. Pontificia Universidad Católica de Chile. Julio del 2002.
<http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualPed/IndiceManualPediatria.html>
- 11.** INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA. Cifras: tasa de mortalidad infantil se redujo en últimos cinco años. N° 4. Noviembre 2001 www.inei.gob.pe/wep/BolitinFlotante.asp
- 12.** INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA. El Perú en cifras indicadores departamentales. La Libertad 20 de enero del 2010.
<http://www1.inei.gob.pe>
- 13.** KOZIER B y col. Tratado de enfermería 4a. Ed. tomo I MC GRAW- HILL. INTERAMERICANA; España 1993.
- 14.** LEGUA P. y col. salud del niño manual para el personal de salud del primer nivel de atención; Iquitos Perú 1997.
- 15.** LOWDERMINK D. Enfermería materno infantil 6ª Ed. Haercout Brace. España, 2004.
- 16.** LUGO J. Recién Nacido Normal; Atención inmediata, cuidado de transición y puerperio. Venezuela 14-01-2007.
http://65.55.40.151/att/GetAttachment.aspx?file=29bab60f-e8c2-4038-826e-daa1514db309.pe&ct=dGV4dC9odG1s&name=JmRvbWFpbnM9c2lzYmliLnVubXNtLmVkdS5wZSZzaXRlc2VhcmNoPXMpc2JpYi51bm1zbS5lZHUucGU_3d&inline=0&rfc=0&empty=False&imgsrc=&shared=

17. MARRINER A y col. Modelos y Teorías en enfermería. 6ª Ed. Edit. EL SEVIER; Madrid 1993.
18. MEDELLÍN G. Crecimiento y desarrollo del ser humano, tomo 1a. Ed. edit. OP Bogotá, 1995.
19. MENEGHELLO J. Diálogos en pediatría editorial mediterráneo; vol.1 LTDA; CHILE 1994.
20. MINISTERIO DE SALUD. Dirección Regional De Salud RED TRUJILLO; I curso de actualización en lactancia materna; Trujillo 2003.
21. MINISTERIO DE SALUD. Dirección general de salud de las personas, la salud integral compromiso de todos: modelo de atención integral de salud Perú, 2003.
22. MINISTERIO DE SALUD. Guía nacional de operativización del modelo de atención integral de salud Lima Perú. 2004.
23. MINISTERIO DE SALUD. Manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño. Código CIE- 10: Z00.1
http://apuntesenfermeria3.iespana.es/2007/materno_infantil_angelik.pdf
24. MINISTERIO DE SALUD. Norma técnica de salud que establece el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención de salud, en la familia y la comunidad edición I Ed. SAC. Lima- Perú 2008.
<http://www.bvsde.paho.org/texcom/AIEPI/RM8622008.pdf>
25. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. oficina la regional de la organización mundial de la salud; modelo de atención integral en el Perú; 2002.

26. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Guía de alimentación complementaria, principios de orientación para la alimentación Complementaria del Niño Amamantado, Washington 2003.
<http://www.lactared.com.pe/semana%20mundial/2005/calendario2.htm>
27. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado Washington 2003.
http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603_spa.pdf
28. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La salud neonatal en el contexto de la salud de la madre, el recién nacido y el niño para cumplir los objetivos de desarrollo del milenio de las naciones unidas, Washington 2006. <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/consejo.esp.pdf>
29. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La desnutrición en Lactantes y Niños Pequeños en América Latina y el Caribe; Alcanzando los Objetivos de Desarrollo del Milenio Washington 2008
30. PAPALIA D. Desarrollo humano 9na Ed., Edit. MC GRAW-HILL interamericana; México 2005.
31. QUIROZ S. Bases científicas de la Estimulación. Chile 16/07/08
<http://sites.google.com/site/babypluschile/Home/estimalaci%C3%B3n-prenatal/bases-cient%C3%ADficas-de-la-estimulaci%C3%B3n-prenatal>
32. RODRÍGUEZ M. “Desarrollo neurológico posnatal” 07/20005
cyberpediatria.com/descerpos.htm - [Similares](#)
33. RUIZ M. y col. Enfermería del niño y adolescente I Ed. Edit DAE Madrid 2003.

- 34.** SASTRE M. y col. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a lactantes de un área de salud. CUBA 2003.
http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol19_3_03/enf05303.htm
- 35.** SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD. Papel de la enfermera en la atención primaria: competencias funciones e intervenciones; Madrid 2007.
http://www.codem.es/Docs/doc_primaria_oct-2007.pdf
- 36.** UNIVERSIDAD NACIONAL DE VILLA MARIA. programa control de crecimiento y desarrollo infantil. Córdoba 2003-2004.
www.Redex.edu.ar/uploat/proyecto/.../contro_de_crecimiento.doc
- 37.** VELA C. “Efectividad de la consejería de enfermería sobre estimulación temprana en madres primerizas con lactantes de 0-6 meses de Centro de Salud Mi Perú, Ventanilla” En Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Lima – Perú .UNMSM. 2007.
http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2007/vela_pc/pdf/vela_pc.pdf
- 38.** WONG D. Enfermería Pediátrica 4.a. Ed. edit. Harcourt; España, 1997.

ANEXOS

CALENDARIO DE VACUNAS - 2009

VACUNA	Recién Nacido	2 Meses	3 Meses	4 Meses	5 Meses	6 Meses	7 Meses	8 Meses	1 año	15 Meses	18 Meses	4 años	MEF Gestantes
<u>BCG</u>													
<u>HvB</u>													
<u>APO</u>													
PENTAVALENTE													
<u>NEUMOCOCO</u>													
<u>INFLUENZA</u>													
<u>ROTAVIRUS</u>													
<u>SRP</u>													
<u>AMA</u>													
<u>DPT</u>													
<u>DPT</u>													
<u>DT</u>													

FUENTE: MINSA- 2009

CONTROLES PROGRAMADOS

Edades	Primer Control	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto Control	Quinto Control	Sexto Control	Sétimo Control	Octavo Control	Noveno Control	Décimo Control	Onceavo Control
Recién Nacido	2 días De Alta	7º día De Vida									
Menor de 1 Año	1 Mes	2 Meses	3 Meses	4 Meses	5 Meses	6 Meses	7 Meses	8 Meses	9 Meses	10 Meses	11 Meses
1 Año	1 Año	<u>1año</u> 2 Meses	<u>1año</u> 4 Meses	<u>1año</u> 6 Meses	<u>1año</u> 8 Meses	<u>1año</u> 10 Meses					
2 Años	2 Años	2 años 3 meses	2 años 6 meses	2 años 9 meses							
3 Años	3 Años	3 años 3 meses	3 años 6 meses	3 años 9 meses							
4 Años	4 Años	4 años 3 meses	4 años 6 meses	4 años 9 meses							
5 a 9 Años	<u>1Control</u> Por Año										

FUENTE: MINSA - 2009