RAMO: SALUD Y CUIDADOS DEL PÁRVULO I

UNIDAD I

DESARROLLO Y ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE

CLASE 01

1. GENERALIDADES SOBRE EL RECIEN NACIDO Y LACTANTE

Un recién nacido humano, a diferencia de otras especies, necesita de los cuidados permanentes de su madre y familia. Razón por la cual se hace primordial, conocer cuáles son las necesidades del recién nacido, para actuar de manera oportuna frente a los requerimientos de éste.

Dadas las condiciones de la sociedad actual, donde la mujer se encuentra completamente integrada al ámbito laboral fuera del hogar, la preparación de profesionales de educación y asistencia para la infancia, son de suma relevancia en el rol de asumir las necesidades generales de niños y niñas, en especial lo estudiado en esta unidad, recién nacidos y lactantes.

En este contexto los cuidados van directamente relacionados con estrategias para mantener la salud general del párvulo, y no provocar, por un desconocimiento teórico y/o práctico, una dificultad en su estado.

Cabe señalar que según el Ministerio de Salud, el conjunto de comportamientos asociados a mantener una vida saludable tiene mayores probabilidades de ser adoptado por los individuos y de perdurar a lo largo de sus vidas, esto si el aprendizaje comienza precozmente, desde la etapa de lactante, y existe un reforzamiento continuo por parte de familia y adultos involucrados.

Se debe, por lo tanto, proporcionar a los recién nacidos y lactantes un ambiente seguro, que le otorgue bienestar y prevenir o reducir su riesgo de salud, y a la vez, enseñar a estos, mediante estrategias adecuadas, cuidados y mantención de su prosperidad física y mental, donde el ambiente educativo constituye un lugar esencial para desarrollar acciones de prevención y promoción de la salud, contribuyendo al mejoramiento de las condiciones de salud de niños y niñas.

Cabe destacar, que para mantener el ambiente de cuidado y formación en salud del individuo desde la etapa de lactancia, debe ser en conjunto un compromiso de la familia y de los educadores y asistentes que están en contacto directo con niños y niñas durante el período de lactancia e infancia en general, en instituciones educativas de todo tipo.

Es por lo anterior que se debe tener presente que la salud es el bienestar completo de la persona, en todos los aspectos, y no solamente la ausencia de enfermedades y afecciones, por lo cual se debe generar y mantener, en la medida de lo posible, la salud de niños y niñas.

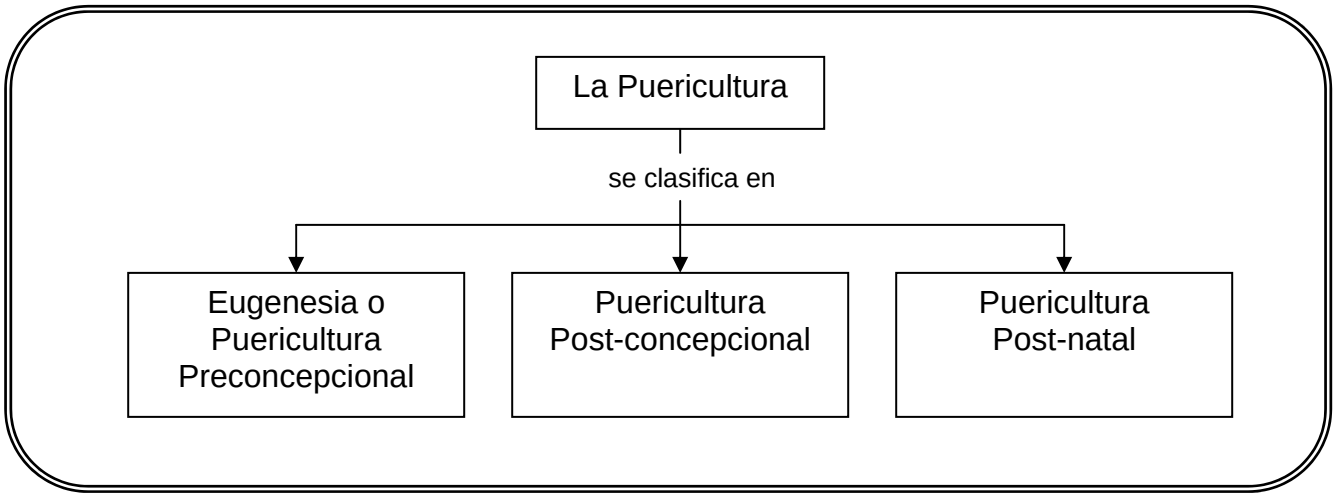
1.1. Puericultura

La puericultura se puede definir como la ciencia que plantea los diferentes aspectos involucrados en el desarrollo normal del niño, en los períodos comprendidos antes de la concepción, durante la gestación y después del nacimiento. En el desarrollo de esta unidad se hará referencia principalmente a lo referido después del nacimiento.

Esta ciencia es muy relevante en el desarrollo de la vida humana, ya que la salud del adulto tiene su base principal en el desarrollo normal de la infancia. Conocer acerca del desarrollo, cuidados y características de niños y niñas sanos, permitirá entregar una educación y asistencia integral a los párvulos de la sociedad actual.

La puericultura es posible clasificarla en tres ramas, las cuales se muestran en la figura siguiente:

Figura Nº 1: La Puericultura y su Clasificación



A continuación son descritas cada uno de los tipos de Puericultura mencionados en la figura anterior.

1) Eugenesia o Puericultura Preconcepcional: se refiere a los cuidados que debe tener el ser humano al planear tener descendencia, pretende mejorar la salud de las futuras generaciones a través de las precauciones que se tomen en el presente. Como por ejemplo posibles afecciones hereditarias, transmisión de enfermedades, entre otras.

2) Puericultura Post- concepcional: es el conjunto de cuidados que debe recibir la mujer embarazada, para que su gestación y parto sean normales. Son fundamentales, ya que en gran parte determinan la salud del recién nacido durante el parto y posterior a él. Algunos de estos cuidados son los siguientes:

- La embarazada debe en sus primeros controles, pesarse, realizarse exámenes médicos, controlar presión arterial, y lo que el médico estime conveniente.

- los controles médicos permanentes deben realizarse para detectar enfermedades posibles de la futura madre o del feto.

- Cuidar la alimentación, privarse de alimentos que le produzcan daño a ella o al feto e incorporar alimentos ricos en vitaminas y aquellos que le recomiende su médico.

- No consumir alcohol, tabaco y otras drogas que afecten al feto.

- En algunos casos, el médico recomienda realizar ejercicios físicos determinados, que favorecerán el desarrollo del embarazo y mejorarán la calidad de vida de la embarazada durante la gestación.

En este período post-concepcional es necesario diferenciar dos términos, embrión y feto: por una parte, el embrión es un organismo que se encuentra en las primeras etapas de desarrollo. Antes de su división celular se le llama cigoto, luego de ésta se llama embrión, y se implanta en la pared uterina de la mujer. Comienza a desarrollarse y hasta la diferenciación de todas sus partes se le llama embrión.

Por otra parte, el feto es el organismo que se encuentra en gestación. De embrión pasa a ser feto, se le llama así cuando ya se diferencian sus partes. Se debe destacar que durante este período fetal no se forman órganos o tejidos, sino que maduran los ya existentes.

3) Puericultura Post- natal: se ocupa de los cuidados que debe tener el niño después de su nacimiento para que se desarrolle sano y en forma normal. Se puede distinguir dentro de ésta clasificación, la puericultura postnatal inmediata, que corresponde a los cuidados básicos del recién nacido, y la puericultura del lactante, que es luego de los primeros días del recién nacido.

El nacimiento de un niño/a es un suceso muy esperado por la familia. En ocasiones puede participar el padre, situación que hace más familiar el momento. El parto es sin duda una de las experiencias más significativas para la madre. Además de ser emotivo es un suceso de carácter biológico. Es así que el parto puede ser definido de la siguiente manera:

El parto es el conjunto de hechos fisiológicos, que al final del embarazo, producen la expulsión del feto y la placenta. Unas dos semanas antes del parto, el feto desciende, colocándose al fondo del útero.

Este proceso de parto puede dividirse en tres etapas: dilatación, expulsión y alumbramiento. Donde las horas antes del parto se caracterizan por contracciones dolorosas y cada vez más frecuentes del útero.

Luego de expulsado el feto, se debe conocer el estado del recién nacido, para tal efecto se realiza el test de Apgar que busca evaluar la vitalidad de los recién nacidos en el momento inmediato de nacer a través de cinco signos clínicos fáciles de describir, y a los cuales se les otorga el puntaje máximo si es normal y mínimo si es deficiente, luego se evalúa según el puntaje final.

Cabe destacar que existe un puntaje intermedio, que determinan los profesionales de la salud, bajo las condiciones específicas de cada signo, en esta ocasión se hará referencia sólo a las condiciones que establecen los máximos y mínimos:

- Frecuencia cardiaca: si es entre 100 a 140 latidos por minuto, se le otorga puntaje máximo, si es bajo 100, se le otorga puntaje mínimo.

- Esfuerzo respiratorio: respiración y llanto vigoroso, puntaje máximo. Las respiraciones débiles tipo jadeo se le otorga puntaje mínimo.

- Respuesta a estímulos: se evalúa al momento de colocar una sonda nasal para aspirar posibles mucosidades que obstruyan las fosas. Si se manifiesta con estornudo, es puntaje máximo, si no realiza ninguna manifestación, es puntaje mínimo.

- Tonicidad muscular: si existe flexión de extremidades, puntaje máximo, y la completa flaccidez, puntaje mínimo.

- Color de la piel: si el recién nacido tiene un color normal recibe puntaje máximo, si se presenta de color azulado recibe puntaje mínimo.

La utilización de los indicadores señalados anteriormente es de suma importancia, ya que permiten determinar el estado en el que se encuentra un recién nacido. El puntaje final, mientras más bajo sea, más crítica será la condición de salud del lactante y menos probabilidades de sobrevivencia tendrá. Sin embargo, con la actual tecnología la mortalidad de los recién nacidos ha reducido considerablemente, ya que se puede estabilizar si se encuentra en una situación delicada luego de los resultados del apgar.

Realice ejercicios nº 1 y 2

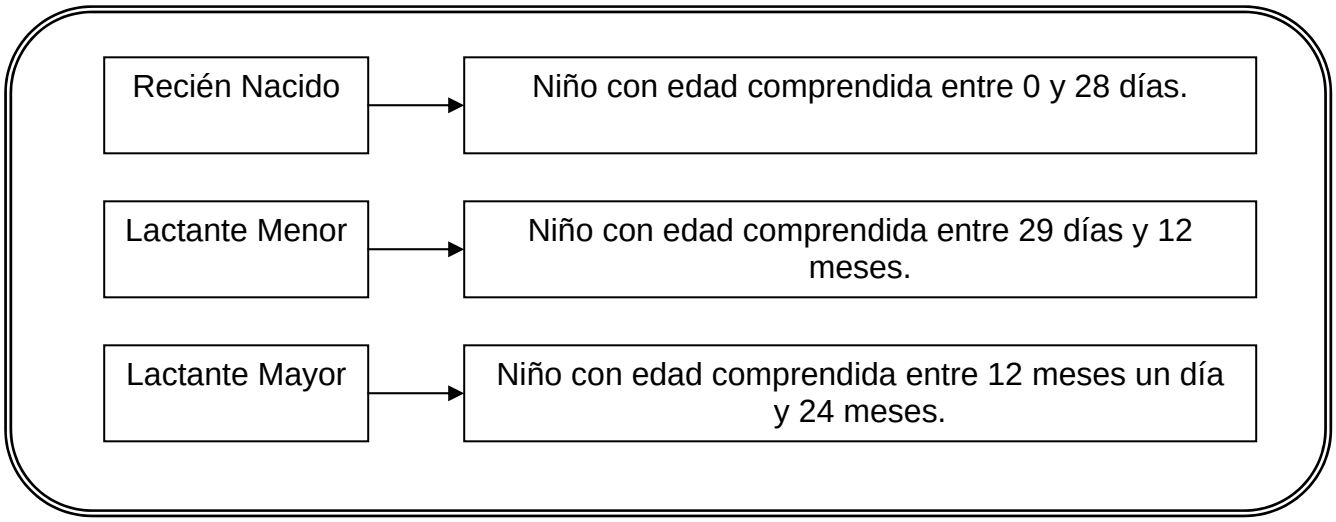
CLASE 02

1.2. Desarrollo y Crecimiento

El desarrollo del ser humano comienza desde su concepción. Luego, cuando es recién nacido requiere de todos los cuidados, siendo necesario tomar las medidas necesarias que permitan que el niño subsista en su nuevo ambiente, de acuerdo a las etapas que va viviendo, lo que sin duda influirá en su posterior desarrollo y crecimiento.

A fin de intervenir en los cuidados de los niños/as según sus propias características de desarrollo es necesario conocer la clasificación de éstos según su edad (entre uno y dos años), las cuales son mencionados en la figura siguiente.

Figura Nº 2: Clasificación del Niño/a entre Uno y Dos Años de Edad



En este contexto, se puede señalar entonces que el crecimiento y desarrollo del ser humano, es todo cambio frente a experiencias de interacción con el medio, que se modifica en el tiempo, de acuerdo a su individualidad y capacidades. El cambio puede ser Cuantitativo, referido a números (tamaño, estatura, peso) hablándose así de crecimiento, o Cualitativo (referido a estructura, función) donde se habla de desarrollo.

A su vez se puede mencionar que el cambio experimentado por el ser humano puede ser de carácter beneficioso o perjudicial.

Ejemplo

- Crecimiento y desarrollo positivo: respuesta inmunitaria a las vacunas, desarrollo óptimo de los músculos, destreza para correr, entre otras.

- Crecimiento y desarrollo negativo: desnutrición, adicciones, entre otras.

Este proceso de crecimiento y desarrollo ocurre durante toda la vida, y la velocidad e intensidad con que transcurre depende de las diferentes etapas etarias del ser humano. Por este motivo es de suma importancia considerar que el crecimiento y desarrollo es una sucesión de etapas, donde cada una debe completarse concretamente para alcanzar un equilibrio orgánico general.

Como bien ya se señaló, el proceso de crecimiento y desarrollo comienza desde la gestación, por lo cual se constituye en una tarea de la madre y luego de la familia y adultos involucrados en el correcto vivir del niño y niña.

La importancia de la infancia, el conocimiento de sus implicancias y la aplicación de estrategias adecuadas en la intervención sobre ésta, tiene variados fundamentos. Está demostrado que todos los aspectos del crecimiento y desarrollo, obtienen durante la infancia, más del 90% del resultado final que alcanzarán como adulto.

Lo anterior deja de manifiesto la compleja e importante labor de padres, educadores y asistentes, ya que en sus manos está el potenciar adecuadamente las capacidades y conocimientos de los individuos en edad infantil.

Dentro del crecimiento y desarrollo se pueden destacar algunos aspectos que lo involucran, así se tienen:

a) Aspecto biológico y físico: es el más elemental en cuanto a apreciación externa. Se involucran la estatura, nutrición, inmunización, sistemas orgánicos, etc.

b) Aspecto intelectual o cognitivo: referido al desarrollo de las capacidades mentales, potenciadas en su aprendizaje y conocimiento mediante diversas estrategias educativas o cotidianas.

c) Aspecto emocional o afectivo: a pesar que los sentimientos son individuales y manejados emocionalmente, son aprendidos e internalizados según las vivencias a lo largo de la vida.

d) Aspecto ético o moral: antes de los tres años carece de conciencia moral, pero luego de esto conoce las reglas y normas generales de la sociedad, adaptándose a éstas o actuando de manera rebelde.

e) Aspecto social: antes del primer año, existe un escaso desarrollo social, puesto que el niño es egocéntrico, pero luego comienza a adquirir conductas sociales, involucrando a sus pares en sus juegos y compartiendo con su entorno.

f) Aspecto de preferencias y gustos: son fruto del aprendizaje por medio de impulsos personales espontáneos y la educación, actuando en interacción con el medio.

Si bien estos aspectos, son de carácter individual, en rasgos generales afectan a todo ser humano con un crecimiento y desarrollo normal. Sin duda, podría existir una gran cantidad de aspectos específicos que se dan en condiciones especiales con individuos con características exclusivas.

Realice ejercicios nº 3 y 4

CLASE 03

1.3. El Recién Nacido y Sus Características

El recién nacido con una gestación normal debe nacer a los 280 días. Su peso y talla puede variar según diversos factores, pero se considera dentro de rangos normales un peso promedio de 3200 gramos. Se espera que al mes aumente a 600 gramos.

En relación a la talla del recién nacido (estatura), debe ser de alrededor de 50 centímetros y se considera normal que aumente unos 4 centímetros en un mes.

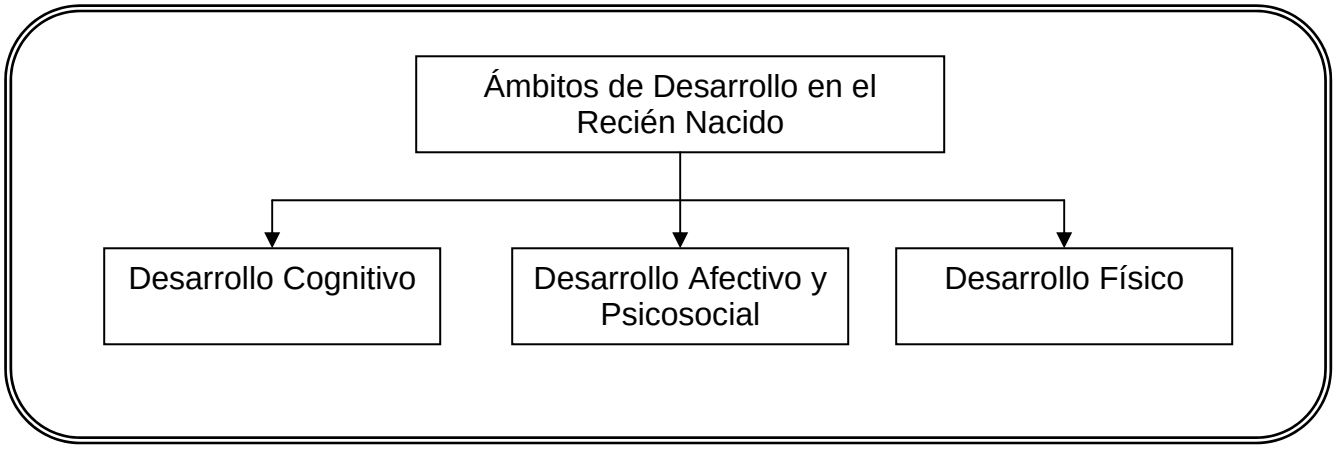
Respecto a la temperatura, ésta debe ser entre unos 36,5° y 37° Celsius.

El sueño en el recién nacido es muy prolongado, pudiendo dormir largo tiempo, sin despertarse con la luz o ruidos. Despierta solamente en el momento de su higiene personal o cuando se le alimenta.

Las deposiciones durante los tres o cuatro primeros días es principalmente meconio, de aspecto verde oscuro, casi negro, homogéneo y pegajoso. El meconio es una sustancia que se ha ido acumulando en su intestino durante el desarrollo intrauterino, puede estar formado por bilis, mucosidades y células por descamación del intestino. Los días siguientes se van haciendo verde amarillentas, llamadas deposiciones de transición, y luego amarillas, las que son definitivas y varían de apariencia según la lactancia que reciba el bebé.

Es posible identificar características particulares en el desarrollo del recién nacido en diferentes ámbitos, los cuales se señalan en la figura siguiente:

Figura Nº 3: Ámbitos de Desarrollo del Recién Nacido en el que se Aprecian Características Particulares



A continuación son descritas las características que se pueden apreciar en los diversos ámbitos de desarrollo en el recién nacido.

1. Desarrollo Cognitivo

Este desarrollo está caracterizado principalmente por la manifestación de acciones por medio de reflejos, los cuales aseguran la supervivencia del individuo. Los recién nacidos carecen de movimientos espontáneos, y sus movimientos reflejos se clasifican en cinco:

a) Reflejo de Sobresalto, es aquel donde el niño responde ante un estímulo brusco, como un ruido fuerte, moviendo sus brazos a modo de abrazo.

Figura Nº 4: Reflejo de Sobresalto

b) Reflejo de Succión, el cual realiza cuando siente el pezón de la madre, apretando su boca y realizando un movimiento constante.

Figura Nº 5: Reflejo de Succión en el Recién Nacido

c) Reflejo de Búsqueda, donde vuelve la cabeza hacia donde sintió el estímulo aplicado.

d) Reflejo de Prehensión, respuesta del niño manifestada flexionando sus dedos de las manos, al aplicar presión en ésta, y apretar los dedos de los pies al presionar la planta de éste. Cabe señalar que hasta las tres semanas es un reflejo, volviéndose después de este período en un movimiento voluntario.

Figura Nº 6: Reflejo de Prehensión

e) Reflejo de Marcha, al tomar al recién nacido por el tronco, inclinándolo levemente hacia adelante, apoyando sus pies sobre una superficie plana, el recién nacido da un paso de manera automática. Sin embargo este reflejo desaparece a las cuatro semanas.

Figura Nº 7: Reflejo de Marcha

- Sentidos en el Recién Nacido

El desarrollo del olfato se encuentra bien desarrollado, distinguiendo el niño el olor de la leche de su madre alrededor del quinto día. Si siente olores fuertes reacciona con llanto y muecas.

El desarrollo auditivo puede evaluarse en el recién nacido a través del reflejo de sobresalto, el niño ante estímulos auditivos reacciona con movimientos corporales enérgicos y parpadeo, en algunos casos voltea su cabeza hacia el origen del sonido. Durante el embarazo, las madres sienten a sus hijos moverse frente a estímulos de ruido y calmarse al colocarles una música suave y relajante.

La visión se caracteriza por falta de coordinación en los movimientos oculares, e incluso en algunos casos parecen padecer estrabismo[1]. Al nacer los bebés sólo pueden enfocar a una distancia corta, alrededor de 27 centímetros. Pueden seguir un objeto con la mirada, pero no distinguir colores.

El desarrollo del tacto se manifiesta principalmente desde que nacen, ya que han estado durante mucho tiempo dentro del cuerpo de la madre, por lo cual cuando nacen ejecutan movimientos frenéticos de su cuerpo al sentirse libres sin nada que roce su cuerpo. Al sentir una manta a su alrededor se sienten seguros, ya que sienten la seguridad del útero materno, calmándose en el caso que se encuentren inquietos.

El proceso del gusto comienza en la etapa fetal con el desarrollo de las papilas gustativas. Hay estudios que manifiestan que los bebés tienen preferencias por los alimentos dulces más que los agrios o ácidos.

2. Desarrollo Afectivo y Psicosocial

Este desarrollo es fundamental en la vida del recién nacido. El primer contacto con la madre y la familia debe ser de afecto y cariño, manifestándose a través de caricias, besos, arrullos, miradas. La necesidad de protección de la madre hacia su hijo genera un vínculo único que provoca en el niño bienestar y seguridad. Es por esto que regularmente el llanto del bebé genera angustia en la madre. Esta manifestación del niño puede provocarse por variadas razones, y es esencial saber identificar la causa de éste.

El llanto es la forma que tiene el niño de expresar sus necesidades, y depende de la intensidad y agudeza, si lo realiza porque presenta dolor, molestia, frío, incomodidad. Es esencial comunicar a un especialista si el bebé manifiesta llanto permanente, ya que se puede estar en frente de un signo de enfermedad.

Se han definido emociones básicas en el recién nacido, las cuales manifiesta a través de diferentes mecanismos, así:

- El miedo, lo expresa suspendiendo repentinamente la respiración e intentando aferrarse al objeto más cercano, a demás cierra los párpados y llora.

[1] Estrabismo: desviación ocular que provoca una visión doble, y que hace que el cerebro anule la información del ojo desviado y utilice sólo la del ojo que funciona correctamente.

- El cólera, lo manifiesta poniéndose rígido, realiza movimientos muy coordinados golpeando manos y piernas. La respiración se suspende hasta que la cara del niño se vuelve roja.

- La emoción más beneficiosa que siente el niño es el amor, expresándolo con estados de tranquilidad, y en el caso de presentar llanto se calma fácilmente con una suave caricia, apareciendo una sonrisa e intentando hacer sonidos agradables.

3. Desarrollo Físico

El aspecto físico en el recién nacido posee varias características, las que se especifican a continuación.

- Cabeza: los huesos del cráneo están unidos por membranas, las que permiten mayor flexibilidad de la cabeza al momento del parto, y le permite seguir desarrollándose después de éste. Las membranas se cierran unos meses más tarde. La cabeza del recién nacido es proporcionalmente más grande que su cuerpo. El recién nacido puede o no presentar cabello, y éste puede ser de variadas características. El cuello es simétrico, flexible y más bien corto.

- Cara: es redonda y presentan el mentón medianamente retraído, la nariz está aparentemente aplastada, por la presión del útero antes de nacer.

- Ojos: permanecen cerrados dentro del útero y luego del nacimiento. Sienten molestias por la luminosidad y regularmente tienen pocas cejas y pestañas definidas.

- Nariz: es plana, pequeña y angosta. Las fosas nasales pueden estar obstruidas con secreciones situación por la cual el recién nacido es un respirador bucal. En la nariz, mentón y frente pueden verse unas pequeñas manchas blancas, que son glándulas sebáceas obstruidas, lo cual es normal y desaparecen progresivamente.

- Boca: puede presentar dientes, lo cual es poco habitual y caen espontáneamente antes de que erupcionen, la mucosa bucal y labios deben estar húmedos.

- Orejas: son pequeñas y en ocasiones aplastadas, pero luego toman su forma normal. El conducto auditivo es corto, lo que lo hace susceptible a sufrir otitis[2].

- Tórax: se presenta de forma cilíndrica, por la posición de la clavícula y costillas. Hacia el tercer día se puede apreciar el tórax del bebé más abultado, lo que es un aumento del volumen mamario. Al generar presión sobre éste puede secretar leche, lo cual es normal.

[2] Otitis: inflamación del oído medio.

El número de latidos cardiacos es de 120 a 140 por minuto, el cual puede variar según la actividad del bebé.

- Abdomen: se puede apreciar un abdomen simétrico. El cordón umbilical está formado por vasos umbilicales. Al nacer es de color blanco azulado y húmedo, se liga y se corta a unos 2 a 3 centímetros de la pared abdominal. Cambia de aspecto desde el nacimiento y cae alrededor del séptimo día. Al caerse, los vasos quedan funcionalmente bloqueados, por lo cual no genera daño ni sangramiento.

- Columna: prácticamente no presenta curvaturas, éstas comienzan a aparecer cuando comienza el desarrollo motor.

- Extremidades: inferiores y superiores son cortas, y realizan movimientos simétricos con ellas. En la planta de los pies se pueden apreciar pliegues evidentes. Las uñas están bien formadas, las manos empuñadas.

- Piel: se presenta reseca, tras su adaptación al aire seco del ambiente externo, presenta descamación entre el segundo y tercer día, especialmente de los pliegues.

A demás, el recién nacido presenta lanugo que es un vello fino que cubre su cuerpo, el que se puede encontrar en hombros y espaldas y depende de cada bebé la cantidad de éste. Este vello cae espontáneamente durante el primer año de vida y es sustituido por vello definitivo.

También pueden existir manchas en la piel, que son de carácter normal. Los más comunes son los hemangiomas, de color rosado ubicadas en la nuca, cuero cabelludo, frente, párpados, nariz y en ocasiones en otros sitios. Desaparecen en el primer o segundo año de vida.

La llamada mancha mongólica, es de color azul y tamaño variable, se presenta en diferentes partes del cuerpo, principalmente dorso y glúteos. Desaparecen dentro de dos años y pueden permanecer en algunos casos hasta los 6 años.

Otra característica que puede presentar la piel de un recién nacido, es el llamado eritema tóxico, que corresponde a una erupción cutánea, semejante a ronchas, de color amarillo o blanco.

Se debe tener en cuenta que las características de los recién nacidos son muchas de ellas pasajeras, y corresponden a su propio desarrollo. No debe existir preocupación sobre las manchas y particularidades del recién nacido, a no ser que se presenten anormalidades que indique el médico o que no estén dentro de su desarrollo normal. Por lo cual se hace fundamental conocer todo lo que involucra al recién nacido para así detectar posibles anomalías.

Realice ejercicios nº 5 al 7

CLASE 04

1.4. Características del Lactante Menor y Mayor

El período de vida de lactante, se destaca especialmente por un acelerado proceso de maduración y crecimiento de los principales sistemas del organismo. Desarrollando habilidades que le permiten la interacción con el entorno. Es una etapa donde el ser humano tiene los más grandes logros de crecimiento y desarrollo, para esto requiere del constante apoyo y potenciación de sus padres, educadores y cuidadores.

Dentro del desarrollo de los lactantes, se diferenciarán ciertas características particulares, de acuerdo al desarrollo físico, moral, psicosocial, afectivo, cognitivo y psicomotor que el niño/a va experimentado.

1) Desarrollo Físico

En el primer año de vida el niño logra triplicar el peso de nacimiento, aumenta el doble su estatura y alcanza el 70% del crecimiento cerebral. Durante el segundo año se desacelera su crecimiento alcanzando un nivel progresivo. La cabeza y el tronco ocupan la mayor parte del cuerpo, se observan adiposidades en extremidades principalmente. Hacia los dos años, comienza a aumentar el tejido muscular y a desaparecer gradualmente el adiposo[3].

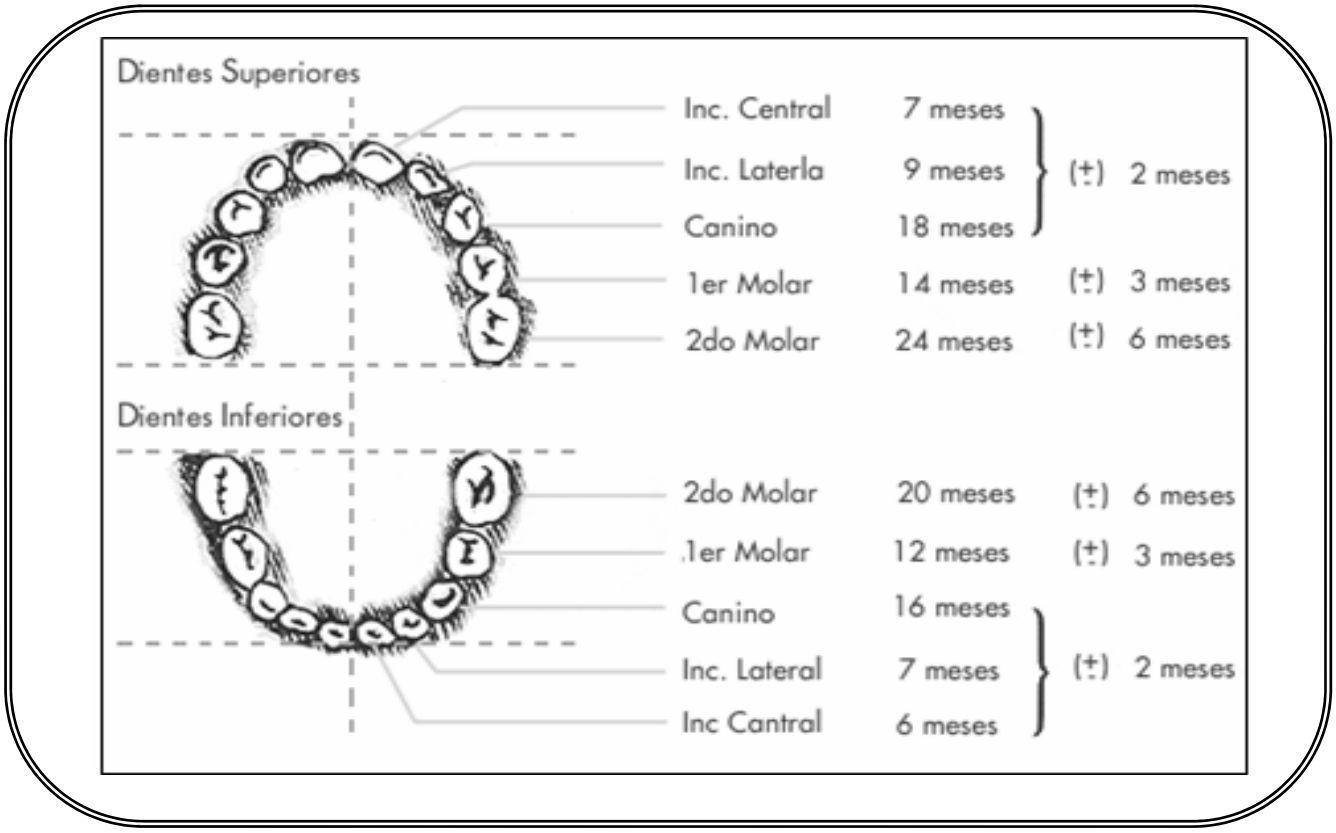
A demás de las características señaladas, se pueden observar otras de acuerdo a la parte del cuerpo, así se tiene:

- Cabeza: crece rápidamente, aumenta alrededor de 1,5 centímetros por mes durante los primeros seis meses.

- Cara: comienzan a presentarse cambios provocados principalmente por la aparición de la dentadura temporal, comenzando por los incisivos, el primer molar, los caninos y el segundo molar, llegando a 20 piezas, las que terminan de completarse entre los dos a dos años y medio.

[3] Adiposo: tejido graso del cuerpo.

Figura Nº 8: Aparición de la Dentadura Temporal en el Lactante



Las glándulas salivales alcanzan a los dos años la producción de enzimas necesarias para el proceso de digestión.

La visión alcanza la binocularidad[4] a los cuatro meses, la percepción de profundidad se alcanza alrededor de los nueve meses.

En relación a la agudeza auditiva, ésta es similar a la de un adulto.

- Tórax: es cilíndrico, alrededor del año se iguala con la cabeza. El sistema respiratorio no está totalmente maduro y su capacidad torácica es pequeña. El corazón tiene una frecuencia más lenta que cuando recién nacido, alcanzando en el primer semestre 130 pulsaciones por minuto, y el segundo semestre 115 pulsaciones por minuto.

[4] Binocularidad: participación de los dos ojos en la visión

- Piel: es muy delgada, las glándulas sudoríparas[5] y sebáceas[6] no se han desarrollado completamente. Además existe un déficit en los mecanismos de control de la regulación de la temperatura y la hidratación.

- Abdomen: existe un crecimiento del colon, desplazando hacia arriba al diafragma, lo que reduce su capacidad torácica. El tamaño del estómago aumenta durante el primer año, tolerando de esta manera mayor cantidad de alimento. Se puede especificar la capacidad del estómago en lo siguiente:

  a) Un mes: 90- 150 cc.
  b) Un año 200- 300 cc.
  c) Dos años 500 cc.

- Deposiciones: se caracterizan según la alimentación del lactante. Si es principalmente láctea, es más bien blanda y cuando la alimentación es a base de papillas es de carácter sólido. La frecuencia se relaciona directamente con la frecuencia de la alimentación.

  A pesar de no encontrarse completamente maduro, el riñón cumple de manera óptima su función de filtración. El sistema renal madura completamente hacia los tres años de edad. Es así como los volúmenes de orina en 24 horas son aproximadamente:

  a) Dos a once meses: 400- 500 cc.
  b) Doce a veinticuatro meses: 500- 600 cc.

- Sistema inmunológico: la madre durante los primeros meses le transmite defensas, pero luego debe vacunarse y poco a poco creará defensas y sistema inmunológico propio.

- Desarrollo óseo y muscular: crecen los huesos planos, y el tejido pasa de cartilaginoso a óseo propiamente tal. El tejido muscular desplaza al adiposo en forma progresiva, estimulado por el desarrollo de la psicomotricidad.

2) Desarrollo Moral

Los lactantes se guían por el ejemplo de sus padres y familia, y en el caso de asistir a un establecimiento educativo también incluyen las actitudes y comportamiento de sus educadores y personal de asistencia, por lo cual es primordial ser personas responsables y comprometidas con la educación de los niños y niñas en todos sus ámbitos.

---

[5] Glándulas sudoríparas: ubicadas en una capa de la piel, son las encargadas de excretar sudor.

[6] Glándulas sebáceas: ubicadas en una capa de la piel, son las encargadas de sintetizar una sustancia aceitosa que lubrica y protege la piel.

3) Desarrollo Psicosocial

Durante el primer año, lo más importante para el lactante es desarrollar la confianza básica, base del desarrollo psicosocial, que se construye en base a experiencias. Las vivencias positivas provocan una confianza en el niño que le permite desenvolverse de manera adecuada en todos los ámbitos. Si el niño tiene experiencias positivas deficientes o experiencias negativas, desarrollará inseguridad. Lograr la confianza en el niño se logra por medio de un contacto cariñoso, estimulador y alegre.

Durante el segundo año surge la autonomía en el niño, dado el inicio de la marcha y del mayor control corporal. Cuando los adultos lo hacen sentir culpable, manifiesta sentimientos de vergüenza y duda, por lo cual se debe ser precavidos frente a este tipo de actitudes frente a ellos.

Ahora bien, durante el primer mes aparecen vocalizaciones y al tercer mes agrega consonantes, llegando a los seis meses pronunciando disílabos. Al primer año es capaz de decir de dos a tres palabras, imita acciones y acompaña con acciones sus palabras. Aumenta su vocabulario a cien palabras al final de la etapa.

En este contexto cabe señalar que es el juego el principal mecanismo para desarrollarse en el aspecto social. Los lactantes disfrutan, aprenden y aplican los conocimientos previos.

4) Desarrollo Afectivo

El lactante es bastante afectivo, demuestra frecuentemente su cariño hacia los demás, y expresa fuertemente su molestia o dolor, manifestando gritos, llantos y en ocasiones movimientos corporales que impiden calmarlo.

El vínculo con sus padres es muy fuerte, y poco a poco incorpora dentro de sus afectos a sus educadores y/o cuidadores, en mayor medida cuando son éstos los que permanecen la mayor parte del tiempo junto a ellos.

Luego de los ocho meses llora y se molesta frente a la presencia de extraños.

5) Desarrollo Cognitivo

Según Jean Piaget[7], este período cognitivo de 0 a 24 meses se le denomina sensoriomotriz, que se inicia con el desarrollo de los reflejos, como se vio anteriormente,

[7] Jean Piaget: psicólogo suizo especialista en psicología evolutiva de la infancia.

progresando a conductas de imitación por parte de los lactantes, manipulación de objetos y relación causa- efecto. Soluciona sus problemas mediante el mecanismo de causa error.

Al final del período percibe la permanencia de los objetos, y se da cuenta que si desaparece es porque está en otro sitio. Esto se debe a que crea representaciones mentales.

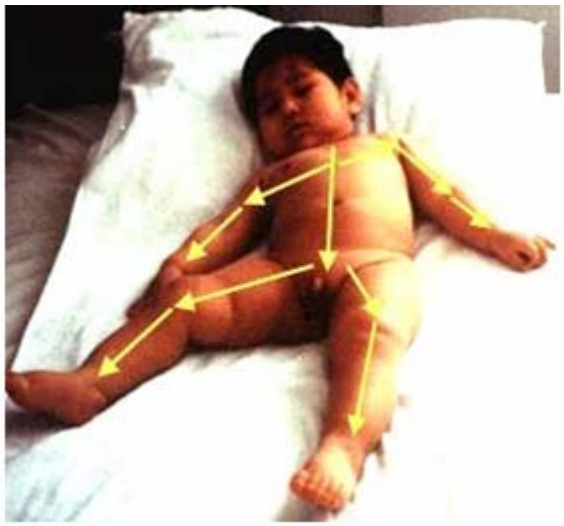
6) Desarrollo Psicomotor

Se puede decir que es el desarrollo del cuerpo y sus capacidades y movimientos. Este desarrollo parte de la siguiente manera:

a) Céfalo- caudal: se refiere a un desarrollo progresivo desde la cabeza a los pies.

b) Proximal- distal: se refiere a un desarrollo progresivo del centro del cuerpo hacia manos y pies.

Figura Nº 9: Dirección del Crecimiento en el Lactante



De esta manera el lactante logra el control de la cabeza, girar sobre sí mismo, gatear, controlar el tronco, pararse y caminar.

La motricidad fina se puede ver en el mayor uso de las manos, logrando pasar de la prensión refleja a tomar objetos voluntariamente.

Se puede decir, que durante la etapa del lactante, de 0 a 24 meses, ocurren grandes cambios y son de fundamental importancia los padres y educadores, para potenciar correctamente los nuevos aprendizajes incorporados por niños y niñas.

Realice ejercicios nº 8 al 10

CLASE 05

2. LACTANCIA MATERNA

La nutrición es sin duda fundamental en el crecimiento, desarrollo y correcto funcionamiento de todos los órganos y características generales de un recién nacido y lactante.

Las madres deben darle la importancia que se merece a la lactancia materna, e incorporar en sus horarios diarios, tiempo para dedicarle a la lactancia de su hijo, sin excepciones, a pesar de las múltiples actividades que las mujeres desarrollan hoy en día.

Según el ministerio de salud, el ser humano es la única especia que ha intentado suplir la lactancia materna por la artificial, cuando no hay necesidad, aumentando las posibilidades de enfermedad e incluso muerte del lactante.

Existe en el caso que la madre no pueda lactar por enfermedad o diferentes trastornos que pueda tener, fórmulas lácteas que pueden darse en vez de leche materna, pero en ningún caso reemplaza los múltiples beneficios de la lactancia materna.

Se recomienda la lactancia materna hasta alrededor del año de vida, y la lactancia exclusiva es hasta los seis meses, donde lo ideal es que el bebé consuma sólo leche materna.

Desde los seis meses, el lactante comienza a incorporar en su alimentación algunas frutas y verduras, con algunas restricciones, incorporando progresivamente nuevos sabores y alimentos.

No se incorpora esta alimentación antes, ya que el sistema nervioso y digestivo del lactante aun no están maduros. Hay niños que a los cinco meses se encuentran preparados para recibir alimentación complementaria, comenzando con papillas de frutas principalmente.

2.1. Ventajas y Recomendaciones sobre la Lactancia Materna

Las ventajas que entrega la lactancia materna son numerosas, siendo importantes tanto para el niño/a como para la madre, familia, el medio ambiente y la sociedad en su conjunto.

Considerando lo anterior, la Organización Mundial de la Salud recomienda como alimentación ideal la lactancia materna en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y complementada con alimentos sólidos a partir de esta edad, hasta el año e incluso los dos años.

La producción de leche materna se inicia en el parto y se mantiene en el tiempo. Hay mujeres que producen leche por períodos de tiempo más prolongados, situación que es regulada por diversos factores. Uno de ellos la succión del bebé, la cual estimula la mayor producción de leche materna.

Como ya se señaló, la lactancia es necesaria en forma exclusiva durante los primeros seis meses y se recomienda hasta el año o dos, pero los primeros momentos luego del nacimiento son fundamentales, por lo cual se recomienda:

- Luego del nacimiento, colocar al niño/a sobre el abdomen de la madre.

- Después de asear, pesar, medir y aún sin vestir, se debe poner el recién nacido para que mame en contacto directo (piel con piel) con su madre.

- Prestar ayuda a la madre para iniciar la lactancia materna dentro de la hora siguiente al parto, para así asistirla y enseñarle una técnica de amamantamiento adecuada.
- Recomendar la lactancia materna a libre demanda, día y noche, para lo cual es fundamental que la madre y el recién nacido permanezcan en una habitación conjunta durante las 24 horas. Esta situación es durante los primeros días, luego se debe seguir una lactancia según la indicación médica, según frecuencia.

- No ofrecer fórmulas lácteas excepto por indicación médica en situaciones especiales, así como tampoco dar agua.

- Asegurar la posición correcta del niño/a y de la madre de forma que no se produzca dolor al amamantar y el bebé succione adecuadamente.

- Corregir la alimentación de la madre en el caso que sea inadecuada.

En este contexto, cabe señalar que los factores sicológicos influyen, directamente en la producción de leche materna. Si la madre siente ansiedad y angustia, se inhibe la producción, en cambio si siente satisfacción y alegría, la producción es óptima y suficiente para alimentar a su hijo.

Se debe tener presente que la lactancia materna cubre todas las necesidades nutricionales de los lactantes en el período que la consuman. Obteniéndose ventajas para la madre y el niño, y a demás para la familia y la sociedad. Estas ventajas se pueden detallar de la forma siguiente:

1) Ventajas para la Madre

- Crea un lazo afectivo único entre la madre y el hijo, ya que es un acto que sólo ellos pueden realizar.

- Ayuda en cierta medida a perder peso a la madre, tras cambios hormonales y orgánicos que experimenta la madre.

- Reduce la posibilidad de otro embarazo.

- Disminuye el riesgo de contraer cáncer de útero y de mamas.

- Ayuda en la recuperación de la madre, luego del parto, al hacer que el útero se contraiga más rápidamente, y que la pérdida de sangre acabe antes.

- Genera un menor riesgo de depresión post-parto.

2) Ventajas para el Lactante

- Aumenta sus defensas protegiéndolo de infecciones.

- Es el alimento ideal, ya que está creado sólo para él.

- Crea lazos de afecto con la madre.

- Mejora su desarrollo intelectual, psicomotor y social.

- Ayuda a mejorar su digestión.

- Se encuentra siempre a una temperatura adecuada para el lactante.

- Genera un mejor desarrollo intelectual. Estudios han demostrado que existiría un coeficiente intelectual más alto en los niños/as alimentados con leche materna v/s los alimentados con fórmulas.

- Ayuda a generar un mejor desarrollo dento maxilar y facial.

- Produce un menor desarrollo de trastornos alérgicos en el primer año de vida en los niños/as con factores de riesgo.

- Genera un menor riesgo de desarrollo de Diabetes Mellitus tipo 1[8], en niños/as con antecedentes de familiares de primer grado con esta enfermedad.

- Existe un menor riesgo de obesidad lo cual es proporcional a la duración de la lactancia materna.

3) Ventajas para la Familia

- Permite ahorrar en el presupuesto familiar al no tener que comprar leche, a demás de tener menos riesgos de salud, por lo cual el ahorro también es en consultas médicas y medicamentos.

- Genera un clima de afectividad en la familia, ya que la madre y el lactante se encuentran felices y satisfechos tras las ventajas de la leche materna.

4) Ventajas para la Sociedad

En el aspecto social, cabe señalar que la mayor ventaja se experimenta en la disminución de la ausencia laboral de la madre, la mortalidad infantil y hospitalizaciones de niños en edad de lactancia.

• Recomendaciones sobre la Lactancia

Existen ciertas recomendaciones que se deben tener presente sobre la lactancia, éstas son:

- Lavado de manos antes de amamantar, ya que la madre tomará su pecho y al niño con sus manos, corriendo riesgo de contagio, por lo cual es absolutamente necesario cumplir con esta medida.

- No usar jabón en la zona del pezón, ya que si es un jabón con una composición inadecuada, podría irritar el pezón, impidiendo la correcta lactancia.

- Colocar una gota de leche sobre el pezón luego de amamantar, eso prevendrá la aparición de grietas.

[8] Diabetes mellitus tipo 1: enfermedad que se desarrolla por el ataque del sistema inmune contra las células del páncreas.

- Aumentar la frecuencia de la lactancia previene la congestión de las mamas.

- Evitar el consumo de alcohol, tabaco, automedicación o condimentos antes de la lactancia, ya que a través de la leche materna se transmite lo que la madre ha consumido, por lo cual sería perjudicial para el bebé.

- La madre no debe sentir dolor al amamantar, si es así debe consultar a un especialista.

Ahora bien, los lactantes pueden ser amamantados cuando ellos lo requieran, la demanda va a depender de cada lactante, dada sus características individuales.

Lo ideal es que el niño se alimente alrededor de diez minutos por cada mama, hasta que quede completamente satisfecho. Cada tres o cuatro horas debe ser amamantado en el día, y entre una y dos veces durante la noche.

Se debe procurar que el niño realice una succión correcta, para que así la madre que está entregando lactancia, no presente dificultades y problemas en sus mamas tras una lactancia incorrecta.

Realice ejercicios nº 11 al 13

CLASE 06

2.2. Programa "Amigos de la Lactancia Materna"

Conocer y difundir la correcta práctica de la lactancia materna es una tarea que involucra a todos los agentes que se encuentran, de alguna manera, en contacto con niños y madres. En los servicios de salud se enseñan técnicas y teoría básica sobre la lactancia, pero existen siempre errores y desconocimiento que pueden traer consecuencias que afectan directamente al lactante. Dado los beneficios de la lactancia materna, la práctica inadecuada o la no práctica de ésta debe ser detectada.

Como se señalaba anteriormente, la lactancia es fundamental para los niños/as en etapa de crecimiento, por este motivo es que se crearon los Hospitales amigos del niño y de la madre, o también llamados, amigos de la lactancia materna, generados gracias a una iniciativa que hace 15 años la UNICEF[9] junto con la Organización Mundial de la Salud crearon con el fin de modificar las prácticas en las áreas de maternidad, para asegurar que se promovieran y apoyaran el buen inicio y continuidad de la lactancia materna. En el año 1992, la Comisión Nacional de Lactancia de Chile se unió a esta propuesta, y actualmente

[9] UNICEF: es el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Su función principal es promover la protección de los derechos de los niños, ayudar a satisfacer sus necesidades más importantes y otorgarles más y mejores oportunidades para su desarrollo pleno.

funcionan 28 consultorios certificados en el país, una clínica privada, un hospital privado y 37 hospitales públicos.

En centros educacionales que atienden a menores de dos años, educadores y asistentes tienen el deber de apoyar y guiar en la correcta práctica de la lactancia, para que así los niño/as adquieran los beneficios de la leche materna y puedan desarrollarse de manera óptima en todos los aspectos que involucra al ser humano.

Es de tal importancia la lactancia materna, que al igual que los servicios de salud, los jardines se han unido a la iniciativa "amigos de la lactancia materna". Es por ello que en el año 2003, la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) junto a UNICEF y a la Comisión Nacional de la Lactancia lanzaron el programa en varios establecimientos educacionales JUNJI, con el propósito de facilitar a las madres que trabajan el proceso de lactancia mediante lugares habilitados y apoyo. En el año 2006, 28 jardines fueron acreditados y 68 están en proceso de hacerlo. Para aquello, el Ministerio de Salud de Chile ha determinado diez pasos que debe cumplir un jardín "amigo de la lactancia materna", los cuales se detallan a continuación son:

- PASO N° 1: debe existir una política escrita donde se promueva la práctica de lactancia natural, la cual debe ser comunicada de forma sistemática al personal del Jardín. También se debe incorporar el tema de lactancia en el plan anual en cada nivel de atención.

- PASO N° 2: se debe capacitar a todo el personal del Jardín Infantil, para que de este modo el jardín se encuentre en condiciones de implementar la Política de Promoción de la Lactancia Materna.

- PASO N° 3: es necesario informar a todas las familias de los párvulos sobre los beneficios y técnicas de lactancia.

- PASO N° 4: se debe hacer énfasis en promover acciones educativas en madres que se encuentran amamantando, embarazadas y familiares de los niños y niñas interesados en el tema.

- PASO N° 5: favorecer aprendizajes significativos con el niño y la niña, respecto de la lactancia materna.

- PASO N° 6: se deben generar condiciones a nivel del Jardín Infantil para la mantención de la lactancia materna.

- PASO N° 7: se debe promover la mantención de la lactancia materna en forma exclusiva hasta los 6 meses de edad y su prolongación por lo menos hasta el año de vida.

- PASO N° 8: educar a las familias sobre los inconvenientes del uso del chupete.

- PASO N° 9: promover la formación de grupos de Apoyo a la lactancia materna, al interior de la Comunidad Educativa.

- PASO N° 10: finalmente se debe establecer una coordinación con Consultorios y otros Organismos de la Comunidad para el desarrollo de acciones conjuntas respecto al tema.

Como se puede observar, los pasos descritos son bastante claros y factibles de llevar a la práctica y los beneficios que entrega al lactante son infinitos.

Ahora bien, para que el proceso sea llevado a la práctica en forma adecuada, el Ministerio de Salud ha implementado una pauta de evaluación sobre los pasos determinados previamente.

Dado que los educadores y asistentes son los agentes activos en esta iniciativa es fundamental conocer tal evaluación, motivo por el cual se detalla a continuación a través de las siguientes tablas:

Tabla Nº 1: Evaluación Primer y Segundo Paso

PASO 1	Si	No
1.1. ¿Tiene el Jardín una política escrita donde se contemplen los 10 pasos para una lactancia óptima?		
1.2. ¿Está disponible para que el personal en contacto con las madres y niños puedan hacer referencia a ella?		
1.3. ¿Esta política está visible en todas las áreas del Jardín dónde se atienden niños y madres?		
1.4. ¿El Jardín Infantil incorpora en el Plan Anual actividades concretas relacionadas con los 10 pasos para promover la lactancia materna?		
1.5. ¿El nivel Sala Cuna incorpora en su Plan específico actividades concretas relacionadas con los 10 pasos para promover la lactancia materna?		
PASO 2	Si	No
2.1. ¿La Educadora de Sala Cuna está capacitada en el tema de la lactancia materna?		
2.2. ¿Todo el personal de Sala Cuna tiene conocimiento específicos acerca de los beneficios de la lactancia materna y como apoyarla?		
2.3. ¿Todo el personal de los otros niveles de atención tiene conocimientos generales respecto de los beneficios de la lactancia materna?		
2.4. ¿Todo el personal que comienza a trabajar en el Jardín y que tiene relación con la atención del niño de Sala Cuna es entrenado antes de los seis meses de su ingreso como máximo?		
2.5. ¿El personal de Sala Cuna tiene conocimientos acerca de la Práctica y técnica de amamantamiento y extracción de leche materna?		
2.6. ¿La duración de capacitación en lactancia y técnica de amamantamiento es al menos de 8 horas?		
2.7. ¿Esta capacitación, cubre los diez pasos del Jardín Infantil Amigo de la Lactancia Materna?		

Tabla Nº 2: Evaluación Tercer, Cuarto, Quinto y Sexto Paso

PASO 3	Si	No
3.1. ¿Se realizan acciones educativas con las madres de los niños del nivel Sala Cuna, respecto a los beneficios de la lactancia materna?		
3.2. ¿Se utilizan estrategias educativas en los otros niveles de atención para entregar información a las familias respecto a la importancia, beneficios y técnicas de amamantamiento?		
3.3. ¿Se informa a las familias que el amamantamiento crea vínculos afectivos y favorece el desarrollo y aprendizaje de los niños y niñas?		
PASO 4	Si	No
4.1. ¿Se realizan acciones educativas respecto a la lactancia materna con madres embarazadas, madres que amamantan y familiares interesados en el tema?		
4.2. Al ingreso del niño o niña a la Sala Cuna ¿se informa a la familia la acción de apoyo a la lactancia que realiza el Jardín Infantil?		
PASO 5	Si	No
5.1. ¿Se realizan actividades para favorecer aprendizajes significativos en los niños y niñas respecto a lactancia materna?		
5.2. ¿Se cuenta con material educativo para los niños, elaborado por el Jardín Infantil acorde a la Política de lactancia materna?		
PASO 6	Si	No
6.1. ¿El Jardín Infantil genera las condiciones (lugar, horario flexible, otros) para que las madres amamanten a sus hijos?		
6.2. ¿La madre puede decidir el horario de ingreso a la Sala Cuna para amamantar a su hijo de acuerdo a las necesidades del niño/a?		
6.3. ¿La madre puede guardar su leche extraída en el Jardín Infantil para que se entregue a su niño cuando él lo requiera?		
6.4. ¿El personal conoce la técnica de conservación e identificación de la leche materna?		
6.5. ¿Se detectan factores de riesgo en la mantención de la lactancia materna?		
6.6. ¿La Manipuladora de Alimentos de Sala Cuna conoce la forma de conservar e identificar la leche materna extraída?		

Tabla Nº 3: Evaluación Séptimo, Octavo, Noveno y Décimo Paso

PASO 7	Si	No
7.1. ¿El Jardín Infantil cumple las recomendaciones del Consultorio de entregar exclusivamente leche materna a los lactantes menores de 6 meses?		
7.2. ¿Se motiva a la madre a continuar con el amamantamiento cuando el niño o niña comienza a alimentarse con papillas?		
7.3. ¿El personal sabe en qué casos el Consultorio indica la entrega de otros alimentos o mamaderas, que no sea leche materna, en niños amamantados?		
7.4. ¿Se solicita certificado de médico, enfermera o nutricionista cuando la madre solicita mamadera de relleno o comida para el niño que está amamantando?		
PASO 8	Si	No
8.1 ¿Se informa a las familias, y en especial a las madres embarazadas, que el chupete o mamadera puede interferir en la lactancia materna en el niño/a recién nacido?		
8.2 ¿Se informa a las madres que están amamantando respecto de los riesgos del chupete para la lactancia materna y para el desarrollo dento máxilo facial del niño?		
PASO 9	Si	No
9.1. ¿Se ha constituido un equipo de trabajo permanente para difundir y apoyar la lactancia materna?		
9.2. ¿Cuenta con material educativo de apoyo?		
9.3. ¿Se mantiene información permanente y actualizada del tema en los medios de información de la comunidad educativa?		
PASO 10	Si	No
10.1. ¿El Servicio de Salud conoce las acciones de fomento de la lactancia materna que desarrolla el Jardín Infantil?		
10.2. ¿Se mantiene una relación permanente con los servicios de salud para efectuar consultas específicas o para el desarrollo de acciones educativas con la comunidad del Jardín Infantil?		
10.3. ¿El personal del Jardín Infantil sabe dónde derivar a las madres que tienen problemas con el amamantamiento?		

La Pauta de Evaluación presentada permitirá al personal de los Jardines Infantiles que cuentan con Salas Cunas, revisar en forma rápida sus prácticas y rutinas en relación a la promoción y apoyo de la lactancia materna. Además facilitará la detección de errores que se puedan estar cometiendo, ayudando así a elaborar medidas de acción que permitan corregir prontamente el error detectado.

Realice ejercicios nº 14

CLASE 07

2.3. Técnicas de Amamantamiento

Una lactancia exitosa implica asegurar una técnica adecuada de amamantamiento, lo que permitirá desarrollar una lactancia más satisfactoria y provechosa para el lactante y la madre.

En relación a este tema existen ciertos Indicadores de Amamantamiento Correcto, los cuales son señalados a continuación:

a) Sonido de deglución[10] audible.

b) Apariencia del niño/a tranquilo al mamar, de manera rítmica, claramente relajado y satisfecho.

c) Sueño tranquilo, de aproximadamente 1,5 a 3 horas entre cada mamada.

d) Producción de leche constante y bajada de leche en relación al horario del niño/a.

e) Aumento de peso normal en el niño/a.

f) Promedio 6 pañales al día mojados con orina clara.

g) Promedio 4 deposiciones amarillas y fluidas diarias, durante el primer mes de vida.

h) Pechos sanos, que no sufren dolor al ser succionados por el niño/a.

La presencia de dichos indicadores dará a conocer que el amamantamiento se está realizando de forma correcta lo que estará indicando el éxito de la lactancia materna.

[10] Deglución: paso del alimento desde la boca hacia la faringe.

Según el Ministerio de Salud junto con la UNICEF, existen determinadas técnicas que son las más efectivas para amamantar al lactante, las cuales son presentadas a continuación:

Figura Nº 10: Técnica de Lactancia

Primero, la madre debe sentarse con la espalda apoyada. En esta posición procede a ofrecer el pecho con los cuatro dedos por abajo y el pulgar por arriba, detrás de la areola. Se debe tocar el labio inferior del niño hasta que abra grande su boca.

Luego, con el brazo que sostiene al lactante, la madre debe atraerlo hacia ella para que el pezón y la areola queden dentro de su boca, la nariz y el mentón tocando el pecho y el cuerpo del niño enfrentándola.

Figura Nº 10: Continuación Técnica de Lactancia

Posterior a ello, el lactante envuelve la areola con su lengua, masajeándola contra el paladar para sacar la leche. El pezón queda al fondo de la boca y los labios abiertos se apoyan sobre el pecho.

La madre debe dejar que el niño termine sólo la mamada. Sin embargo en el caso que ella necesitara sacarlo antes, debe introducir un dedo en la comisura labial del niño hasta las encías y retirar el pecho.

La técnica descrita en la figura anterior, es la que comúnmente utilizan las madres que están en etapa de lactancia materna. Siendo muy importante que ésta se realice de manera correcta y buscando siempre la comodidad del niño, para que así este proceso de alimentación sea satisfactorio.

Cabe señalar que a parte de la técnica señalada anteriormente existen otras muy efectivas y utilizadas según cada madre, y las condiciones en que se encuentre, éstas también son planteadas por el Ministerio de Salud y se detallan a continuación.

Figura Nº 11: Técnicas Alternativas de Lactancia

La posición llamada "*caballito*", es muy cómoda para algunas madres. Se practica con el niño sentado sobre la pierna de la madre mirándola de frente, la mano del mismo lado le afirma la espalda y los dedos sostienen la cabeza por los lados.

Amamantar en la noche es muy importante. Para que la madre lo realice de forma cómoda debe apoyar la cabeza sobre una almohada doblada y recostar al niño sobre su brazo frente a ella.

Ahora bien, no se debe olvidar que existen casos en que las madres que deben amamantar a dos hijos, cuando se tiene gemelos o mellizos, a pesar que se puede pensar que es más difícil se muestra a continuación una técnica apropiada para esos casos.

Figura Nº 12: Técnica de Lactancia para Gemelos o Mellizos

Cuando la madre tiene mellizos o gemelos, lo mejor es usar está técnica que se muestra, y amamantar a los dos bebés, para así optimizar el tiempo y compartir este momento especial con ambos niños.

A demás, hay madres que por problemas de tiempo u otras condiciones, no pueden amamantar a su hijo, pero quiere de todos modos darle leche materna al niño. Existe para esto casos una técnica de sacar leche muy eficiente la cual se grafica en la siguiente figura.

Figura Nº 13: Extracción de Leche Materna

Para que la madre proceda a extraerse leche, debe realizarlo tal como muestra en la figura anterior. Sin embargo debe considerar ciertos detalles, los cuales se detallan a continuación:

- Primero la madre debe lavar sus manos.

- Debe tener precaución en los horarios de extracción y los elementos a utilizar.

- Cada envase con leche extraída debe etiquetarse con la fecha y hora. En la sala cuna se debe tener en cuenta estos datos junto con el nombre del niño/a.

- Antes de extraer leche, se debe hacer un pequeño masaje en forma circular alrededor de la areola, para incentivar la baja de leche.

- La madre puede colocar compresas tibias sobre los pechos, cuando estos se encuentran congestionados, de esta manera facilita la baja de leche y su extracción.

- Se debe evitar el cambio de la leche extraída de un recipiente a otro, lo correcto es extraerla y conservarla en el mismo recipiente.

- El estado psicológico de la madre y el ambiente puede hacer variar la cantidad de leche extraída en cada sesión.

- La madre debe consultar a un especialista que le guíe en la manera de extraer la leche, ya que puede ser manual o con la ayuda de bombas extractoras.

- Las madres deben tener presente que si se extraen buena cantidad de leche, producirá más leche.

- La leche extraída tiene un tiempo de duración, el cual es el siguiente: temperatura ambiente 12 horas; refrigerada 3 a 5 días, congelada 14 días.

- Cuando se le quiere dar la leche refrigerada al niño/a, se recomienda un descongelamiento lento, colocándola unas horas antes de utilizarla en el refrigerador, sector de no congelamiento, y esperar otras horas para seguir con el descongelamiento.

- No se debe recongelar la leche que ha sido descongelada, ya sea total o parcialmente.

- La leche tiende a separar su grasa, quedando pegada en el recipiente que la contiene, lo cual se soluciona agitando el envase para homogenizarla nuevamente.

- Es ideal entibiar la leche a baño maría[11], sin hervirla. Por lo mencionado anteriormente, es necesario batir la leche antes y después de entibiarla.

Se ha mencionado a lo largo de este punto, las bondades de la leche materna, pero lamentablemente existen contraindicaciones, las cuales se deben tener presente y por ello son mencionadas a continuación.

- Contraindicaciones de la Lactancia Materna

Dentro de las contraindicaciones que puede presentar la leche materna, destacan las siguientes:

a) La madre con cualquier enfermedad infecciosa no tratada, puede transmitir a su hijo/a dicha enfermedad.

b) En el caso que la madre se encuentre enferma con el virus del SIDA, puede transmitírsela al lactante.

c) Pueden existir ciertos medicamentos que puedan afectar la leche materna, por lo que el médico debe prevenir y guiar a la madre referente a este tema.

d) Se puede dar el caso en que el lactante presente problemas congénitos[12] del metabolismo[13], es decir un niño puede nacer con un defecto en la función o estructura de una proteína además de problemas enzimáticos, lo cual en simples palabras significa que no puede metabolizar algunos componentes de ciertos alimentos, por ende no tolera el alimento. Si el niño presenta un problema de este tipo puede, por ejemplo, que le impida sintetizar la lactosa que es el azúcar de la leche, y por ende no podría consumir leche materna, y en estos casos tendría que consumir alguna fórmula láctea adecuada.

e) La leche materna se puede ver alterada debido a un tratamiento de enfermedad cancerosa, lo cual se produce por lo medicamentos y posibles quimioterapias[14] para combatir la enfermedad, lo que sin duda puede generar un daño en el lactante.

f) Pueden existir ciertas contraindicaciones que las indique específicamente el médico tratante, en virtud de un caso particular.

---

[11] Baño maría: consiste en calentar un alimento en un recipiente que se sumerge en otro que contiene agua caliente, para que el contacto no sea directo con el fuego.

[12] Congénitos: rasgos adquiridos en la vida dentro del útero, o sea antes de nacer.

[13] Metabolismo: conjunto de procesos que ocurren al interior de una célula.

[14] Quimioterapia: tratamiento médico basado en la administración de sustancias químicas.

Como se puede observar, conocer la forma de extracción y conservación de leche materna, además de las contraindicaciones de la lactancia materna, significa que más niños podrán alimentarse con la leche más idónea para ellos de manera sana y segura. Guiar a las madres en este proceso es el deber de educadores y asistentes, quienes teniendo en cuenta los múltiples beneficios de ésta, lograrán un mejor desarrollo del niño/a.

Realice ejercicios nº 15 al 17

CLASE 08

3. LACTANCIA ARTIFICIAL

La lactancia materna es la principal fuente de nutrientes del recién nacido y lactante. Sin embargo por variadas razones hay madres que no pueden realizar una lactancia adecuada. Por ello existen alternativas de leches artificiales que entregan lo necesario al bebé.

El niño/a que consume leche de su madre toma la cantidad que le satisface y la leche se encuentra naturalmente adaptada a su organismo. Cuando al bebé se le alimenta con leche artificial por medio de una mamadera se necesita tener ciertas precauciones, como elegir la leche adecuada, ver como el niño/a la tolera, controlar las raciones, entre otras.

Es así que al dar leche que no sea directa desde el pecho materno, se deben tener en consideración los tipos de leches existentes, los tipos de fórmulas lácteas, la esterilización en el proceso de preparación láctea y la preparación de la leche propiamente tal. Todos aspectos que serán analizados a continuación.

3.1. Tipos de Leche

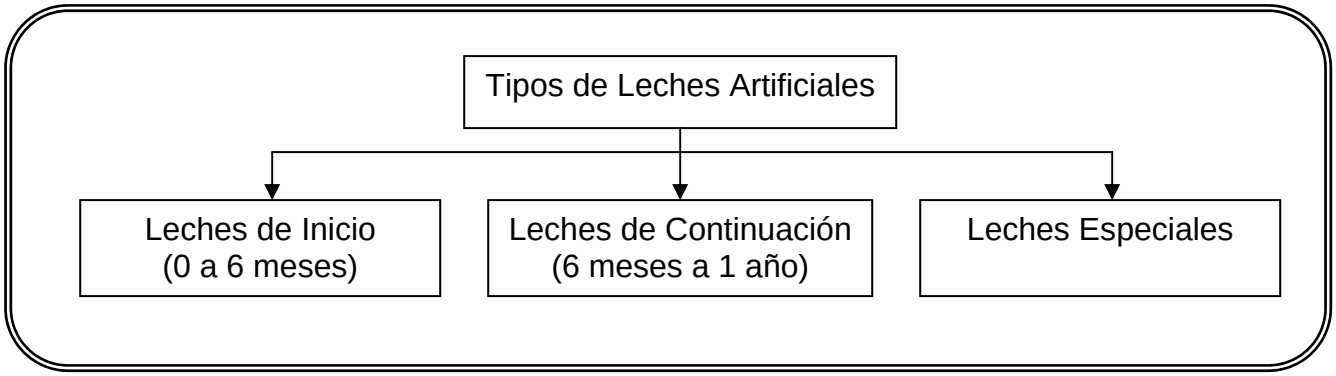
La leche de vaca que no está modificada presenta una composición que no se adapta a la capacidad de digestión del lactante, por lo menos hasta los 12 meses. Es por esto que las leches industriales han sufrido modificaciones para que puedan ser asimiladas por los niños. Existen algunas leches que intentan asemejarse a la leche materna, las que se denominan maternizadas y otras llamadas adaptadas.

Las leches suelen ser en polvo, pero también se pueden encontrar líquidas. Existen diferentes leches que proporcionan al lactante lo esencial en los primeros cuatro a seis meses de vida y otras que contienen diferente composición desde los seis meses hasta fines del primer año.

A pesar de los esfuerzos de los especialistas por crear una composición láctea igual a la leche materna, no existe comparación en cuanto a los beneficios entre la leche materna y una creada, aunque sí contienen componentes que son esenciales para el lactante, no se componen de anticuerpos protectores contra las infecciones, como los que tiene la leche materna.

Pese a ser mejor la leche materna, por diferente razones muchos niños deben alimentarse sólo con fórmulas lácteas. Por ello a continuación, a través de la siguiente figura, se presenta su clasificación.

Figura Nº 14: Clasificación de las Leches Artificiales



Para una mejor comprensión de los tipos de leches señalados en la figura anterior, a continuación son descritos cada uno de ellos.

1) Leches de Inicio: son para niños cuyas edades comprenden 0 a 6 meses. Aquí la leche debe cubrir todas las necesidades del niño, ya que es el único alimento que consume. Se utiliza leche de vaca para su elaboración, la que sufre una serie de modificaciones para adaptarla a las necesidades de los lactantes.

   Principalmente a la leche se le disminuye la concentración de proteínas, se reemplaza parte de la grasa de la leche por grasa vegetal y se le adiciona vitaminas y lactosa.

   Existen ciertas fórmulas de inicio que además son enriquecidas con diferentes nutrientes, los cuales se caracterizan por:

   - Nucleótidos, los cuales mejoran el desarrollo intestinal y la respuesta inmune.

   - Taurina, colabora en el desarrollo del sistema nervioso central además de ser de ayuda en la madurez de la función visual.

   - Carnitina, compone membranas celulares, además de colaborar en el desarrollo cerebral.

2) Leches de Continuación: destinadas a lactantes desde los 6 meses hasta el año de edad. Es importante mencionar que en esta etapa, a diferencia de la etapa antes de los 6 meses, los lactantes reciben los nutrientes también a través de alimentos sólidos, por lo cual la leche no contiene los mismos elementos que la leche de inicio.

   Aunque la alimentación sea láctea además de incorporar nuevos alimentos, debe mantenerse un consumo de leche por parte del lactante de 500 ml. diarios.

3) Leches Especiales: están creadas para las necesidades nutritivas de los lactantes con algún tipo de trastorno fisiológico que no le permita metabolizar, digerir o absorber determinadas sustancias.

   Al elaborarlas, se utilizan las leches infantiles convencionales, las que sufren modificaciones necesarias para adaptarlas a las necesidades de los lactantes según su condición. Aportando las vitaminas y minerales necesarios para el correcto desarrollo del niño/a.

   Dentro de las leches especiales se encuentra la leche sin lactosa, en esta fórmula no existe lactosa[15] en su composición, componente principal de las leches, la cual ha sido reemplazada por otro carbohidrato, esto es porque existen niños que tienen una deficiencia orgánica que les impide metabolizar la encima de la lactosa. Esta situación puede provocarse por una diarrea crónica o una deficiencia genética.

   Al tener la lactosa un efecto positivo en la absorción de calcio, esta fórmula debe tomarse por un tiempo limitado hasta recuperar la normalidad orgánica, condición que debe ser evaluada por el médico tratante del lactante.

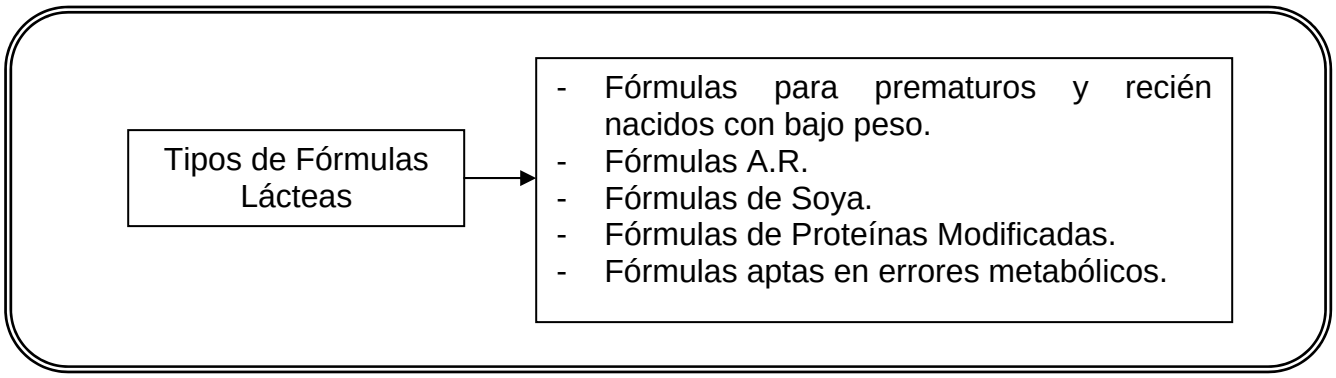
   Cabe señalar que cuando esta situación de intolerancia a la lactosa se presenta en niños entre tres y cinco años no es necesario utilizar esta leche, ya que pueden consumir otros derivados lácteos, porque contienen menos niveles de lactosa.

3.2. Tipos de Fórmulas Lácteas

Para la preparación de leche artificial existen básicamente cinco fórmulas lácteas que pueden ser suministradas a un lactante de acuerdo a los requerimientos que éste presenta. A través de la siguiente figura se señalan este tipo de fórmulas.

[15] Lactosa: es el azúcar de la leche.

Figura Nº 15: Clasificación de Fórmulas Lácteas



Para una mayor comprensión, cada una de las fórmulas mencionadas en la figura anterior son descritas a continuación:

a) Fórmulas para Prematuros y Recién Nacidos con Bajo Peso: dada las condiciones de los recién nacidos y prematuros, estos deben recibir cuidados específicos, aún más aquellos que presentan bajo peso, donde su alimentación debe ser la principal consideración, ya que requieren de necesidades nutricionales especiales.

   En los niños/as prematuros, estas leches deben aportar los nutrientes necesarios para cubrir los requerimientos del tercer trimestre de gestación, aportando así en el correcto proceso de maduración del sistema digestivo y metabólico. Por este motivo las fórmulas utilizadas se deben encontrar enriquecidas con hierro y contener mezcla de grasas lácteas y vegetales.

b) Fórmulas A.R: estas fórmulas llamadas antirregurgitación se recomiendan en niños/as donde existe un anormal paso de la comida desde el estómago hacia la boca. Se le llama comúnmente reflujo gastroesofágico y en niños/as recibe también el nombre de regurgitación.

La situación de regurgitación se presenta en alrededor de un 50% de los lactantes a los dos meses de edad, situación que disminuye favorablemente al año, producto de la maduración del sistema digestivo.

Si el niño presenta inapetencia y baja de peso puede ser grave, pero es común y no genera mayores complicaciones en los lactantes si es que es tratada con leches especiales y con la precaución de recostar al bebé en posición semisentado y de costado por posibles ahogos frente a un reflujo.

La principal característica de esta fórmula es su consistencia espesa, reduciendo así la frecuencia de reflujos.

Se puede encontrar leches antirregurgitación de inicio y de continuación, ya que es desde el año donde este problema se reduce considerablemente, haciéndose necesario utilizar estas fórmulas antes de esa edad.

c) Fórmulas de Soya: las leches comúnmente consumidas provienen de la vaca por lo tanto son de origen animal, en cambio la leche de soya, además de no contener lactosa son de proteínas de origen vegetal no se basan en la leche de vaca, sino de la soja.

Dado que éstas leches no contienen los nutrientes tradicionales de la leche de vaca, se recomienda adicionarles calcio, zinc, hierro y taurina.

Ahora bien, su uso se recomienda en lactantes que pertenecen a familias vegetarianas o que presenta intolerancia a la lactosa o aquellos alérgicos a la proteína de leche de vaca.

d) Fórmulas de Proteínas Modificadas: estas fórmulas son utilizadas en niños/as con problemas de digestión y absorción de nutrientes debido a alergias o dificultades de absorción intestinal. Las proteínas de estas fórmulas han sido predigeridas mediante el proceso de hidrólisis[16].

Este tipo de fórmulas se clasifican según el grado de hidrólisis sufrido, pudiendo ser:

- Fórmulas hipoalergénicas: en este tipo de fórmulas las proteínas han sido altamente hidrolizadas. Su sabor es desagradable y de manera frecuente aparecen diarreas cuando el niño/a comienza a consumirlas. La producción de heces disminuye progresivamente y regularmente presentan un aspecto y olor peculiar.

- Fórmulas Hipoantigénicas: en estas fórmulas las proteínas de la leche sufren un menor grado de hidrólisis. Por lo cual tienen un mejor sabor que la fórmula anteriormente mencionada.

e) Fórmulas aptas en Errores Metabólicos: hay enfermedades en lactantes que se pueden controlar con tratamiento a través de la dieta. Estas enfermedades son principalmente metabólicas, causadas por un defecto en el funcionamiento de una enzima. Dependiendo de la enzima que provoca la dificultad en el organismo del lactante, se ha de suprimir en la dieta los nutrientes que necesitan esa enzima.

[16] Hidrólisis: reacción química del agua con una sustancia.

Cabe señalar que estas fórmulas son para tratamientos específicos y deben ser controladas totalmente por el médico tratante del niño/a.

Como se puede ver, existen variadas alternativas de alimentar al lactante, a través de fórmulas lácteas específicas para cubrir las necesidades de cada niño/a, según sus requerimientos y necesidades individuales.

Cabe destacar que su uso debe ser indicado por un médico, pero educadores y asistentes que están en contacto con lactantes, pueden guiar a las madres sobre la existencia de estas fórmulas en el caso que su hijo/a presente inconvenientes con la lactancia materna.

Es necesario tener presente que el uso de estás leches especiales se recomienda sólo en los casos que la lactancia materna sea imposible de practicar, ya que como se señaló anteriormente, la lactancia materna es la mejor opción de alimentación del lactante, dados sus múltiples beneficios.

Se debe considerar que el cambio de lactancia desde la madre a fórmula láctea en mamadera requiere que la madre tenga paciencia en la adaptación del niño al cambio, ya que éste debe acostumbrarse a la nueva leche y a la forma de consumir su alimento, dado que el pecho materno siempre es preferido por los niños/as.

Las fórmulas lácteas requieren, sin lugar a duda, de una preparación adecuada, en cuanto a ellas y a los utensilios a utilizar, tema que será analizado en el punto siguiente.

Realice ejercicios nº 18 y 19

CLASE 09

3.3. Esterilización en el Proceso de Preparación Láctea

Actualmente, la mayor parte de la sociedad vive en buenas condiciones higiénicas, incluyendo salas cunas y jardines infantiles, donde este tema es fundamental. Dadas estas condiciones de buena higiene general, hay quienes piensan que no es necesario esterilizar las mamaderas y que tan sólo basta con lavarlas bien.

Los primeros meses, mientras el bebé no pueda defenderse bien contra los microbios, es totalmente aconsejable darle la leche en mamaderas esterilizadas. Cuando comience a comer con cuchara, a mordisquear los trozos de pan, y a tomar con sus manos, no siempre limpias, algunos alimentos la esterilización resultara inútil.

En cuanto a la leche, que al comienzo es la alimentación principal del niño, también debe ser esterilizada. Este es el motivo por el cual las leches en polvo vienen esterilizadas por el fabricante.

En síntesis, la preparación de las mamaderas requiere de dos pasos primordiales: por una parte la esterilización de las mamaderas, de las tetinas o chupete de la mamadera y de todo lo que esté en contacto con la leche y por otra parte, la preparación de la leche misma.

Antes de esterilizar los biberones o mamaderas, hay que limpiarlos, como también las tetinas o chupetes, y los protectores de tetinas. La forma de proceder es la siguiente:

- Mamaderas: se pueden dejar en agua los elementos, luego cepillar con cuidado el interior de ésta con un cepillo especial para este uso que venden en farmacias, usar agua tibia y un lavalozas o jabón, luego se debe enjuagar muy bien.

Figura N° 16: Técnica de Esterilización

- Protectores de tetinas: deben frotarse y enjuagarse.

- Tetinas: se le debe dar vuelta para limpiar por dentro y por fuera, se recomienda utilizar un cepillo pequeño y, cuando estén limpias, asegurarse de que los orificios no estén obstruidos.

Se recomienda para obtener mejores resultados al higienizar las mamaderas, cuando el bebe ha terminado de beber la leche, enjuagar el biberón y llenarlo de agua, enjuagar igualmente la tetina y los protectores de tetinas. De lo contrario, la leche seca se pega y se hace más difícil la limpieza interior.

Cabe señalar que existen dos formas de llevar a cabo la esterilización, ya sea en caliente o en frío. Ambas formas son descritas a continuación:

1. Esterilización en Caliente: para asegurar la destrucción total de los microbios que se encuentran en las mamaderas y sus elementos, se utiliza la acción del calor por medio de la ebullición, el cual debe alcanzar una temperatura determinada. Según la Organización Mundial de la Salud, el tiempo mínimo necesario para que la ebullición elimine del agua cualquier agente infeccioso es de entre 1 y 5 minutos según la altura sobre el nivel del mar de la ubicación geográfica de la ciudad.

   Es así que se pueden hervir los elementos de lactancia del bebé o colocarlos en el microondas en un recipiente especial para este proceso, el cual se adquiere en farmacias.

Figura Nº 17: Hirvición de Elementos para Lactancia

2. Esterilización en Frío: para esta esterilización se utiliza un recipiente de esterilización y un producto vendido en farmacias, presentado en forma líquida o en comprimidos. Se llena el recipiente con agua fría, se agrega el producto, se sumerge los biberones limpios en el agua, se cierra el recipiente y se deja actuar el producto, debiendo seguir muy bien las indicaciones. Para utilizar mamaderas esterilizadas de este modo, se les debe enjuagar cuidadosamente con agua hervida.

   En este tipo de esterilización se debe tener en cuenta que de un producto a otro se pueden dar pequeñas diferencias, pero por el principio es el mismo. Estos productos en ocasiones generan desconfianza porque presentan un ligero olor a cloro, pero son totalmente seguros.

Es importante mencionar que la esterilización debe ir acompañada de ciertas precauciones, sin las cuales sería inútil. Por ejemplo, hay que comenzar por lavarse las manos y cepillarse las uñas antes de preparar las comidas del bebé. Todos estos elementos deben estar bien guardados, en un lugar limpio y resguardado del polvo.

La esterilización de tipo frío se utiliza mayormente en los hogares, en los jardines y/o salas cunas se esteriliza a través del calor, de todas maneras es necesario conocer los diferentes tipos de esterilización de mamaderas, ya que la higiene es muy importante y la falta de ésta puede provocar peligrosas enfermedades.

Realice ejercicios nº 20 al 22

CLASE 10

3.4. Preparación de la Leche

La mayoría de las leches para lactantes vienen en polvo, por lo cual deben ser reconstituidas con agua. Para esto se debe elegir agua potable la cual debe ser hervida.

En forma práctica los pasos a seguir, en la preparación de la leche para un lactante, son los siguientes:

a) En primer lugar es absolutamente necesario que las mamaderas se preparen siempre según las proporciones recomendadas, 30 mililitros de agua por cada medida de leche, las cuales son generalmente de 5 gramos. Es muy importante cumplir esta medida recomendada, ya que si se pone más fórmula láctea se sobrealimenta al niño y puede provocar su deshidratación. En caso contrario, si se coloca menos fórmula y más agua, se le estaría dando al niño/a más líquido que alimento.

   Se recomienda no utilizar la mitad de las medidas y si es necesario aumentar el volumen de la mamadera, hacerlo en 30 mililitros de agua y una medida completa de leche, aunque el niño/a no se lo vaya a tomar todo.

   Otro punto a tener en cuenta es que no se deben comprimir las medidas, sino que deben ser rasas sin superar el borde.

b) Para la preparación de la leche se debe colocar el agua en la mamadera o biberón hasta alcanzar el nivel deseado y luego se añade la leche en polvo que corresponda, no debe colocarse la leche y luego el agua. Si se hace de esa forma, la cantidad de agua no podrá medirse correctamente, ya que la leche en polvo ocupará espacio dentro de la mamadera.

c) Es recomendable calentar la leche a baño maría, bajo el chorro de agua caliente, pero no es bueno calentarla en microondas, ya que no se distribuye bien el calor y podrían quedar muy calientes algunas partes de la mamadera.

d) Finalmente, se debe comprobar la temperatura de la leche para no quemar al lactante, por lo cual se debe verter unas gotas en el dorso de la mano. También, existen termómetros para comprobar que el biberón esté a la temperatura ideal que es de 36 ó 37ºC, la temperatura del ser humano.

Figura N° 18: Modo de Probar Temperatura de la Leche

Existen niños/as que prefieren la leche más bien tibia o fría, lo cual no sería un inconveniente si es que la aceptan de esa forma.

- Conservación de la Leche

En el caso que se desee guardar un biberón con leche debe ser en el congelador, ya que la leche a temperatura ambiente se contamina rápidamente. Para ello se puede utilizar un conservador de biberones para mantenerlos tibios. Sin embargo se debe tener presente que este procedimiento podría aumentar la contaminación microbiana.

Si se desea preparar biberones para todo el día, conviene extremar las medidas higiénicas y esterilizarlo todo muy bien. Una vez preparados, se cierran tapándolos con las tetinas hacia adentro y se conservan en el congelador. En el hogar esta práctica es usual, pero en recintos educacionales con lactantes debe prepararse la leche en el momento en que el niño/a la consumirá.

Si se toman las precauciones adecuadas y se siguen los pasos para una preparación e higiene adecuada, la lactancia no debiera presentar dificultades en esos aspectos.

- Metodología a seguir para dar la Mamadera al Lactante

Existe la creencia que si el niño/a está más alimentado de lo debido estará más sano, esto es absolutamente falso, ya que el niño debe alimentarse según su estatura y edad o según lo recomiende un especialista.

Para no sobrealimentar a un niño, se debe evitar agregar azúcar a la leche, si desde un principio se le coloca azúcar, el niño se acostumbrará y no podrá dejar este hábito, en cambio si no ha probado el azúcar, no la exigirá en cada mamadera.

Antes de preparar y dar la mamadera, la persona a cargo debe lavarse muy bien las manos y luego prepararla según se indicó anteriormente. Cuando la leche esté lista para darla al bebé, se debe verificar que la leche fluya correctamente desde la tetina o chupete de la mamadera. En ocasiones el orificio del chupete es demasiado ancho y en otras es demasiado estrecho. Además en ocasiones la leche no fluye porque no hay paso para el aire, para que esto no ocurra no se debe ajustar demasiado el tapón o chupete.

Ahora bien, la persona que dará el biberón al bebé debe instalarse en una silla, preferentemente que tenga lugar para apoyar los brazos, para que sea más cómoda. Se debe colocar al niño/a en el espacio del brazo, como lo muestra la figura siguiente.

Figura N° 19: Posición1 para dar Biberón

Luego, se debe introducir la tetina en la boca del niño. El lactante intentará tomar el biberón, eso es un indicador que está a gusto, debiendo el niño mamar en seguida. La figura siguiente muestra este paso.

Figura N° 20: Posición 2 para dar el Biberón

Posterior a ello, se debe sostener la mamadera de tal modo que el niño siempre tenga leche, de lo contrario el bebé tragará aire. Además se debe tener cuidado de no apoyar la tetina en la nariz del niño, ya que podría tener dificultades para respirar. La figura siguiente muestra este paso.

Figura Nº 21: Posición 3 para dar Biberón

En el caso que la tetina se aplaste, hay que desajustar levemente el tapón o chupete para que entre un poco de aire a la botella, de esta forma la tetina recuperará inmediatamente su forma.

Es muy importante que mientras se le da la leche al niño, se vaya asegurando que éste mama bien, para ello se debe verificar que suban pequeñas burbujas en el biberón. Esto es práctico ya que de ese modo la persona se da cuenta rápidamente si es que hay un grumo que obstaculice el flujo de leche.

Además se debe prevenir que el niño/a beba demasiado rápido, ya que puede atragantarse o tragar demasiado aire, lo que le provocará muchas molestias. Normalmente el momento debe durar entre 15 a 20 minutos.

Terminada esta labor, se debe tomar al niño para hacerlo eructar, sobando su espalda hacia arriba, como se muestra en la figura siguiente.

Figura Nº 22: Modo de hacer Eructar al Bebé

Con el cumplimiento de estos pasos, el bebé no debiera presentar inconvenientes en la ingesta de leche. En el caso que los presentara se debe tener paciencia en este proceso, y si las dificultades son permanentes comunicarse con los padres para que consulten a un especialista.

Realice ejercicios nº 23 al 25

CLASE 11

4. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La introducción de nuevos alimentos además de la leche no es una necesidad absoluta en el aspecto nutricional. La leche materna y las leches iniciación y continuación pueden muy bien ser el alimento exclusivo del lactante hasta los 6 meses.

No obstante, una alimentación variada contribuirá al desarrollo general del niño/a en varios aspectos como lo son en el:

- Desarrollo sensorial: sabor, color, olor, consistencia de los alimentos.

- Desarrollo motor: masticando y manipulando los alimentos, aprendiendo a comer con cuchara y a beber en taza.

- Desarrollo psicológico y social: cuando este más grande, podrá compartir y disfrutar en las comidas familiares sentado a la mesa con todos.

Cabe señalar que la alimentación del niño deber ser progresiva, ya que hasta los seis meses el bebé consume exclusivamente leche, de preferencia materna y desde ahí en adelante comienza a consumir alimentos, debiendo comenzar desde esa edad porque antes el niño no tiene maduro aun su sistema digestivo. Es por este motivo que los alimentos deben ser introducidos de apoco, porque es algo nuevo para él, a lo cual debe ir adaptándose orgánica y sensorialmente (sabor, olor, textura, etc.).

Cuando la introducción de alimentos es progresiva puede comenzar al cuarto mes y continuarse durante los meses siguientes hasta una alimentación variada. Pero más que comer de todo, el niño debe probar de todo. Si no es progresiva, es recomendable iniciar la alimentación complementaria desde el quinto y sexto mes.

Se debe tener presente que en este proceso todo es nuevo para el bebé, el alimento, el pocillo, la cuchara, por lo que deben ser introducidas mediante pequeñas pruebas, sin insistir en caso de oposición, pues la obligación provoca rechazos en el momento o permanentes.

En los jardines infantiles y salas cuna, debe existir una nutricionista a cargo de la alimentación de los niños y niñas, ya que se hace necesario conocer qué alimentos son mejores para los bebés y qué les aportan. Además que se debe guiar a los padres en generar una alimentación variada a su hijo.

A continuación se indicará una pauta promedio de alimentación según la edad del bebé, lo cual dará una idea de lo que en general se aconseja. Esto debe ser complementado con lo que médico pueda señalar como indicaciones específicas para niños con alguna

necesidad especial o por las pautas del nutricionista encargado. Cabe señalar que son ejemplos sugeridos, no reglas impuestas.

También se debe tener presente que la leche es considerada como una comida en los lactantes y que se aconseja introducir los alimentos de uno cada vez, para que el lactante los incorpore como es debido a su dieta, por lo cual las pautas se deben ajustar a este consejo. Por ejemplo si el lactante consume verduras con carne de vacuno, introducir el pescado a la semana siguiente, luego carne de pollo, etc.

4.1. Alimentación de 3 a 4 Meses

La alimentación recomendada para bebes en un rango de edad de 3 a 4 meses es de: cuatro biberones de leche o sesiones de lactancia materna, un biberón de leche cereal, o sea cinco comidas de 160 g.

A los 3 meses es, en general, la edad en que el niño/a toma cinco comidas de 160 g, dadas cada tres o cuatro horas. Además se le puede comenzar a dar el primer cereal; se comienza en general por una cucharadita, sin embargo en este caso es recomendable la opinión del pediatra.

El biberón con el cereal será preparado con la leche habitual del niño/a. El bebé tomará así cada día cuatro biberones de leche o mamadas, y una mamadera con cereal, que conviene darle por la noche, ya que con una comida más sustanciosa, el niño no se despertará tan temprano.

Hasta este momento, los sistemas nerviosos y digestivo del bebé no estaban maduros para otros alimentos que no sea la leche. Sin embargo a partir del cuarto mes, el pediatra podría aconsejar introducir el uso de la cuchara con postres de fruta en su alimentación.

4.2. Alimentación de 5 a 6 Meses

La alimentación recomendada para lactantes de 5 a 6 meses de vida es de: cuatro biberones de leche, un biberón de leche + cereal, o sea cinco comidas de 180 g.

La novedad en esta etapa de vida, es la introducción progresiva de verduras que se dan como comida del mediodía[17]. Se trata de verduras que se deben preparar en el jardín por una manipuladora de alimentos especializada, la misma persona que deberá preparar las leches.

[17] En esta situación las verduras reemplazan el biberón del medio día, es decir, el bebé tomará 3 biberones de leche, uno de leche más cereal y la sopa de verduras al medio día, o sea la comida sustituye un biberón.

La consistencia recomendada es la de una papilla o puré suave, ya que es importante que las comidas no contengan grumos, ni trozos de fibra.

Otro acontecimiento importante en esta etapa es que el niño/a empieza a comer con cuchara. Se debe intentar dar con cuchara el puré de verduras durante un día o dos, pero si el bebé rechaza la cuchara, no se debe insistir; mejor es intentar de nuevo unos días más tarde.

4.3. Alimentación de 7 Meses

La alimentación para un bebe de 7 meses debe ser: dos biberones de leche; un puré de verduras más huevo, pescado o carne y un postre; una sopa de verduras y un postre; o sea cuatro comidas de 200 g aproximadamente.

A esta edad, se producen acontecimientos importantes. En primer lugar, el niño tiene ya un horario de adulto, pues consume cuatro comidas diarias. No obstante, el médico o nutricionista indicará el momento en que el niño/a tenga horarios definidos de adulto, ya que se debe hacer este cambio según el ritmo de cada bebé.

Ahora el bebé puede comer huevo mezclado con su puré, pero solamente la yema, cocida dura, finamente picada y en pequeñas cantidades. Al principio se le puede dar media cucharadita; ocho días más tarde, una; al cabo de un mes, dos cucharaditas dos veces por semana. Además se le puede agregar carne de vacuno, de pollo o cordero dos veces por semana.

En segundo lugar hacia los 7 meses, el pescado hace su aparición en la mesa del bebé; 20 g de pescado no graso, una o dos veces por semana, mezclado con el puré de legumbres con la carne o el huevo. Este es el plato principal de la comida del mediodía.

También se debe agregar un postre que puede ser medio plátano molido, o bien 50 g de manzana cruda rallada. Se debe tener precaución en que la manzana no tenga semillas. Al igual se puede dar un puré de frutas envasado o congelado. Sin embargo en las salas de cuna debe prepararse las comidas para el momento en que serán consumidas. Como postre el bebé puede igualmente tomar medio yogur natural.

En cuanto al cereal, se puede agregar eventualmente un poco al biberón de la mañana y ya no al de la noche, pues ahora la última comida se compone de una sopa de verduras y de un postre.

Por lo tanto, la minuta diaria quedaría de la siguiente manera:

- Mañana: biberón de leche (con o sin cereal).

- Medio día: puré de verduras más huevo, carne o pescado; y un postre que puede ser plátano o manzana, o ambas mezcladas, o también medio yogur.

- Media tarde: leche.

- Tarde (cena): sopa de verduras y un postre.

4.4. Alimentación de 8 Meses

La alimentación recomendada para los bebes de 8 meses es: dos mamaderas de leche; un puré + carne, huevo o pescado y un postre; una sopa de verduras y un postre; o sea cuatro comidas de unos 225 g.

El esquema diario sigue siendo el mismo, pero las cantidades aumentan un poco. El niño/a come unos 225 g en cada comida en lugar de 200, en particular 30 g de alimentos proteicos (carne, huevo o pescado). Además se puede dar al niño postres lácteos como flan.

En síntesis, a los 8 meses de vida el bebé come:

a) Mañana: un biberón de leche, eventualmente con cereal.

b) Medio día: un puré mas huevo, pescado o carne y medio yogur o mitad de un flan.

c) Media tarde: una mamadera de leche.

d) Tarde (cena): sopa de verduras, puré de frutas "

Cabe señalar que en una de las comidas se puede agregar un jugo de frutas.

4.5. Alimentación de 9 a 10 Meses

En esta etapa del bebé las cantidades y los alimentos son los mismos que a los 8 meses, la gran diferencia es que hasta ese momento todo se mezclaba en la trituradora, ahora en cambio es bueno consumir los alimentos separados para que el niño sienta los diferentes sabores, por lo que no se debe hacer una consistencia tan de papilla, sino más bien triturar los alimentos.

Es muy probable que el bebé, a esta edad, no se encuentre familiarizado con los diferentes sabores de la comida, al comerlos más enteros, por lo que puede ser algo difícil hacerle comer de todo.

Es por lo anterior que se recomienda hacer un plato con pequeños montones separados: en un lado la carne, en el otro las verduras, en el tercero un poco de puré de papas. Aunque sólo sea para la mirada, esto será una novedad, al bebé le agradará ver en un plato un alimento verde, uno café y uno blanco, en lugar de un puré uniforme y diariamente verdoso.

4.6. Alimentación de 11 a 12 Meses

En la etapa de 11 a 12 meses, el niño sigue manteniendo sus cuatro comidas de 225 g aproximadamente. Comienza a masticar. Pero, como sucedió con la cuchara, es aconsejable actuar progresivamente: en lugar de dar las papas en puré, se deben moler con el tenedor en un comienzo, luego en trozos más grandes, según la manera como el niño/a mastique y trague. Es aconsejable probar también con un pequeño trozo de plátano.

Lo necesario es que a medida que salgan los dientes y el niño sepa cómo usarlos, se pase de las papillas a la comida normal. Esto requiere de seis a ocho meses: entre los 18 meses y los 2 años, el niño/a será capaz de masticar sin dificultad todos los alimentos.

Cuando las papillas se administran durante demasiado tiempo, puede generar que cueste demasiado que el niño aprenda a masticar correctamente. Además puede presentar reacciones en contra la comida como vomitar, comer a disgusto, tratar de devolver los trozos que se le quiere hacer tragar, etc. Desde luego, como todas las dificultades alimentarias, cede con el tiempo, pero, en este aspecto, es verdaderamente fácil prevenir. Al bebé le agrada poder llevarse los alimentos a la boca: toma un trozo, lo observa, se lo pone en la boca, lo escupe. Ensucia mucho, pero está encantado y poco a poco irá comiendo mejor.

Es importante tener presente que en esta etapa, a la comida del niño se puede incorporar las frutas crudas en trozos y algunos quesos. De esta forma se le va haciendo más variada y prueba nuevos sabores. Así, después de ingerir su comida, al niño le agradará asistir a la comida familiar y probar nuevos alimentos.

4.7. Alimentación de 15 Meses

A los 15 meses de vida, el niño/a ya puede comer la carne cortada en pequeños trozos. Además continúa consumiendo sus cuatro comidas de 225 g. compuestas básicamente del siguiente modo:

- Mañana: leche con cereales.

- Medio día: un puré de verduras, arroz o fideos, un huevo, 50 g de carne o pescado, una fruta cruda.

- Media tarde: una taza (si es que sabe tomar en ella) o mamadera de leche más una fruta.

- Tarde (cena): una sopa y un postre como flan o yogur.

4.8. Alimentación de 18 Meses

A los 18 meses de vida, la cantidad total de alimento que se le da al niño aumenta un poco, y las comidas se distribuyen de la siguiente forma:

a) Mañana: una taza o biberón de leche con sabor y o leche con cereales como copos de maíz.

b) Medio día: una ensalada de tomate o zanahoria, luego un plato de carne picada con verduras y un postre de fruta.

c) Media tarde: una taza o mamadera de leche o un yogur.

d) Tarde: sopa de fideos, verduras picadas y un yogur.

4.9. Alimentación de 19 a 24 Meses

En la etapa de 19 a 24 meses no existe una pauta, ya que el niño/a puede comer de todo, incluso como un adulto, evidentemente cuidando las proporciones, no se recomiendan grasas, frituras, ni mucha azúcar.

Así el niño/a de 19 a 24 meses de edad puede consumir, por ejemplo, puré, cazuela, tallarines con salsa, porotos, lentejas, etc., lo que sí las porciones deben ser adecuadas a su edad, peso y talla, cosas que debe determinar una nutricionista.

Básicamente a esta edad se da una pauta posible a seguir para niños considerados "sanos", las porciones continúan como a los 18 meses de 225 grs pudiendo aumentarse a 250 grs. En todo caso el orden en que se dan los alimentos puede ser el mismo, sus horarios, de mañana, medio día, media tarde y tarde. En el caso que se salgan de sus horarios, no les afectará tanto en su equilibrio nutricional.

En el período que comprende de los 19 a 24 meses, el niño/a está muy curioso de los alimentos; rechaza habitualmente el puré de papas; encuentra muy rutinario el pescado hervido. Así, en vez de darle el pescado hervido, puede asarse y condimentarlo con limón y perejil.

En síntesis, se debe ofrecer al niño una alimentación sana, pero sabrosa. La opción es grande, a los 2 años, un niño puede comer prácticamente de todo. Sin embargo, se debe tener precaución con los alimentos muy condimentados y no ofrecer frituras.

Realice ejercicios nº 26 al 28

CLASE 12

5. APORTE NUTRITIVO DE LOS ALIMENTOS

La alimentación en los niños/as menores de dos años es un aspecto de notoria relevancia, ya que en esta etapa de la vida es cuando se comienzan a crear los hábitos alimentarios en los niños. Así si durante los primeros años de vida el niño/a comienza a tener una dieta equilibrada, se hará mucho más fácil después cumplir con todas las normas de una dieta sana en toda la etapa de crecimiento del niño.

En este contexto es muy importante conocer el aporte nutritivo de los alimentos básicos que componen la dieta de los niños/as en etapa de lactancia, los cuales entregan los requerimientos que el niño de esta edad necesita para su crecimiento y desarrollo en forma normal. Es por esto que a continuación se analizará el aporte alimenticio que entrega cada uno de los alimentos base de la dieta del bebé.

- La Leche

La leche materna, en relación a lo nutrientes que entrega, es muy equilibrada, esto porque contiene proteínas de un alto valor biológico, como también la lactosa, un hidrato de carbono[18] de importancia para el bebé. Además contiene lípidos muy importantes para el desarrollo neurológico de los niños/as. Aporta vitaminas y minerales, dentro de los cuales destaca el calcio y el fósforo vitales para el desarrollo de los huesos.

Otro aspecto de importancia de la leche materna es que su composición se encuentra diseñada par evitar la obesidad y las patologías cardiovasculares en la vida adulta, además sus componentes poseen la característica de ser de una alta digestibilidad, lo cual ayuda a evitar los cólicos, la estitiquez infantil y el reflujo.

Cabe señalar que aun cuando el niño tenga una alimentación variada, debe continuar bebiendo leche y comiendo productos lácteos 400 a 500 ml de leche por día o equivalente. Las necesidades lácteas del niño pequeño son considerables, ya que solamente la leche y

[18] Hidrato de Carbono: se constituye en una forma primaria de almacenamiento o consumo de energía.

sus derivados pueden satisfacerlas. Es posible darle leche en los purés de verduras y en las sopas y postres: arroz, flan, cremas.

Cuando tiene su ración de leche y de productos lácteos en la jornada, no es necesario agregar leche como bebida en las comidas pues acabaría sobrealimentado.

Hay niños/as que desde el tercer mes pueden consumir un suplemento de cereal en el biberón de la noche, suplemento que calmará su apetito sin aumentar demasiado el volumen.

Otros niños/as, no aceptarán más que leche hasta los 5 o 6 meses. Los niños de poco apetito, requerirán una diversificación precoz y rápida. Lo mismo ocurre con la disminución de la cantidad de comidas, el paso de lo líquido a lo semisólido y luego a los trozos; o con el aprendizaje del vaso, de la cuchara. Hay que saber elegir el momento favorable y tener paciencia, si es necesario.

- Las Harinas

Obtenidas por el molido de granos de cereales como trigo, avena y arroz, las harinas están constituidas esencialmente por almidón, que es un azúcar que el tubo digestivo del niño no puede utilizar antes del final del segundo mes.

En el comercio existen numerosas variedades de harinas: instantáneas, listas para ser utilizadas o cocidas, lacteadas, azucaradas, con la adición de frutas o verduras, con cacao, etcétera; las de utilización más cómoda son las lacteadas instantáneas, que no necesitan leche a la hora de prepararlas.

Las harinas sin gluten. El gluten es una proteína contenida en los cereales: trigo, cebada, centeno, avena (el arroz y el maíz no lo contienen). Algunos niños no toleran el gluten, donde esta intolerancia provoca en ellos graves trastornos que pueden perturbar el crecimiento. Para no correr ningún riesgo, se recomienda por consiguiente utilizar sistemáticamente harinas sin gluten hasta la edad de 5 meses.

Durante muchos años, las harinas fueron demasiado utilizadas y, en la actualidad, se tiende a reducirlas e incluso a prescindir de ellas. En efecto, el inconveniente mayor de las harinas es aportar calorías suplementarias en forma de azúcares; la mayor parte de esos azúcares es almacenada en reserva y provoca un excesivo aumento de peso sin beneficio real para el crecimiento del niño.

Si se le da harina a un bebé, se aconseja hacerlo con moderación y progresivamente: comenzando después de los 3 meses y eligiendo más bien una harina simple no azucarada. La progresión aconsejada es una cucharadita, luego dos, luego tres, en un biberón por día, hasta obtener hacia los 6 meses una preparación consistente que será dada con cuchara.

- Las Verduras

Las verduras son fuente de vitaminas y de sales minerales, las cuales se introducen en la alimentación del bebé hacia el quinto y sexto mes; dándose en forma de purés o sopas.

La sopa de verduras clásica es a base de zapallo, zanahorias, papas y algunas hojas de acelgas. En verano, es recomendable agregar tomates, que le dan otro sabor.

Además se pueden agregar los brócolis, de sabor delicado, rico en vitaminas y muy decorativos.

A continuación se analiza el aporte nutritivo de las verduras bases que componen la dieta del niño/a menor de dos años:

a) La Zanahoria: es la verdura dada con más frecuencia a los bebés. Es uno de los alimentos más útiles y se presta para múltiples empleos.

   Es muy bien tolerada por el tubo digestivo, la zanahoria se agrega muy temprano a la alimentación normal, en forma de puré (sola o mezclada con otras verduras).

   La zanahoria es rica en caroteno[19], precursor de la vitamina A. El caroteno consumido en exceso puede dar a la piel del bebé (cara, palma de las manos) un color amarillo naranja. Este hecho no tiene consecuencias y desaparece rápidamente.

   A través de la figura siguiente se muestra una opción para el consumo de zanahoria en el bebé.

[19] Caroteno: compuesto químico contenido en varios alimentos que al ser ingerido se transforma en vitamina A, la cual ayuda a la formación y mantenimiento de dientes sanos, tejidos blandos y óseos, de las membranas mucosas y de la piel.

Figura Nº 23: Opción de Consumo de zanahoria

Sopa de Zanahoria →	Pelar o cortar en rodajas 500 g de zanahorias frescas. Cocinarlas en 1 litro de agua y en una olla tapada, a fuego lento, hasta que estén bien cocidas. En olla a presión calcular unos diez minutos. Obtener un puré muy fino. Agregar agua para llevar a 1 litro. Dar la sopa de zanahorias con el biberón o de preferencia con cuchara. Conservar al fresco y utilizar dentro de las 24 horas. Agitar antes de verter la sopa en el biberón para que la zanahoria se mezcle bien con el agua.

b) La Papa: este es un alimento que aporta esencialmente almidón y sales minerales. Ocupando un lugar de preferencia en la alimentación del bebé, ya que además de su valor calórico, posee una doble utilidad:

- Por su consistencia, facilita el paso de la alimentación líquida a la alimentación semisólida.

- El puré de papas en es una base ideal para la introducción de nuevos alimentos: verduras, carne, pescado, huevo, que pueden ser suministrados de manera progresiva. De esta forma son bien tolerados cuando se los mezcla con un alimento ya conocido y aceptado.

Las papas fritas suelen ser muy apreciadas por los niños pequeños a partir de los 10 y 11 meses. Este modo de cocción aumenta considerablemente el valor calórico de la papa: 100 g de papas hervidas aportan 85 calorías; 100 g de papas fritas, 400 calorías. Por este motivo, las papas fritas no deben incluirse en la dieta del niño/a cuando es pequeño.

- Las Frutas

Las frutas son una principal fuente de vitamina C[20], desempeñan por este motivo un gran papel en la alimentación del niño y se le dan desde muy temprano. Casi todas son

[20] Vitamina C: ayuda a mantener el colágeno (proteína fibrosa necesaria para formar el tejido conectivo de la piel, los ligamentos y los huesos). Además ayuda a curar heridas y quemaduras ayudando a su cicatrización, participa en la formulación de glóbulos rojos y en la prevención de hemorragias y combate las infecciones bacterianas.

buenas para él, a condición de estar maduras, pero hay tres que son más recomendadas: la naranja, el plátano y la manzana, las que se analizan a continuación.

a) La Naranja: es una de las más ricas en vitamina C; por eso, tradicionalmente, se daba zumo de naranja al bebé alimentado con biberón. En la actualidad esta precaución es menos indispensable, pues las leches de iniciación y de continuación están enriquecidas con vitamina C. A partir de los seis meses es recomendable dar al bebé jugo de naranja.

b) El Plátano: esta fruta contiene azúcar de simple digestión. Puede darse al bebé a partir de los 5 y 6 meses; debe estar bien madura, al principio debe dársela molida y progresivamente menos molida y picada.

   Es buen alimento anti-diarreico, que puede ser suministrado en biberón o con cuchara.

c) La Manzana: como el plátano, la manzana puede darse a partir de los 5 y 6 meses, es muy recomendada contra el estreñimiento; sin embargo, lo es también contra la diarrea.

   Para darla contra el estreñimiento, se debe comer bien madura. Se debe lavar y no pelar. La cáscara de la manzana provocará digestión.

   Para darla contra la diarrea, se debe suministrar bien madura, pelada, eliminadas las semillas y rallada, darle al niño/a cada hora dos cucharadas de postre colmadas.

Las Naranjas, plátanos, manzanas son las frutas que primero se incorporan a partir del quinto mes. A partir del sexto mes, se puede comenzar con las compotas de ciruelas, kiwis y peras.

- Las Carnes

La carne es una de las principales fuentes de proteínas. Se le da al bebé a partir de los 7 y 8 meses. En general, se comienza por la carne de vacuno y ave, luego se continúa con el cordero y más tarde si es recomendado por el pediatra con el jamón. Excepto el jamón, el cerdo es difícil de digerir, duro de masticar; por lo que no se le debe dar antes de los 2 años y siempre muy cocido y bien desgrasado.

Es importante tener presente que los niños han de comer pocas carnes grasas.

- El Pescado

El pescado es un alimento que contiene nutrientes muy parecidos a los de las carnes, proteínas de gran calidad, grasas o lípidos, sales minerales, destacando su contenido en yodo, fósforo y magnesio.

El pescado puede darse a partir de los 6 y 7 meses para variar con la carne y los huevos. Sólo debe ser dado al niño/a si es muy fresco y magro, a lo sumo poco graso: merluza, pescadilla, gallo, lenguado. A algunos no les gusta el pescado. Si ese fuera el caso, se debe reemplazar por huevos o carne.

La introducción progresiva de las carnes y pescados se debe dar a partir de los 6 y 7 meses, una cucharadita (5 g), luego dos, para llegar a un máximo de 40-50 g hacia al año.

Las carnes y pescados deben ser dados siempre muy cocidos y sin grasa.

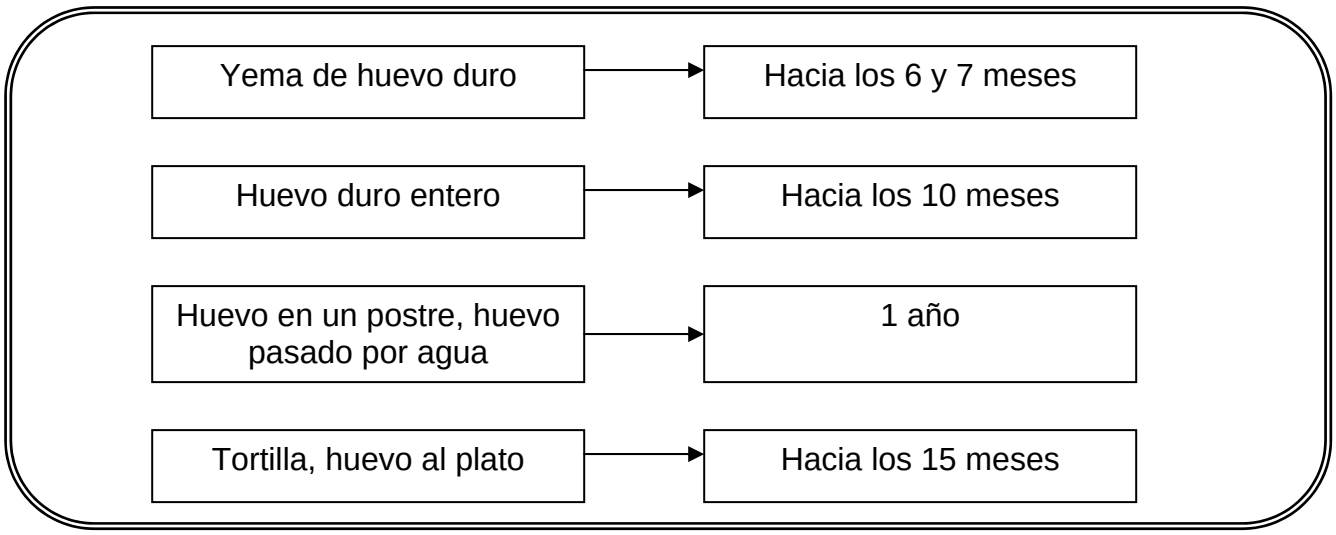
- El Huevo

El huevo es el alimento completo por excelencia, pues contiene todas las sustancias necesarias para formar un ser vivo. Aportando así con proteínas de alta calidad, grasas saturadas e insaturadas, vitaminas y minerales, dentro de los cuales destacan el hierro, fósforo, zinc y selenio, constituyéndose los dos últimos en importantes antioxidantes naturales.

Cabe señalar que se debe prestar gran atención en que el huevo se encuentre muy fresco. El huevo debe introducirse de modo progresivo, ya que algunos niños no lo toleran en grandes cantidades, los que pueden presentar síntomas como diarreas. Asimismo, debe evitarse la clara cruda antes de los 10 meses, pues a menudo interviene en ciertas intolerancias digestivas de naturaleza alérgica.

En general, la progresión en dar a consumir huevo en los niños/as menores de 2 años es la que se muestra en la figura siguiente:

Figura Nº 24: Progresión en dar a Consumir Huevo en el Niño menor de Dos Años



En relación a la figura anterior, cabe señalar que cuando se le de al niño el huevo en forma de tortilla, se debe tener cuidado de cocinarlos en aceite de oliva. También se debe tener presente que las cremas que llevan huevo en su elaboración deben consumirse de inmediato pues, de lo contrario, son un verdadero caldo de cultivo para toda clase de gérmenes.

- El Yogur

El yogur se obtiene a partir de la leche de vaca (pasteurizada o esterilizada) sometida a fermentación. El yogur facilita la digestión de las proteínas y mejora la absorción del calcio.

Existen en el comercio numerosas variedades de yogures: a partir de leche entera, parcial o totalmente descremada; natural o azucarado; con agregado de frutas o de mermelada; aromatizado; y según la consistencia: cremoso, para beber, etcétera. Los yogures cuentan a menudo con una pequeña cantidad de leche en polvo.

Un pote de 125 g aporta en proteínas y calcio el equivalente de 150 ml de leche. A partir de los 6 y 7 meses, el yogur, preferentemente natural o poco azucarado, constituye un buen alimento de reemplazo para los niños que, más o menos temprano, pierden el gusto por la leche y, con más razón, los que presentan una intolerancia temporal o definitiva a la lactosa.

- Los Quesos

Representan, en un pequeño volumen, una fuente muy rica de sales minerales, en particular de calcio, indispensable para el crecimiento. Como la leche, contienen proteínas y grasas.

Es por lo anteriormente señalado que los quesos son particularmente útiles a partir del momento en que el niño deja de beber más leche.

En primer lugar se han de dar quesos frescos de pasta blanda. Luego, se comienza la serie de quesos de pasta dura que pueden rallarse: una a dos cucharaditas en los purés o sopas a partir de los 7 y 8 meses. Estos quesos de pasta dura son particularmente ricos en calcio. Además son muy apreciados por los niños.

- Los Cereales

Desde los 11 y 12 meses, se puede ofrecer al niño cereales tostados y crujientes de trigo, avena, arroz, maíz, copos de maíz, los cuales aportan muchas fibras, minerales (silicio, azufre, fósforo, cloro, sodio, potasio, entre otros) y vitaminas, especialmente del grupo B y E.

Para dar este alimento al niño/a, se debe mezclar, según el gusto del niño, con leche caliente o fría y sin azúcar o muy poca cantidad. Presentados de este modo, los cereales son, en general, bien aceptados.

- Las Pastas

Las pastas se encuentran compuestas en su gran mayoría por hidratos de carbono de absorción lenta, también contiene proteínas (glúten), el aporte de grasas que entrega es casi nulo y el aporte en vitaminas y minerales es más bien bajo. Además entrega algo de fibra vegetal, lo cual genera una sensación de saciedad.

Son útiles en forma de sémola fina o de fideos para espesar una sopa de verduras. Luego, a partir de los 8 y 9 meses, las pastas permiten variar los menús.

- Los Caramelos, Helados y Chocolates

Este tipo de alimentos, más que alimentar al niño/a le produce caries dentarias, pérdida del apetito, trastornos gástricos e intestinales. Estos son algunos de los males que favorecen estos alimentos, además de su alto aporte calórico que puede incidir en un sobrepeso del niño/a.

- Las Bebidas

En relación a estos alimentos, es necesario tener presente que a los niños/as menores de dos años, sólo se les debe de dar agua hervida o jugos de fruta, nada de bebidas gaseosas ni azucaradas, que aportan calorías suplementarias y, por supuesto, nada de alcohol.

- Los Alimentos Embasados

Los pequeños potes infantiles de conservas son preparados a partir de carnes, verduras, frutas, cuya calidad está rigurosamente controlada y que provienen de productores que no emplean ningún producto que pueda ser tóxico, tales como pesticidas, abonos, nitratos.

Su aporte de proteínas, sal y azúcar está reglamentado. Además, son preparados en condiciones de higiene muy controladas. Sin embargo, se exige en establecimientos educacionales cocinar en el momento los alimentos a consumir, y no dar a los niños/as este tipo de alimentos embasados.

En conclusión para satisfacer las necesidades del niño, la alimentación debe ser variada y equilibrada. Al comienzo no hay posibilidad de optar, ya que el bebé sólo toma leche; en consecuencia, todas las comidas se asemejan.

Entre los 6 y los 12 meses se ha planteado como se introducen nuevos alimentos. Donde el médico o nutricionista debe prescribir si el niño/a debe consumir algún tipo de alimento particular.

Al año, la cantidad de alimentos permitidos es amplia, se puede variar componiendo verdaderos menús para el bebé.

Los alimentos del niño/a debe servir para cubrir diferentes desgastes físicos; los esfuerzos que hace desde el primer día: mamar, gritar, llorar representan más del 25% de sus necesidades de calorías. Tales necesidades irán acentuándose a medida de su desarrollo motor. También requiere calorías para el funcionamiento de su organismo y, sobre todo, para el crecimiento, que durará veinte años, pero que en los primeros meses de la vida es acelerado.

En este sentido, cabe señalar que en cinco meses, el niño duplica su peso de nacimiento; en un año, lo triplica.

Como se pudo ver, los alimentos se dividen en varios grupos según su riqueza en proteínas, grasas, azúcares, sales minerales y vitaminas. El régimen del bebé debe incluir todos los grupos, ya que el éxito de una buena alimentación es la variedad.

Siempre se debe tener presente que una alimentación sana previene enfermedades en los niños/as, por lo que se debe guiar a los padres en el consumo de alimentos correctos, siempre apoyados por el especialista en nutrición a cargo de la alimentación de los niños/as en la sala cuna.

Así, en esta unidad se han planteado temáticas sobre crecimiento y desarrollo del lactante, donde se pudo conocer la importancia de esta etapa, ya que el crecimiento que experimenta un bebe es rápido y con variados cambios.

Además, se conoció cómo progresa la alimentación de un bebé, quien comienza sólo consumiendo leche materna o de fórmulas por seis meses, y como poco a poco incorpora nuevos alimentos a su dieta.

Ambas temáticas son de total relevancia para educadores y asistentes, para tener un amplio conocimiento y aplicar estrategias de acción ante situaciones que no se ajusten a lo ideal para los niños y niñas a cargo.

Realice ejercicios nº 29 y 30

RAMO: SALUD Y CUIDADOS DEL PÁRVULO I

UNIDAD II

SALUD Y ENFERMEDADES EN LACTANTES: GENERALES Y ORALES

CLASE 01

1. ENFERMEDADES COMUNES EN LACTANTES

Los lactantes son seres que requieren del total cuidado de los adultos quienes son los responsables de mantener resguardada su calidad de vida y seguridad.

Es sabido que las enfermedades siempre han estado presentes en el mundo, pero pueden ser controladas o prevenidas mediante diversas estrategias y precauciones a seguir.

En este contexto, se debe tener claro que una enfermedad no es ausencia de salud, ya que salud es el bienestar completo de la persona, en todos los aspectos y no solamente la ausencia de enfermedades y afecciones, motivo por el cual es de suma importancia generar y mantener, en la medida de lo posible, la salud de niños y niñas, particularmente en etapas de desarrollo como lo es la lactancia.

La salud de los menores de dos años, depende en gran medida de su condición al nacer. Hay niños que nacen con un peso y talla bajo el promedio, características de enfermedad congénita, malformaciones o inmadurez de órganos, los cuales requieren cuidados especiales e incluso hospitalarios.

Para niños/as sanos, que además consumen lactancia materna, los problemas de salud están ligados a los cuidados otorgados por los adultos que lo tienen a cargo, ya sea madre, padre, familiares, cuidadores, entre otros. Así, requieren que éstos le entreguen la alimentación cuando la pidan, los muden cuando sea necesario, cuiden de su ombligo, los lleven a los controles periódicos con el pediatra, le pongan la ropa adecuada al dormir, etc. Así mismo los lactantes, además de los cuidados señalados requieren de una incorporación de alimentación complementaria adecuada, higiene bucal, entre otros.

Dado la nula autonomía de un recién nacido y la baja autonomía de un lactante, éstos son vulnerables ante las incidencias de enfermedades, por lo cual es indispensable conocer los riesgos de salud que ellos presentan, dentro de los cuales se encuentran las causas alimentarias, infecciosas, afecciones hereditarias, debilidad congénita e higiene defectuosa, las cuales se ampliarán en el desarrollo de este punto.

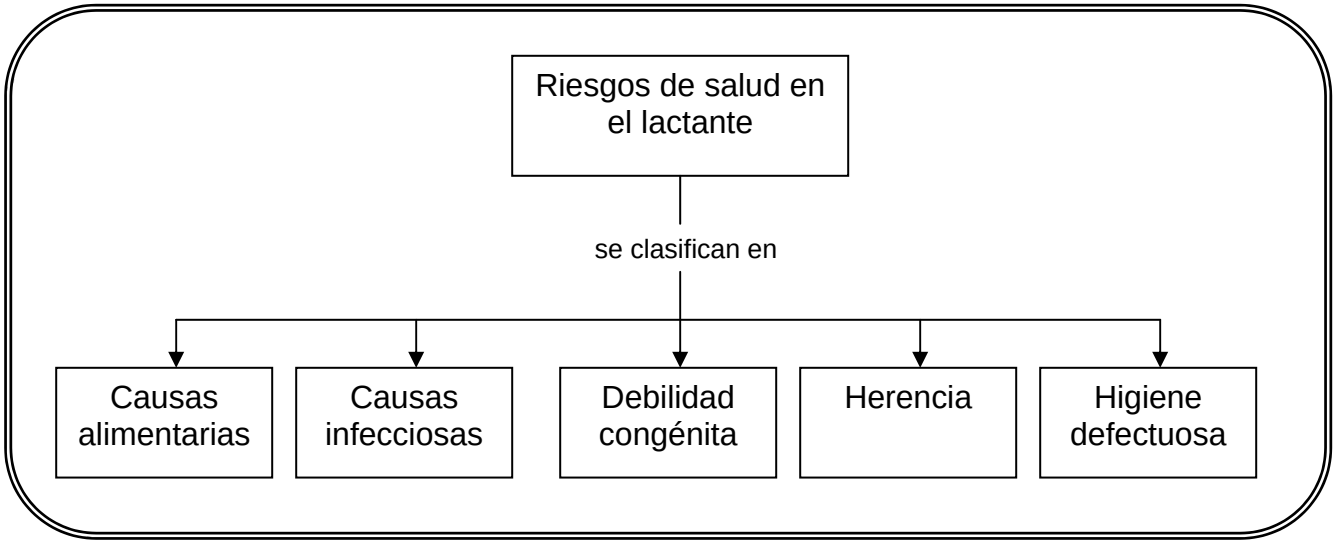
1.1. Riesgos de Salud del Recién Nacido y Lactante

En épocas anteriores, lamentablemente, se han podido constatar situaciones en que recién nacidos han muerto por malos cuidados desde su nacimiento. Sin embargo estos casos han ido disminuyendo considerablemente gracias a los avances de la tecnología y conocimientos de especialistas y familias, los que se han preocupado de dar un cuidado seguro al niño/a en su etapa de desarrollo.

Es así como se ha observado que cuanto mayor sean los cuidados y la higiene con que se atiende a los niños/as, existe una menor proporción que éstos enfermen o mueran. Inclusive se ha podido establecer que la proporción de niños que mueren en cada país podría, perfectamente, servir como índice para medir el grado de civilización que éste ha alcanzado.

En relación a este tema, cabe señalar que las enfermedades en los lactantes y recién nacidos se originan por la acción de ciertas causas, las cuales pueden ser agrupadas de la forma como lo muestra la figura siguiente.

Figura Nº 1: Esquema de Riesgos de Salud en el Lactante



Para comprender a lo que hace referencia cada una de las causas señaladas en la figura anterior, es que se describen a continuación:

a) Causas alimentarias: estas causas constituyen el grupo de causas más importantes. Con mucha frecuencia el niño/a enferma porque se le da una alimentación inadecuada, sea en calidad o cantidad. Se ha demostrado que un niño/a alimentado con leche materna tiene menos probabilidades de enfermar que un niño alimentado con lactancia artificial. En todo caso, si la leche materna entregada al lactante es insuficiente también pueden aparecer trastornos.

   Particularmente, al lactante que se le suministra alimentación natural suficiente, o sea leche materna, no suele presentar trastornos nutritivos y digestivos serios, y además tiene mayor resistencia contra cierto número de infecciones.

   En cambio el niño/a alimentado artificialmente, en especial los primeros meses, está predispuesto a trastornos nutritivos y digestivos.

b) Causas infecciosas: las infecciones siguen en frecuencia en las causas alimentarias como originadoras de enfermedades en el niño/a. Afortunadamente, por medio de diversas vacunas y otras medidas, muchas enfermedades infecciosas pueden evitarse.

La infección del lactante puede radicar también en su aparato urinario (pielitis), o en su tubo digestivo (entrecolitis).

c) Herencia: este tipo de causa hace referencia a que el niño/a a veces puede heredar la misma enfermedad de los padres, como por ejemplo ciertas enfermedades del sistema nervioso. En otras ocasiones puede que el niño/a herede una afección distinta, pero como consecuencia de una enfermedad o intoxicación del padre y madre, como puede ser el alcoholismo crónico o agudo de cualquiera de los progenitores, que pueden provocar en el hijo afecciones diversas como: epilepsia, debilidad mental, parto prematuro, debilidad congénita, entre otras afecciones.

Otras enfermedades que se transmite por herencia es la hemofilia[1], que ataca casi exclusivamente a los varones y es transmitida por las mujeres.

d) Debilidad congénita: débil congénito es el niño/a que ha nacido con vitalidad disminuida. Dándose la situación en niños nacidos a término o en forma prematura, aquellos nacidos bajo esta última condición tienen más probabilidades de contraer infecciones, las que generalmente no producen grandes síntomas, por lo cual se hace más grave.

e) Higiene defectuosa: los niños/as que viven sin los cuidados debidos de higiene, o que por vivir en casas inapropiadas carecen de aire puro, luz y sol, o en las que hay frío o calor excesivos, son vulnerables a diferentes enfermedades, como ser raquitismo[2], trastornos digestivos y dificultades de las vías respiratorias.

En síntesis, es posible señalar que las causas descritas anteriormente corresponden a los riesgos de salud que el lactante puede sufrir en forma global durante los primeros meses de vida. Siendo llamados de este modo (riesgos de salud) porque son causas que pueden originar otras enfermedades.

Evidentemente existen varias enfermedades que tienen otro origen, y que en ocasiones afectan a niños sin causa alguna. Motivo por el cual se hace necesario analizar posibles enfermedades que comúnmente sufren los lactantes, tema que es abordado en el punto siguiente.

---

[1] *Hemofilia*: trastorno hemorrágico. Los niños/as con hemofilia no tienen la capacidad de detener una posible hemorragia.

[2] *Raquitismo*: enfermedad producida por déficit nutricional que provoca deformidades esqueléticas producto de desmineralización de los huesos.

CLASE 02

1.2. Posibles Enfermedades en el Recién Nacido y Lactante

Los recién nacidos y lactantes, pueden presentar variadas enfermedades en la etapa de su vida comprendida entres los 0 y 24 meses. Éstas se deben a muchos factores, principalmente de cuidados externos o debido a sus características individuales.

Respecto a su sistema inmunológico se puede decir que, durante los primeros meses los recién nacidos y/o lactantes se defienden con los antígenos que su madre traspasó a través de la placenta. Luego ante la exposición a los antígenos administrados mediante las vacunas o a la exposición directa a las enfermedades, el niño adquiere su propia inmunidad. Cabe señalar, que también adquiere anticuerpos por medio de la lactancia materna.

- Afecciones del Recién Nacido

Existen afecciones o dificultades propias de los recién nacidos, que se relacionan principalmente con características del momento de su nacimiento, las cuales pueden afectarle directamente, como también al tratamiento y/o cuidados de su ombligo. Estas afecciones se mencionan a continuación.

1) Lesiones Obstétricas

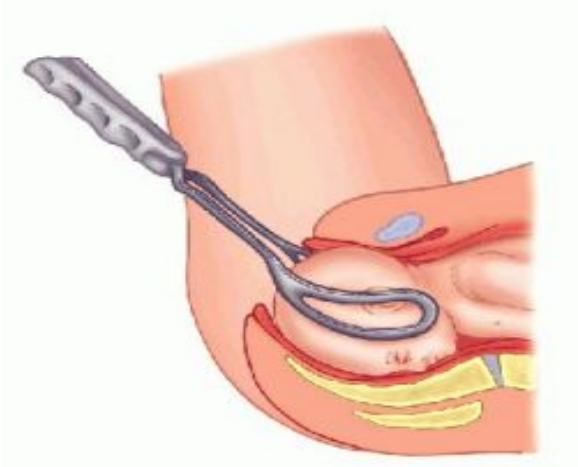
Este tipo de lesiones pueden producirse en el niño durante el parto. Se ven con mayor frecuencia durante los partos, que por cualquier razón, han sido dificultosos. Algunas de ellas pueden verse también en partos normales. Se debe tener claro que estas lesiones no son negligencias médicas, a no ser en casos específicos, pues algunas de ellas pueden producirse espontáneamente y, en otros casos, para salvar al niño/a o en beneficio de la madre, ya que puede ser necesario efectuar ciertas maniobras capaces de lesionar al niño/a.

Las causas de estas posibles lesiones pueden ser: roce marcado de la cabeza o el cuerpo del niño/a al pasar por el llamado canal del parto. El roce más intenso se hace contra los huesos de la madre, pues las partes blandas suelen ceder; aplicación de fórceps[3] u otras maniobras, que pudo verse obligada a efectuar la persona que atendió el parto; predisposición del niño/a, especialmente en caso de hemorragia o en otra parte del cuerpo.

La figura siguiente grafica la extracción de un recién nacido con un instrumento obstétrico.

[3] *Fórceps*: instrumento obstétrico en forma de pinza utilizado para tomar la cabeza del bebé cuando hay complicaciones para que nazca.

Figura Nº 2: Extracción de Recién Nacido con Fórceps



2) Anomalías y Enfermedades del Ombligo en el Recién Nacido

El ombligo del recién nacido es ligado al momento de nacer y debe ser cuidado minuciosamente para evitar enfermedades como las que se mencionarán más adelante. Un cordón umbilical y ombligo sano debe cicatrizar correctamente, tal como muestra la figura siguiente.

Figura Nº 3: Cicatrización del Cordón Umbilical

Las principales anomalías que pueden observarse en el ombligo del recién nacido son las que se describen a continuación:

- Fístulas: muy rara vez se observa una fístula[4] u orificio persistente en el ombligo, que se debe a la permanencia de ciertas conexiones que comunicaban con la vejiga o el intestino. A veces la comunicación está cerrada y, en ese caso, sale del orificio una secreción mucosa, que impide la curación normal del ombligo. Si la comunicación no está cerrada, puede salir orina o materia fecal.

- Ombligo cutáneo y ombligo amniótico: se observa a veces que la piel recubre parte del cordón umbilical, lo que recibe el nombre de ombligo cutáneo. Cuando, por el contrario, la delgada membrana brillante que recubre el cordón umbilical, y que recibe el nombre de amnios, se extiende más allá de la implantación del ombligo, tomando el lugar de la piel, se dice que hay ombligo amniótico. Debiendo ser, estos últimos casos, operados cuanto antes.

Cabe señalar que el ombligo del recién nacido, a parte de poder presentar ciertas anomalías, puede ocurrir que se infecte. En este sentido se podrán evitar dichas infecciones, tratando en forma limpia y correcta el cordón y la herida umbilical y evitando que la zona de éste se humedezca.

De forma particular, se puede hacer mención a una infección leve del ombligo, causada por gérmenes comunes y que se le conoce como "blenorrea del ombligo o supuración leve del ombligo". En esta situación el ombligo se encuentra enrojecido e hinchado y se observa que sale del mismo un líquido ligeramente purulento. La forma de tratarlo es lavando y secando bien el ombligo. A veces el médico indica antibióticos que impidan el desarrollo de los gérmenes, si la infección parece intensa.

Ahora bien, puede darse el caso que las infecciones del ombligo se compliquen, y desencadenen otro tipo de anomalías, las cuales pueden ser:

a) Septicemia: ocurre cuando la infección del ombligo, en lugar de quedar localizada en éste, se extiende, pasando el germen a la sangre.

   La septicemia en el recién nacido se manifiesta por los síntomas comunes a una infección intensa como son: fiebre, aceleración del pulso y de la respiración. Y, además, por síntomas digestivos, como náuseas, vómitos, diarrea y síntomas de la piel: palidez, o bien coloración amarilla.

b) Ulcera del ombligo: lo habitual es que sea producida por una inflamación pasajera del ombligo, una blenorrea. En los bordes del ombligo se produce una pérdida de sustancia de la piel, que da pus, a veces ligeramente sanguinolento. Además del tratamiento local, semejante al de las otras supuraciones del ombligo, suele ser conveniente, para evitar complicaciones y acelerar la curación, dar el antibiótico que el médico indique.

[4] *Fístula*: conexión anormal entre tubos, vasos u órganos del cuerpo.

c) Papiloma o granuloma del ombligo: con bastante frecuencia se observa que el ombligo se mantiene húmedo en lugar de cicatrizar en forma normal. En muchos de estos casos, si se mira en el fondo del ombligo, se ve un pequeño porotito rojizo y blando, al que se llama papiloma o granuloma del ombligo. Su tamaño, en general pequeño, puede a veces ser grande.

d) Hemorragia del cordón y la herida umbilical: la hemorragia del cordón umbilical no se debe siempre, a la incorrecta ligadura del mismo. A veces, aunque esté bien ligado el cordón, se produce hemorragia, por tener algún defecto el corazón o por no haberse expandido parte del pulmón, o porque existen asfixia o debilidad congénita. Otras veces el ombligo ha caído ya, y la hemorragia se produce en la cicatriz, ya sea en los vasos, o en forma difusa. Esta hemorragia suele ser grave, pudiendo deberse a trastornos de la coagulación de la sangre del niño.

e) Hernia del ombligo: son pocos los casos de la llamada hernia embrionaria, en los cuales existe un ensanchamiento en la base del cordón umbilical, penetrando órganos del abdomen.

La hernia umbilical común del recién nacido se produce por debilidad de la pared del abdomen en la zona de la cicatriz umbilical. Se manifiesta por un bulto redondeado en el ombligo, cuyo contenido puede hacerse entrar en el abdomen, sintiéndose a través de la piel un orificio o anillo por donde pasa el contenido abdominal. La hernia umbilical tiene tendencia espontánea a cerrarse.

Como se ha podido observar, el recién nacido puede presentar diversas afecciones referidas al ombligo, motivo por el cual se hace necesario tener la debida precaución en mantener cuidado en los recién nacidos cuando su ombligo presenta algún tipo de complicación.

Otras afecciones de salud que se encuentran en los niños/as menores de dos años, específicamente los lactantes, se relacionan con la alimentación. A continuación se mencionan y describen los trastornos más comunes de este tipo.

Realice ejercicios nº 1 y 2

CLASE 03

- Trastornos Nutritivos y Digestivos en el Lactante

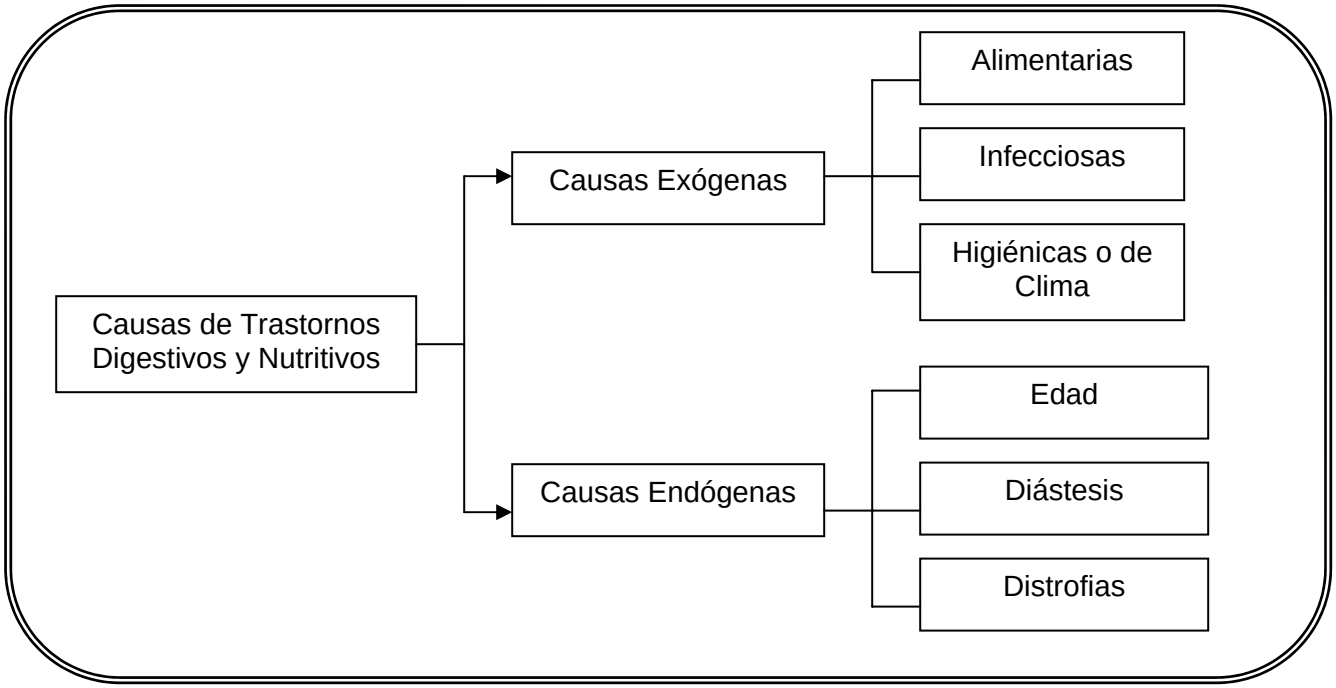
El tubo digestivo en el lactante presenta una baja tolerancia para otros alimentos que no sean la leche materna. Así, cuanto menor sea el niño/a, menor será la tolerancia de su tubo digestivo a otros alimentos.

Cuando al lactante se le da un alimento inadecuado, fácilmente pueden aparecer trastornos digestivos como diarrea, vómitos, o alguna infección. También puede darse el caso que cualquier otro factor predisponga a que el lactante presente diarreas, como puede ser a causa del tiempo caluroso, la falta de higiene, la dentición, etc. Lo que se debe tener presente es que en el lactante los trastornos digestivos inciden inmediatamente sobre la nutrición del niño, es decir, sobre su capacidad de asimilar los alimentos.

Los trastornos digestivos y nutritivos del niño pueden tener causas alimentarias infecciosas, higiénicas o de clima. Estos grupos de causas han recibido el nombre de exógenas, por provenir del exterior. Otras veces hay factores que dependen del organismo del niño y a los cuales se ha llamado endógenos dentro de los cuales está la edad, las diástesis y las distrofias. Estas, más que causar trastorno digestivo, predisponen al mismo. Cabe hacer notar que en un niño/a pueden ocurrir dos o tres diversas causas simultáneamente.

La figura siguiente muestra en forma gráfica la clasificación que se le puede dar a las causas de los trastornos digestivos y nutritivos en el lactante.

Figura Nº 4: Clasificación de las Causas de Trastornos Digestivos y Nutritivos en el Lactante



Para poder analizar las causas alimentarias, se hace necesario distinguir dentro de estas causas, las del niño/a alimentado a pecho y las del niño/a con alimentación artificial.

En el niño alimentado a pecho, el trastorno digestivo y nutritivo puede deberse a que el lactante recibe una cantidad escasa de alimentación (hipoalimentación) o excesiva (sobrealimentación).

En el caso del niño alimentado artificialmente estos trastornos puede originarse, y con mayor razón, debido a una falta o exceso de alimento, lo que desencadena trastornos nutritivos y digestivos en el niño/a. Sin embargo otras veces no es la cantidad, sino la composición del alimento, en ocasiones inadecuada a la edad del niño/a, lo que causa trastornos en él. Como por ejemplo el dar en forma muy temprana harinas, o darles muy tardíamente.

En este sentido, cabe destacar que el alimento artificial recarga el tubo digestivo del niño/a, y por lo mismo puede bastar cualquier otra causa externa o propia del lactante para provocar trastornos.

En relación a las causas infecciosas, se debe señalar que cualquier infección en el lactante, sea en el intestino, las que se denominan infecciones enterales, o sea fuera del mismo, las que son llamadas infecciones paraenterales, puede provocar diarrea en el niño/a. Detalladamente, respecto a este tipo de infecciones, se puede señalar que:

- Infecciones paraenterales: algunas de las infecciones paraenterales que con mayor frecuencia pueden provocar diarrea son las otitis (inflamación del oído), las adenoiditis y rinofaringitis (inflamación de la parte alta de la faringe), inflamaciones de los bronquios o pulmones, fiebres eruptivas, las infecciones urinarias, entre otras.

- Infecciones enterales: en décadas pasadas había una tendencia a atribuir todas las diarreas infantiles a infecciones del intestino. Luego se estableció que generalmente, las diarreas infantiles no se debían a infección en el intestino, sino a un trastorno en la función del mismo (dispepsia). Así estudios practicados en los últimos años, han revelado que un cierto porcentaje de las llamadas dispepsias, es debido a infecciones causadas por gérmenes.

Como se vio en la figura nº 4 otro tipo de causas exógenas de trastornos digestivos en los lactantes son las llamadas causas higiénicas y del clima. Respecto a este tipo de causas cabe señalar que, algunos de los trastornos digestivos del niño/a aumentan, y también su gravedad, durante los meses de más calor. El calor disminuye, al parecer, la tolerancia del tubo digestivo al alimento artificial, y a su vez favorece la descomposición del mismo. También favorecen las diarreas infantiles la poca higiene, las casas antihigiénicas y el exceso de abrigo.

Dentro de las causas endógenas (causas propias del niño/a) se debe señalar que, los factores que favorecen la aparición de los trastornos digestivos son la edad, que influye en forma notable; así cuanto menos edad tenga el niño/a, más frecuentes y más graves serán las diarreas; como también las diversas diátesis y las distrofias, que favorecen las diarreas.

Sin olvidar lo que se ha mencionado al hablar de causas, pueden dividirse los trastornos digestivos, o en forma más restringida, las diarreas infantiles, en dispepsias, toxicosis y enteritis[5]. Estas son las formas agudas. Las formas crónicas reciben el nombre de distrofias.

A continuación se explica de una forma más detallada cada uno de los tipos de diarreas mencionadas anteriormente.

a) Dispepsias: son causadas muy a menudo por procesos de fermentación intestinal. Hay una forma simple, llamada a veces leve, y una forma grave.

   En el caso de la dispepsia simple, los síntomas más comunes son diarrea, de cuatro a seis deposiciones mucogrumosas en 24 horas. Si hay fiebre, ésta es moderada (de 38° a 38,5° C). No suele haber vómitos, salvo al comienzo de la dispepsia. En caso de persistir los vómitos, hay que sospechar una otitis, o sea infección del oído medio. Importante será tener presente que para este caso de trastornos digestivos el niño/a no se presenta decaído.

   Dependiendo de si esta enfermedad se deba principalmente al alimento o a una infección paraenteral (fuera del intestino), las dispepsias simples han sido divididas en primarias (o alimentarias) y en secundarias (o paraenterales). Estas últimas son más graves. Si se tratan bien, retroceden. En caso contrario, pueden agravarse, transformándose en dispepsia grave o aun en toxicosis.

   En el caso de la dispepsia grave, el niño/a tiene diarrea mucogrumosa, a veces líquida. Hay de ocho a diez deposiciones cada 24 horas. Se observan también vómitos. La temperatura rectal es de 39° C o más. El niño está decaído y pálido. La pérdida de líquidos por vómitos y diarrea provoca la llamada deshidratación, que se manifiesta por los siguientes síntomas: acentuado descenso del peso, ojos hundidos, fontanela[6] hundida y sed. Se puede observar también que la lengua y los labios están secos. La piel, además de seca, pierde su elasticidad y la orina se hace muy escasa.

   La dispepsia grave puede ser, al igual que la dispepsia simple, causada por trastornos alimentarios, o bien secundaria a una infección paraenteral.

b) Toxicosis[7]: esta grave afección, debida en muchos casos a procesos fermentativos intestinales, y otras veces a una infección, aparece especialmente en niños menores de un año alimentados artificialmente durante la época calurosa. Puede ser precedida por una dispepsia semejante a las que se describió anteriormente, y a menudo se observa que el niño/a presenta una infección en cualquier parte del cuerpo: oído, rinofaringe,

[5] *Enteritis:* inflamación del intestino delgado causada por una infección.

[6] *Fontanela:* zona del cráneo de un recién nacido que no está cerrada completamente.

[7] Cólera infantil

bronquios, aparato urinario, etc. Así de pronto el niño/a se agrava, apareciendo los síntomas propios de la toxicosis, los cuales son señalados en la figura siguiente.

Figura Nº 5: Síntomas Comunes de una Toxicosis en el Lactante

Síntomas →

- *Diarrea líquida*, abundante y muy frecuente. El niño tiene 10, 20 o aun más deposiciones cada 24 horas.

- *Vómitos*, los cuales se presentan casi siempre.

- *Deshidratación*, *Sopor:* el niño/a está como decaído, acentuándose cada vez más el sopor hasta llegar a la pérdida del conocimiento, el pulso es muy débil y rápido. La piel está fría y de color pálido grisáceo. Las uñas toman un color azulado.

- *Fiebre*, en contraste con el enfriamiento de la piel, se comprueba, si se toma la temperatura rectal, que hay alrededor de 40° C. Esta afección tan grave, requiere, con toda urgencia, la atención de un médico.

c) Enterocolitis folicular disentiforme: este tipo de diarrea infantil es producido con mucha frecuencia por gérmenes. Rara vez aparece en un niño/a alimentado a pecho y antes del sexto mes. Se le encuentra con mayor frecuencia desde los 12 a los 24 meses. Aunque puede aparecer en cualquier época del año, es más frecuente en verano. Los insectos parecen desempeñar un papel importante en la transmisión de esta infección intestinal. Ante este tipo de diarrea es muy conveniente tomar las precauciones habituales propias de una enfermedad contagiosa.

Preferentemente la inflamación se localiza en el intestino grueso y en la última parte del intestino delgado. Comienza a menudo como otras infecciones en forma bastante brusca, con fiebre y vómitos. El niño/a está además decaído e inapetente. Uno de los síntomas más característicos es la diarrea que contiene pus, sangre y grandes placas de mucus (mucosidad o flemas). Las deposiciones son generalmente precedidas por cólicos. Su número oscila entre ocho y diez en las formas leves, y pueden llegar a un número muy grande en las formas más graves.

En síntesis, se puede señalar que los trastornos digestivos y nutritivos en el lactante provocan consecuencias leves y en ocasiones bastante graves. Es por esto que se debe tener en consideración cuidar la alimentación del lactante vigilando que ésta sea sana y

adecuada a la edad y características del niño/a. Además, es muy importante tomar en cuenta los síntomas que pueda llegar a presentar el lactante a cargo para detectar si éste presenta o no algunos de los trastornos descritos anteriormente, para así informarlo lo antes posible a los padres.

Realice ejercicio nº 3

CLASE 04

- Otras Enfermedades Comunes en el Lactante

Los lactantes presentan enfermedades propias de su edad y condición, varias de ellas son manifestadas por ambos grupos, recién nacidos y lactantes, y en general las más comunes son los resfríos y las pestes, las cuales se detallan a continuación junto con otras de igual relevancia.

1. Resfrío del lactante

Durante los primeros meses, el niño/a tiene aún de las defensas que su madre le traspasó durante el embarazo, y no suele resfriarse más que ella. Sin embargo, luego de los primeros meses de vida, los lactantes suelen resfriarse y sufrir sus propios síntomas.

Los resfríos son las infecciones más comunes y sus molestias pueden variar de intensidad, duración y localización dependiendo de la sensibilidad del niño/a o del virus específico que lo provoca. Los síntomas son variados pero nunca tan graves.

Principalmente los niños/as estornudan muchas veces y tienen inicialmente mucosidades transparentes, las cuales poco a poco adquieren mayor consistencia y un color amarillo. Además, el niño/a presenta una tos frecuente, al igual que congestión nasal, la cual dificulta la respiración de éste, existiendo la posibilidad de respirar por la boca, lo cual para el lactante se hace dificultoso.

Es frecuente que un bebé pase varios días respirando ruidosamente. Unas fosas nasales estrechas y quizá el aumento de tamaño de las vegetaciones adenoideas[8], ocasionado por el resfrío, pueden ser los responsables de este problema, que en algunas ocasiones sólo requiere de tiempo para que pase.

[8] *Vegetaciones adenoideas*: formaciones de tejido linfático que se ubica detrás de la nariz.

Figura Nº 6: Ubicación de las Adenoides

Cuando el lactante presenta tos, la que le da mayores beneficios es la tos blanda con la que el bebé se limpia la garganta de mucosidades, otra tos es aquella seca, que se produce por la irritación de la garganta, la cual puede ser muy molesta.

Cuanto más intensos sean los signos de congestión de las vías respiratorias altas[9], los estornudos y la obstrucción nasal, es más probable que el niño/a presente fiebre.

Dentro de los medicamentos utilizados para tratar el resfrío, se encuentra el suero, que es un líquido isotónico especial para bebés. Como éstos no se pueden limpiar la nariz, la única opción que existe para disolver las mucosidades es de esta manera. Para educadoras y cuidadores de jardines infantiles y sala cuna, la aplicación del suero en el lactante debe ser realizada con la previa autorización de los padres, quienes habrán consultado a algún especialista. Medida que debe ser seguida cada vez que se de un medicamento.

Respecto a lo señalado anteriormente, los sueros pueden venir en diferentes presentaciones, a continuación se mencionan algunos:

[9] La vías respiratorias altas incluyen: nariz, cavidad nasal, senos paranasales, laringe y traquea.

Por ejemplo

Fisiolimp: compuesto por cloruro de sodio, en lactantes es necesaria 1 aplicación (equivalente a 1 gota) en cada fosa nasal cada vez que sea necesario o según indicación médica. Este producto viene en envase con gotario.

Actifedrin: compuesto por Pseudoefedrina y tripolidina, se debe dar 1.25 ml de jarabe al lactante 3 a 4 veces al día. Viene en jarabe, y la administración a un menor de dos años debe estar estrictamente prescrita por un médico.

Nastul: compuesto por Pseudoefedrina y Maleato de Clorfenamina, se debe dar según la edad del lactante. Hasta los 3 meses: 5 gotas, 3 a 4 veces por día. De 4 a 6 meses: 10 gotas, 3 a 4 veces por día. De 13 a 18 meses: 20 gotas, 3 a 4 veces por día. Viene en gotas y se administra vía oral.

Sea cual sea la presentación usada, es importante que el envase sólo se apoyen en los orificios de la nariz, sin penetrar en su interior, porque fácilmente lesionaría la mucosa nasal. Por eso mismo es muy peligroso aplicarlo con una jeringa.

Las fosas nasales comunican a través de la trompa de Eustaquio con el oído medio, que podría resultar dañado o recibir microbios si se intenta ajustar el aplicador para conseguir que el suero entre con mucha presión. Por el mismo motivo, es mejor no administrarlo con la cabeza hacia atrás, sino de lado.

Cuando las fosas nasales se hallan obstruidas se debe utilizar un vaporizador, esto cuando no sea posible descongestionarlas con suero fisiológico.

Hay analgésicos que pueden utilizarse para aliviar el malestar que ocasionan los resfríos. En los bebés, el más recetado es el paracetamol en gotas.

Un aspecto que deberá tenerse en cuanta es que durante los resfríos, el bebé puede perder el apetito y cansarse al comer. Además se debe tener en cuenta que necesita más agua de la habitual, porque la pierde por la fiebre o al respirar por la boca.

2. Muerte Súbita

La muerte súbita es definida como la defunción repentina de un lactante el cual antes de su muerte se encontraba sano, y que en la autopsia no se detecta ninguna anomalía.

Esta lamentable situación ocurre en el momento que el niño/a duerme. Antes de esto, el niño/a no presenta ningún síntoma que amerite preocupación.

Puede ser que transcurran minutos u horas cuando el niño/a es encontrado fallecido. En muchas ocasiones se han efectuado acciones de reanimación en niños/as con muerte súbita pero ha sido inútil, ya que el niño/a sufre una muerte repentina.

Clínicamente la muerte súbita es producto de una detención (parada) inmediata de la función del corazón, donde la respiración del niño/a se detiene.

Evidentemente, esta es una situación bastante dramática, en la cual se sufre la pérdida inesperada de un niño/a sin una causa aparente. Es de total relevancia para educadores y cuidadores, considerar este mal, y en lo posible conversar sobre éste con los padres de los niños/as a cargo. Hay estudios que han arrojado resultados sobre esta muerte repentina, y a pesar de no encontrar respuestas concretas sobre su origen, se ha demostrado que tienen una mayor probabilidad de padecerla los niños/as que duermen boca abajo, por lo cual se hace necesario considerar esto para las siestas de los niños en salas cunas y jardines infantiles.

Los estudios que se han efectuado respecto a esta enfermedad no han demostrado que esta situación de muerte súbita pueda repetirse en alguna familia donde ya haya ocurrido un caso igual. Se cree que sólo algunos niños/as nacen ya con el riesgo de padecerla, quizás por alteraciones en los centros del sistema nervioso que regulan la respiración y el funcionamiento del corazón, pero al no ser posible identificar exactamente esos niños vulnerables, las medidas de prevención deben aplicarse a todos, y las cuales son descritas a continuación en la tabla siguiente.

Tabla Nº 1: Medidas de Prevención para evitar la Muerte Súbita en el Lactante

Medida de Prevención	Fundamento
Acostar al niño/a a dormir boca arriba	- Salvo indicación médica expresa, los bebés deben acostarse boca arriba durante los primeros seis meses de vida. A partir de esa edad, la muerte súbita es ya mucho más rara y no hay pruebas de que para entonces tenga relación con la postura. - Los reflejos de un lactante sano impiden que aspire la leche que pueda devolver estando boca arriba y los fallecimientos por aspiración no han aumentado desde que se les hace dormir en esta posición. - El riesgo de muerte súbita sólo existe durante el sueño y es mayor por la noche, por lo que la posición al dormir se torna vital.
Evitar el tabaco desde antes del nacimiento	Tanto el tabaco que fume la madre durante el embarazo como el humo que el bebé respire, aumentan la posibilidad de que sufra una muerte súbita. Esto porque el tabaco puede dañar los receptores fundamentales del cerebro del feto, encargados de controlar la respiración.
No abrigar en exceso al niño	El aumento de temperatura también se ha relacionado con este síndrome, ya que produce disfunción del sistema de regulación de la temperatura corporal la que interactúa con la regulación respiratoria y cardiaca, produciendo un cese de la respiración. Es por este motivo que se debe evitar abrigar demasiado a los niños/as o tener la calefacción muy alta, especialmente cuando tienen fiebre.

Como se ha podido observar, este mal es tan repentino e inexplicable que es necesario estar informado sobre el tema, para lo cual se debe estar atento en seguir las precauciones anteriormente mencionadas, y poner al tanto a los padres y madres sobre la existencia de esta dramática situación.

Realice ejercicio nº 4

3. Bronquitis y Asma

Estas son dos enfermedades que tienen muchos puntos en común, que no siempre son fáciles de distinguir y que a veces se confunden. Son muy comunes en los lactantes y a continuación se hace la diferencia entre ellas.

- Bronquitis: es una enfermedad que se produce por la infección de los bronquios más grandes que nacen en la tráquea y se van abriendo hasta acabar en los bronquíolos. Sin embargo, los pediatras utilizan este término siempre que la auscultación10 demuestra que existe obstrucción bronquial, que puede ser causada por un virus pero también por una inflamación no infecciosa, por ejemplo, alérgica.

- Asma: se define como una especial sensibilidad de los bronquios, que reaccionan exageradamente ante diversos agentes como ácaros del polvo y pólenes, pero también virus, aire frío y humedad, cerrándose e inflamándose los bronquios causando la dificultad respiratoria.

Los síntomas de la bronquitis y asma son similares, dentro de los cuales destacan los siguientes:

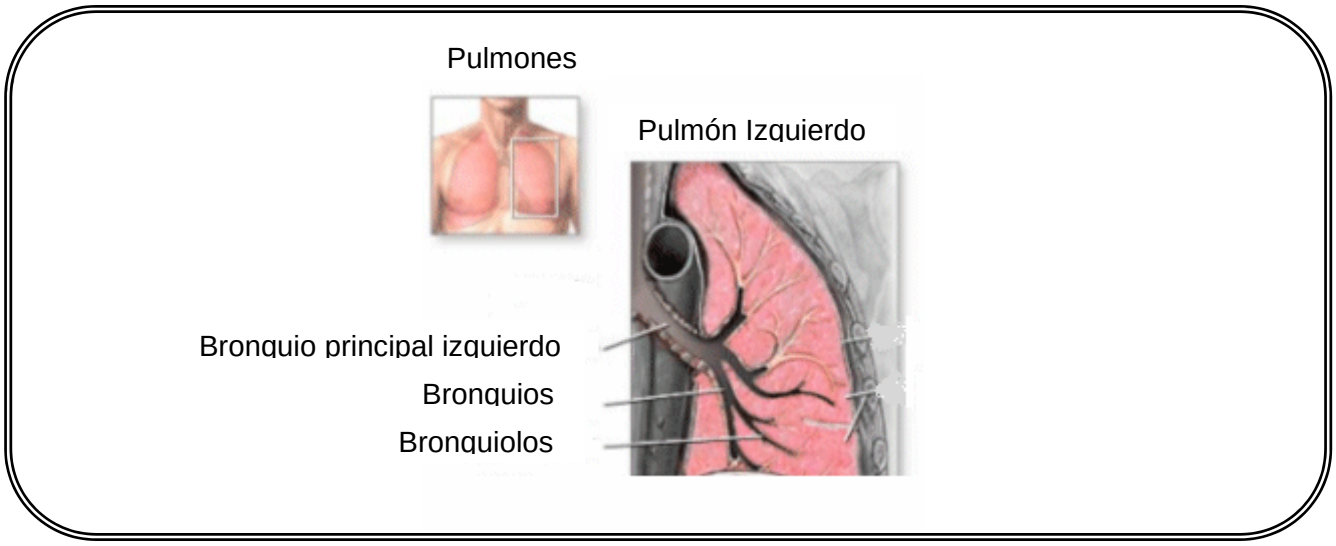
a) Tos y flemas.
b) Espiración prolongada.
c) Silbidos al respirar.
d) Irritabilidad.
e) Sueño dificultoso.
f) Falta de apetito.
g) Decaimiento.

Ahora bien, la diferencia entre ambas radica en los bronquios, ya que la bronquitis es producida por una infección de los bronquios y el asma por una sensibilidad de ellos, pero ambas producen un mal funcionamiento de los bronquios, lo que produce los síntomas anteriormente señalados.

La figura siguiente muestra la ubicación de los bronquios, lugar donde se producen las enfermedades descritas anteriormente.

[10] *Auscultación*: consiste en escuchar el sonido de los órganos del cuerpo.

Figura Nº 7: Bronquios y Bronquiolos



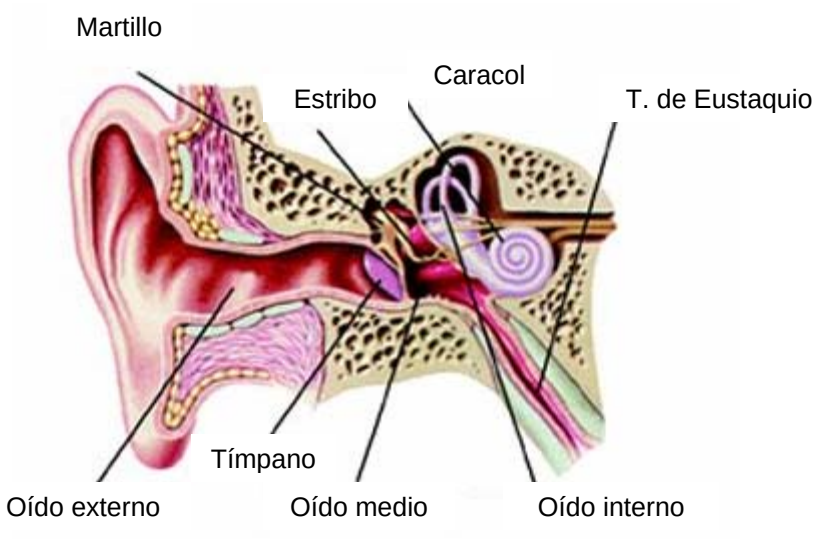
4. Otitis

Esta enfermedad es definida como la inflamación del oído medio. Si esta inflamación se encuentra asociada con síntomas agudos, se habla de otitis media aguda, la cual es producto de la llegada de virus o bacteria al oído medio que provienen desde la garganta, generalmente en el transcurso de una infección de la vía aérea superior.

La otitis es una de las enfermedades más comunes en la infancia, y se sabe que alrededor del 80 por ciento de los niños han padecido, al menos un vez, de otitis antes de los 3 años de edad. Con frecuencia los lactantes y niños en general la padecen en invierno y principio de primavera.

Para poder comprender mejor este tipo de afección en el lactante es bueno tener en conocimiento la estructura del oído (figura nº 8). Donde se puede detallar que el aparato auditivo está formado por el oído externo, medio e interno. El oído externo, es la oreja, luego viene el oído medio que es una especie de cavidad llena de aire y que contiene en su interior la cadena de huesecillos, además del llamado estribo, martillo y caracol, para finalmente conectarse con el oído interno.

Figura Nº 8: Estructura del Oído



Luego del oído interno, se puede apreciar la llamada Trompa de Eustaquio, un tubo muy fino, que une el oído medio y la zona de la garganta. La función mas importante de este tubo es mantener equilibrados las presiones entre el oído externo y el oído medio, y además por este tubo salen hacía la garganta las secreciones del oído medio.

Cuando la Trompa de Eustaquio no está funcionando correctamente, impide el drenaje (vaciado) normal de líquido del oído medio, provocando un almacenamiento de líquido detrás del tímpano, esta situación permite el crecimiento de bacterias y virus en el oído, los cuales pueden causar la llamada otitis aguda.

En este contexto, cabe tener presente la existencia de variados factores por los cuales las trompas de Eustaquio pueden funcionar de manera defectuosa. Estos factores son:

- A causa de un resfriado o una alergia que puede conducir a la hinchazón y congestión del tejido de la garganta y la trompa de Eustaquio, impidiendo el flujo normal de líquido.

- Una malformación de la trompa de Eustaquio.

- Una alteración que comprima la salida de este tubo, como ocurre cuando los niños/as tiene adenoides grande.

Todos los niños/as están propensos a desarrollar una otitis, pero es más frecuente en niños/as antes de los dos años y medio, ya que la trompa de Eustaquio anteriormente señalada es de menor longitud, o sea más corta. En niños/as menores de dos años, la

funcionalidad de estos órganos aun está desarrollándose, lo que los hace más propensos a esta enfermedad.

Además de lo señalado anteriormente, existen otros factores que inciden en que un lactante tenga un mayor riesgo de padecer otitis, estos son:

- Antecedentes familiares de otitis, ya que la otitis se pudo producir por una malformación a en alguna parte del oído, situación que pudo presentar algún familiar y que el niño presenta por transmisión de los genes.

- Asistir a una sala cuna donde los cuidados no sean apropiados, ya que por ejemplo si no se le da un buen cuidado a un resfrío (detectarlo, avisar a padres, administrar medicamentos, no cambiar temperatura del ambiente, etc.) se puede transformar en otitis.

- No consumir o no haber consumido lactancia materna, ya que el niño que consume lactancia materna tiene bajas probabilidades de contraer cualquier infección, como la otitis.

Como ya se señaló, la otitis se puede convertir en Otitis Aguda, la que se caracteriza por una infección del oído medio que se origina repentinamente causando inflamación y enrojecimiento. El líquido y mucosidades se quedan atrapados dentro del oído, provocando que el niño/a tenga fiebre, dolor de oído y pérdida de la audición.

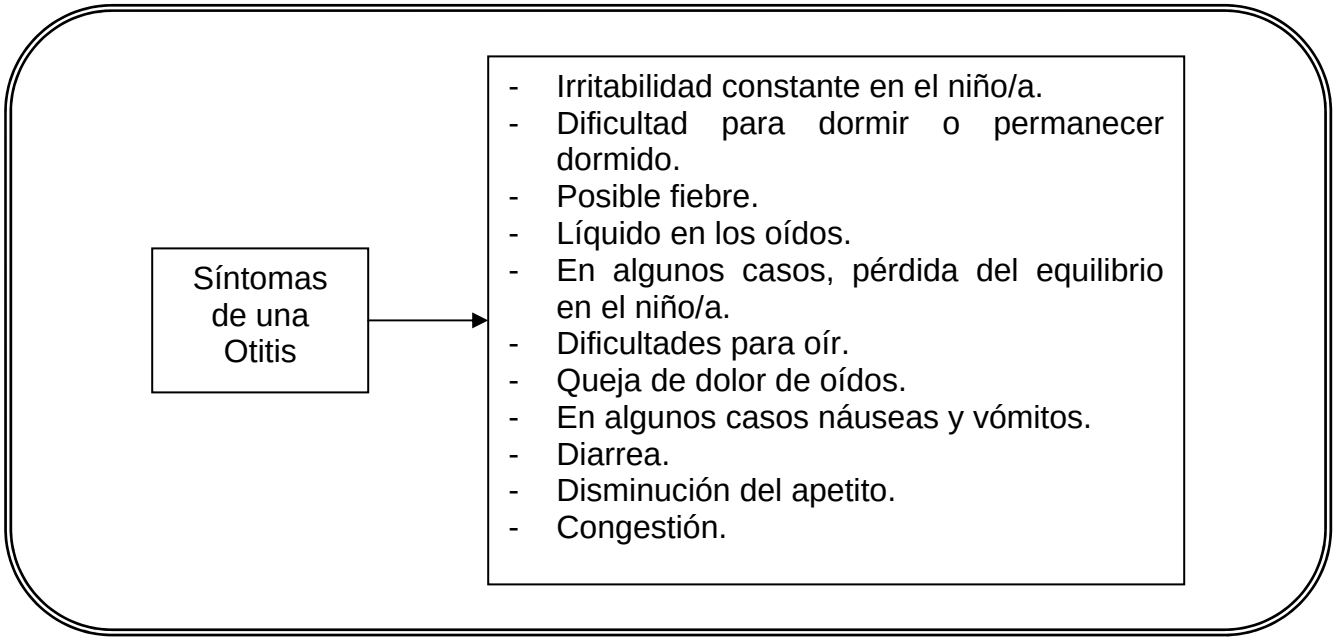
En estos casos el médico deberá revisar dentro del oído del niño/a utilizando un instrumento especial con una luz que le permite ver dentro del oído. Para saber con certeza lo que aqueja el oído del niño/a el médico realiza una timpanometría, que es un examen que ayuda a determinar cómo está funcionando el oído medio. Este examen no dice si el niño/a oye o no, pero ayuda a detectar cualquier cambio en la presión en el oído medio. Sin embargo es difícil de realizar en los niños/as más pequeños porque necesitan permanecer inmóviles y no llorar, hablar o moverse.

Cuando un niño/a presenta otitis, es bastante probable que vuelva a presentar otra más adelante, si es que las causas que la originan persisten o si aun no madura anatómicamente la función del oído.

En salas cuna y jardines infantiles se debe siempre informar al apoderado cualquier síntoma extraño en el niño/a, y en el caso de la otitis es muy importante, ya que una enfermedad de este tipo mal tratada puede desencadenar que la infección persista por más tiempo y provocar así consecuencias a largo plazo como mala audición, lo que puede a su vez generar futuros trastornos de lenguaje y otras anomalías posibles en el niño/a a medida que va creciendo.

Para que los profesionales puedan detectar a tiempo oportuno una enfermedad de este tipo, a continuación se enumeran los variados síntomas que se pueden ver en un lactante que se encuentre padeciendo de otitis:

Figura Nº 9: Síntomas Comunes de una Otitis



Para que la enfermedad pueda ir pasando, es primordial consultar al médico. Sin embargo también se pueden tomar ciertas medidas que ayudan a que el niño pueda sanar pronto de la otitis, estas recomendaciones son:

a) Mantener en reposo al niño/a.

b) Darle al lactante una alimentación normal, a no ser que el médico indique lo contrario.

c) Suministrar antitérmicos o analgésicos, en el caso que la fiebre sea mayor a 38.5º C. Como por ejemplo paracetamol (10 mg por kilo de peso del lactante) cada 4 a 5 horas, lo cual de todas maneras debe ser controlado por un especialista.

d) No se deben utilizar gotas para los oídos por iniciativa propia, sino que debe ser estrictamente indicado por médicos, ya que el uso de gotas se debe realizar sólo en algunos casos de otitis.

e) Suministrar antibióticos, recetados por el médico, por un tiempo adecuado, ya que si se excede el tiempo recomendado por el especialista puede causar daño al niño/a, ya sea estomacal o de otro tipo.

Cada vez que un niño/a presente otitis, luego de seguir un tratamiento adecuado, el médico debe hacer las pruebas respectivas para comprobar que definitivamente esta enfermedad ha concluido, esto porque existen casos donde aparentemente el niño/a se ha sanado pero aún presentaba líquido en sus oídos, pudiendo agravarse considerablemente la

situación. Si educadores o cuidadores observan que luego de una otitis aparentemente sanada el lactante presenta síntomas, se debe inmediatamente dar aviso a los padres, para que tomen determinaciones adecuadas respecto a la salud de su hijo.

Si este fuera el caso y el líquido permaneciera en el o los oídos durante más de tres meses, se suele sugerir por parte del médico que al niño/a se le realice un procedimiento quirúrgico donde colocan pequeños tubos en el o los oídos. Este procedimiento quirúrgico, consiste en hacer una pequeña abertura en el tímpano para drenar el líquido y aliviar la presión del oído medio. Así, se coloca un pequeño tubo en la abertura del tímpano para ventilar el oído medio e impedir la acumulación de líquido. Esta medida permite que la audición del bebé se restaure después del drenaje del líquido. Los tubos normalmente se caen por sí solos después de seis a doce meses.

Realice ejercicios nº 5 al 8

CLASE 06

5. Virus Sincicial

En salas cuna, donde se educa y asiste a niños/as hasta los dos años de edad, suelen detectarse casos de esta enfermedad. Según el Ministerio de Salud, cerca de la mitad de los niños/as ha tenido una infección por Virus Sincicial durante su primer año de vida, y casi el 100% han sufrido la infección al cumplir 2 años. Donde los síntomas involucran la nariz, faringe, laringe, tráquea, bronquios y pulmón.

Según los estudios realizados, un tercio de los enfermos por virus sincicial desarrolla neumonía, bronquiolitis o crisis obstructivas. Donde alrededor del 2,5% de los infectados debe hospitalizarse y 0,1% fallece.

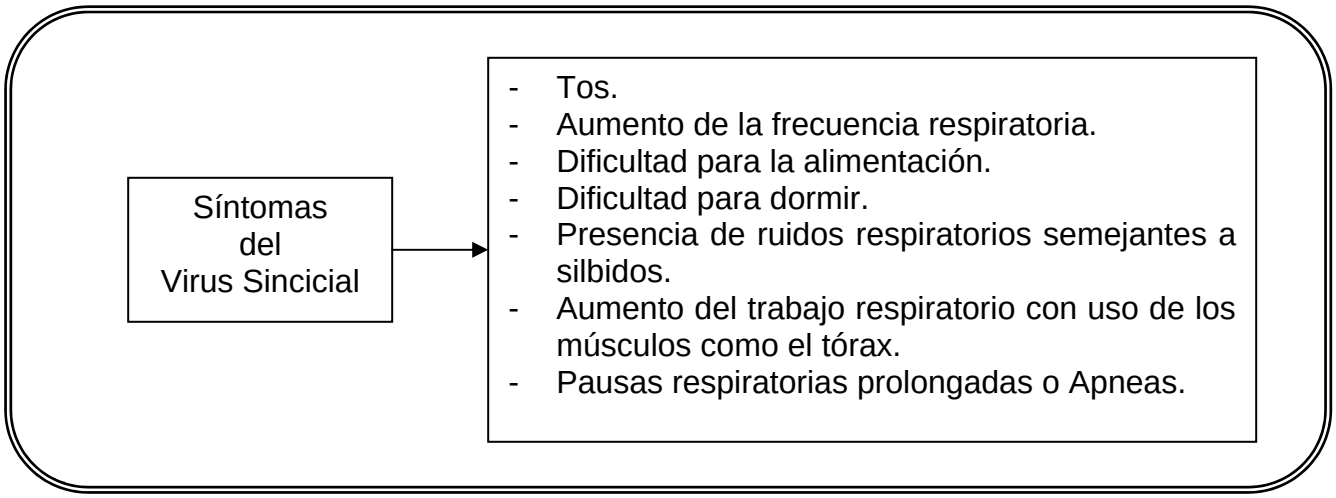
Un niño/a con cuadro de virus sincicial se puede identificar ya que presenta fiebre, tos y mucosidad. Posteriormente, en cuestión de uno o dos días, aparece dificultad respiratoria que, a veces, entorpece la alimentación. Esta enfermedad puede ser variable, desde casos leves que no plantean ningún problema, hasta casos graves que requieren de ingreso hospitalario.

El período de incubación de este virus es de aproximadamente 5 días (el rango es de 2 a 8 días). Cuando una persona está infectada, sus secreciones respiratorias contienen cantidades altas de virus durante 3 a 8 días. Sin embargo, este período se extiende significativamente (hasta 3 a 4 semanas) en los lactantes.

Ante este tipo de enfermedad es importante que las personas que se encuentran a cargo de los menores conozcan los principales síntomas que genera este tipo de virus en el

lactante, para así informarles lo antes posible a los padres. La figura siguiente señala los síntomas.

Figura Nº 10: Principales Síntomas del Virus Sincicial en el Lactante



Cabe señalar que siempre que un niño/a pequeño, sobre todo menor de 3 meses, presente como síntoma la tos, deberá ser evaluado por un profesional para descartar alguna patología de la vía aérea inferior, como bronquiolitis o neumonía.

Como ya debe ser sabido, la leche materna tiene valiosas propiedades que protegen a los lactantes de varias enfermedades, pese ha esto existen casos de niños con virus que han sido o están siendo alimentados con leche materna, esto puede producirse debido a que la madre haya tenido algún contacto con el virus, y de esta manera lo haya transmitido a su hijo/a.

El virus sincicial no está presente en el ambiente todo el año. Según estudios del Ministerio de Salud, en el año 2004, según las hospitalizaciones de lactantes en Chile, el virus sincicial brotó y afectó con más fuerza, existiendo un 43% más de enfermos que el año anterior. Luego en el año 2007, se establece que fue otro año con una gran cantidad de lactantes enfermos. Según la doctora Cecilia Perret, de la facultad de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, encargada del laboratorio de infectología y virología, indicó que este invierno hubo récord de casos del Virus Sincicial Respiratorio, la doctora determina que en niños de niveles económicos bajos la incidencia del virus es de uno en cada cien, y en niveles económicos altos es en uno de cada mil, diferencia dada por desconocimiento de la familia, consulta tardía y por escasos recursos para cuidar al bebé.

Ante este tipo de enfermedades en los niños/as, el médico recomienda principalmente la aplicación de inhaladores para poder tratar la afección en el lactante. Sin embargo, para que éste mejore con más prontitud se deben tener ciertas consideraciones, como son:

- Mantener al niño bien hidratado, ya que de alguna manera debe compensar el hecho de que coma menos cantidad, dada su inapetencia.

- Mantener ventilación del ambiente, para que no se mantenga el virus en suspensión y contagie a otros niños/as.

- Hacer lavado nasal permanente y aspirar las secreciones, para que el niño pueda respirar de manera óptima.

- Mantener al niño en posición semi-sentado, ya que de esta manera, no corre riesgo de ahogarse, si es que se encuentra demasiado congestionado.

Además de las consideraciones señaladas, es aconsejable realizar un tratamiento kinesiológico al bebé. Una vez pasada la fase aguda y tal vez de mayor peligro por el componente obstructivo, la tos no es suficiente para eliminar las flemas en estos menores y la ayuda del kinesiólogo es de mucha importancia para eliminar las flemas de la vía aérea.

En Chile, la historia del brote del virus sincicial respiratorio en los niños/as menores de dos años se ha desarrollado en forma progresiva, con una población susceptible de sobre 200.000 niños/as, si se le agrega la contaminación, frío y lluvia, con la posterior humedad hace que las condiciones de propagación sean óptimas y de hecho así ha ocurrido.

Es por lo anterior, que en el país se deben hospitalizar al año una gran cantidad de niños/as por el virus sincicial. Para hospitalizarlos, se considera en ellos: frecuencia respiratoria, retracción torácica[11] y coloración, aspectos que permiten dar un determinado puntaje y de acuerdo a ese valor y a la respuesta del tratamiento dado, decidir si debe o no ser hospitalizado. Asimismo la medición del oxigeno, mediante un sencillo sistema de control, podrá reflejar también un criterio de hospitalización. Y si, ha lo ya señalado se le agrega la edad, presencia de signos de deshidratación, sospecha de agotamiento, malas condiciones en la casa, etc. Pueden bien constituirse en criterios aislados o en conjunto de un eventual ingreso hospitalario.

Particularmente el tratamiento en el hospital se remite a dar al niño/a una hidratación por sonda o vía endovenosa, un aporte extra de oxigeno, realizar un aporte programado y repetido de algunos de los medicamentos broncodilatadores, como también un posterior apoyo del kinesiólogo. Sin embargo lo más importante será el estar atento a los signos de insuficiencia respiratoria que el niño/a puede presentar para así darle una ventilación mecánica oportuna. El alta generalmente se produce al cabo de 4 días promedio.

Evidentemente, se debe prevenir el contagio de este virus antes que llegue al extremo de provocar la hospitalización de un niño/a. Motivo por el cual se debe tener en consideración que, la puerta de entrada del virus a una persona puede ser la nariz, la boca o los ojos. El virus se contagia a través de secreciones respiratorias que son expelidas en

[11] Retracción torácica: se hunde el tórax al respirar.

gotas de diversos tamaños al hablar, llorar, estornudar o toser. Las manos u objetos que han estado en contacto con secreciones respiratorias de una persona infectada también sirven de vehículo de transmisión. El virus sobrevive en el ambiente y en objetos por horas. Especialmente en hospitales, ya que dado que muchos niños con virus sincicial se hospitalizan, el virus en muchas oportunidades permanece en el ambiente, contagiándose más niños/as.

Cuando el lactante se contagia de este tipo de virus, el niño/a comienza a crear defensas específicas contra éste, y los malestares pasarían en unos días. Sin embargo en los casos severos, especialmente en niños pequeños o con factores de riesgo puede ocurrir, como se señaló anteriormente, una falla respiratoria que requiere el uso de ventilación mecánica.

En este sentido cabe señalar que, pese a que los niños/as pueden crear anticuerpos ante este virus, y no volver a contraerlo, existen muchos más virus a los cuales están totalmente expuestos.

Finalmente, se debe destacar la utilización de nuevas técnicas para diagnosticar el virus: como detallar síntomas, conocer condiciones generales del hábitat del menor, afecciones familiares, entre otras, técnicas que sin duda han permitido optimizar el manejo clínico de los niños/as que se contagian de este virus, evitando el uso innecesario de antibióticos y permitiendo la adopción de medidas para evitar la transmisión viral, y por supuesto descartar casos que no son especialmente este virus, y que requieren de tratamientos distintos.

6. Rota Virus

Cada año una inmensa cantidad de lactantes adquieren rota virus, y algunos más de una vez.

Los niños/as que han recibido o están recibiendo leche materna presentan este virus con menor intensidad incluso en algunos casos asintomático. Otros presentan un cuadro diarreico y con vómitos entre tres y cinco días. Hay niños/as que se agravan a tal punto de sufrir una grave deshidratación que implica riesgo vital.

A raíz de los anterior, es que más de la mitad de las hospitalizaciones de niños/as menores con diarrea y deshidratación es a causa del rota virus.

Particularmente, este virus provoca gastroenteritis[12], y como él, hay varios otros virus que producen este mal, sin embargo el rota virus es sin lugar a dudas el más fuerte y peligroso si no se trata a tiempo.

[12] *Gastroenteritis*: inflamación del estómago e instestinos.

Respecto a su contagio y propagación, aunque aún no existen estudios que lo demuestren todavía, se supone que se realiza por vía aérea, además del contacto con las personas.

Para evitar dicha enfermedad, en Chile existe una vacuna contra este virus en particular, la cual presenta un alto grado de protección contra la enfermedad, previniendo la presentación de formas graves de deshidratación.

El desarrollo del rota virus se puede describir como un cuadro violento, con fuertes vómitos en las primeras horas y en los tres a cinco días siguientes, deposiciones líquidas. Esto se traduce en el impedimento de la llegada de líquidos al aparato digestivo; como también pérdida de agua y electrolitos por las deposiciones líquidas y por fiebre. La diarrea es la manifestación clínica de esta infección.

Para enfrentar esta infección y evitar complicaciones futuras, en las primeras horas del trastorno hay que dar al niño/a líquidos a sorbos, agua hervida, líquidos frescos, idealmente sales de hidratación, y de manera frecuente, para vencer la deshidratación.

Esta enfermedad de origen viral ataca a los lactantes menores de dos años, pero también algunos grupos de rota virus pueden afectar a adultos.

Generalmente empieza con un cuadro respiratorio que hace pensar que se trata de algún tipo de infección a la garganta. Produce fiebre, aunque no elevada, muchos vómitos inicialmente y diarreas abundantes, como se explicaba anteriormente, más de seis evacuaciones en el día.

La deshidratación es la consecuencia más grave de los efectos del rota virus y se puede identificar con los siguientes parámetros:

- El niño/a no ha mojado los pañales en más de 5 horas.
- Tiene la boca seca.
- No tiene lágrimas cuando llora.
- Está aletargado o adormecido.
- Tiene los ojos hundidos.
- Llora o se irrita con frecuencia.
- Presenta una excesiva tranquilidad.
- Presenta pérdida de brillo en los ojos.

De este modo, para diagnosticar el rota virus se toma una muestra de deposiciones, la cual puede dar positivo o negativo en caso que se presente o no el virus. Esto porque cuando el niño/a presenta la infección elimina gran cantidad de virus en las deposiciones, la cual puede permanecer en ellas hasta por diez días desde el inicio de los síntomas, lo que permite rápidamente diagnosticar su presencia.

Particularmente, en los lactantes la infección se produce por contaminación por manos sucias con deposiciones, la cual se puede encontrar en los juguetes u otros artefactos.

La transmisión del rota virus de animales a seres humanos no ha sido comprobada. Lo que se ha comprobado es la transmisión por vía fecal-oral, lo que significa que el medio habitual de contagio no tiene una relación específica con la contaminación de alimentos y el agua. En otras palabras, quienes han desarrollado buenos hábitos de higiene y alimentación no están a salvo de los ataques de los virus, ya que la transmisión, como se mencionaba anteriormente, también puede producirse por vía respiratoria, ya que se ha comprobado brotes de fuente común, especialmente en las salas cuna y jardines infantiles.

El periodo de incubación de este virus, es de uno a tres días. Antes de que se presenten los síntomas, ya se habrá producido el contagio el que a su vez puede haber ocurrido con otro niño/a que tuvo la enfermedad diez días atrás que, aunque se vea sano, todavía sigue eliminando virus en las deposiciones.

Es sabido que en las salas cunas y jardines infantiles usualmente se producen contagio de enfermedades, es por esto que se recomienda que en estos lugares, aquellos niños/as que presenten una infección intestinal deben ser aislados, por lo menos, diez días.

Respecto a la existencia de algún tratamiento con medicamentos, por ser una infección viral no existe uno específico; sino que sólo se tratan los síntomas y se debe realizar un aislamiento durante la enfermedad por las eliminaciones fecales.

A pesar de que luego de un rota virus el niño/a puede quedar con cierta inmunidad, éste puede volver a repetir un episodio de rota virus, ya lo ha tenido anteriormente.

Finalmente, se debe tener presente que el rota virus es lamentablemente habitual en los lactantes de Chile. Pero también está presente en muchas zonas del mundo.

7. Pestes

La peste se caracteriza por la aparición en casi todo el cuerpo de granos de color rojo que producen picazón y molestia principalmente en los lactantes.

Las erupciones de la piel pueden ser manchas diferentes que pueden ir desde manchas color rosado hasta erupciones con ampollas siendo la mayoría producidas por

virus. Por esto, es fundamental que se conozca la forma de presentación de cada una de ellas.

Toda persona en algún momento se verá enfrentado a cada uno de los microbios que provocan las diferentes pestes, y por lo tanto padecerán la enfermedad, sin embargo, es en la edad infantil la mayor probabilidad. Donde se debe tener presente que muchas de estas enfermedades tienen vacunas para prevenirlas.

Dentro de las pestes, la que comúnmente ataca a niños/as y lactantes es la llamada peste cristal o varicela. Los granos tipo lesiones contienen un líquido transparente, de color blanco y que se desarrolla en la cabeza, el cuero cabelludo y los genitales, es una enfermedad que no dura más de tres semanas, pero que es altamente contagiosa. Generalmente son sobre 100 lesiones en todo el cuerpo.

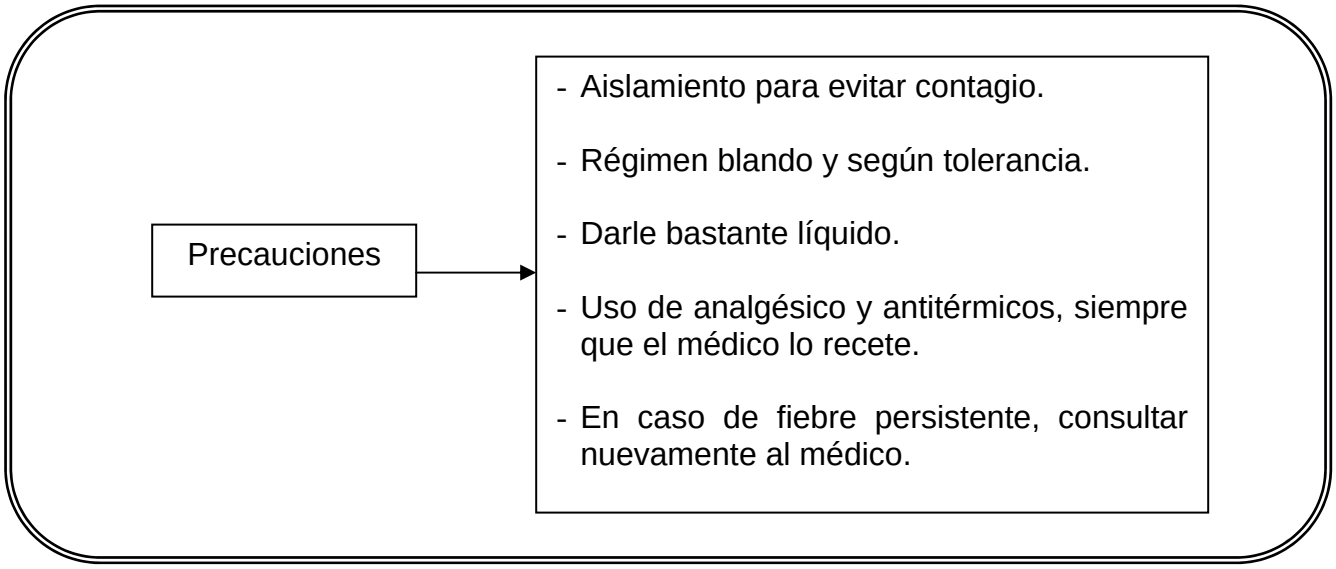
Si en una sala cuna existe un lactante contagiado de peste, lo más probable es que se contagien todos los niños/as que interactúan con él. Este tipo de afección en los menores es considerada verdaderamente contagiosa.

De este modo, el contagio es principalmente por tres caminos: como contacto directo, por vía aérea y por objetos que el niño/a con la enfermedad haya usado, los cuales se transforman en vehículos de transmisión.

Los granitos que identifican a las pestes, como se mencionaba anteriormente, provocan gran picazón, y es muy perjudicial rascarse, ya que los lactantes al tomar muchos objetos suelen tener las manos sucias y se expone a una infección bacteriana secundaria conocida como Impétigo. Para evitar este molesto síntoma se recomienda evitar en lo posible que el niño/a se rasque.

Por lo tanto, para cuidar a un niño/a con peste, se deben tener ciertas precauciones, las cuales son mencionadas en la figura siguiente:

Figura Nº 11: Precauciones a tener con un Niño/a con Peste



En primavera es cuando más se presentan pestes en los niños/as, la más común como ya se mencionó es la varicela, pero también es bueno conocer sobre el sarampión y rubéola.

El sarampión, se puede identificar en un niño/a[13], con manchas en el cuerpo, además de fiebre elevada, con tos, conjuntivitis y congestión nasal. Las manchas en el cuerpo se generalizan y duran aproximadamente 4 días, para luego, lentamente, disminuir y desaparecer; esta afección compromete severamente al menor y puede dar complicaciones serias entre las que se destacan la bronconeumonía.

Es bueno tener presente que un niño que tiene sarampión presenta un rechazo a la luz, situación que es fácil de identificar, además es altamente contagiosa.

Por su parte, la rubéola es más suave, se presenta con fiebre no elevada, con manchas más tenues y sin compromiso del sistema respiratorio. Sin embargo presenta una alta probabilidad de producir malformaciones si ocurre en el transcurso del primer trimestre del embarazo. Tal vez la principal dificultad, es que un porcentaje elevado de pacientes cursa con la enfermedad sin presentar ningún síntoma.

Finalmente, cabe tener presente que, las pestes en salas cunas y jardines infantiles son frecuentes, por lo que es necesario conocer las características de éstas para poder detectarlas e informar a los padres oportunamente y donde los cuidados específicos que darán éstos a sus hijos serán expresamente aconsejados por un profesional de la salud.

Realice ejercicios nº 9 y 10

[13] A pesar que no se han dado casos en dos años en Chile

CLASE 07

1.3. Detección de Enfermedades en el Lactante

Para detectar las enfermedades que el lactante puede ir presentando, es necesario conocer las características generales que en él se manifiestan, las cuales permiten identificar algo anormal en ellos, razón por la que se debe estar atento a ciertos síntomas que puede presentar.

En este sentido, es útil para los padres, educadores y cuidadores que sepan reconocer los síntomas anormales más comunes o llamativos que el bebé presente. Particularmente, en el caso de los educadores y cuidadores, éstos deben actuar informando a los padres para consultar oportunamente a un especialista médico.

Cuando el lactante presenta alguna enfermedad, lo primero que se debe evaluar es la llamada actitud del niño/a, es decir, la posición que éste adopta, esto porque se pueden observar ciertas modificaciones en la actitud del lactante frente a diversas enfermedades.

En el lactante sano y dormido, generalmente su posición es la siguiente: se encuentra echado de espaldas sobre su cuna, tiene sus miembros inferiores y superiores flexionados, la cabeza ligeramente echada hacia atrás. Además sus manos cerradas, en forma de puño, las coloca hacia arriba a ambos lados de la cabeza.

De este modo, cuando el lactante presente algún tipo de enfermedad es posible evaluar ciertas actitudes anormales. Así, en niños enfermos es frecuente observar a éste acostado de lado, con su cabeza fuertemente flexionada hacia atrás y los miembros muy flexionados; o también puede observarse contracción de los músculos de la nuca y la espalda, que flexionan fuertemente hacia atrás la cabeza y el tronco. En ocasiones se mueven cuando sienten molestias, o abren la boca cuando se encuentran con congestión nasal.

Además de una actitud anormal, es posible observar otras características generales que pueden indicar un estado de enfermedad en el lactante, estas características pueden ser las siguientes:

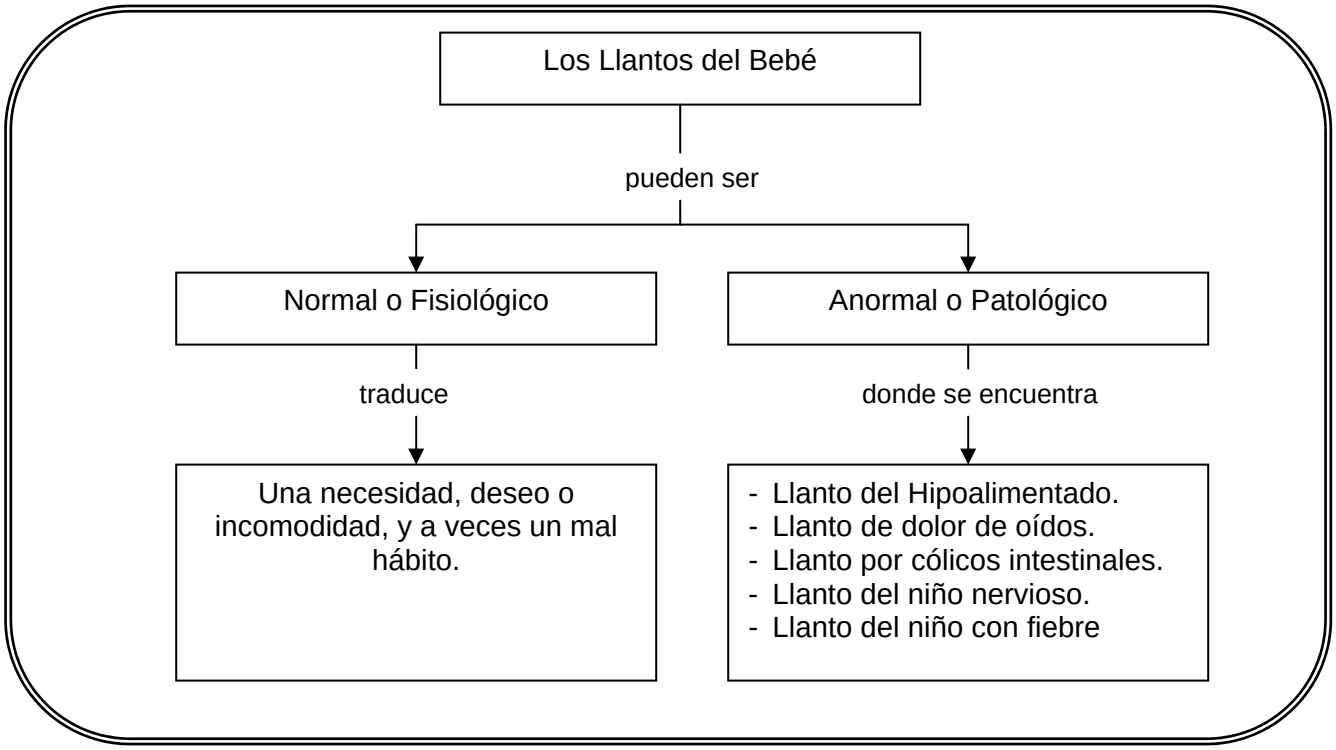
1. Dificultades para la succión

Todo niño/a sano nace con la facultad de succionar. Los débiles congénitos y los niños con alteraciones en su sistema nervioso pueden no saber succionar. Hay recién nacidos sanos que no succionan bien por uno o dos días, pero es siempre prudente hacer examinar por el médico al niño/a que no sabe succionar.

2. El llanto, lenguaje del niño

El llanto es el único lenguaje del niño durante sus primeros meses. Por medio del llanto puede expresar, "tengo hambre", "tengo sed", "tengo frío", "tengo calor" o también "duele". Es por esto que el llanto del bebé puede dividirse en llanto normal, llamado también fisiológico, y llanto anormal o patológico.

Figura Nº 12: Tipos de Llantos en el Bebé



En relación al llanto normal o fisiológico, éste es generalmente bien interpretado por la madre o cuidadores, quienes descubren su causa y le ponen solución. Este tipo de llanto, puede deberse a numerosas causas como: exceso de ropa, ropa muy ajustada, sucia o mojada, parásitos en la cama, un alfiler que pincha o algún objeto que lo incomoda.

Por su parte, el llanto anormal o patológico, traduce un dolor o padecimiento. De este tipo se pueden desprender los siguientes:

a) Llanto del hipoalimentado: el niño/a se sujeta eufóricamente del pecho, succiona por un instante y luego lo deja llorando, pues no obtiene todo el alimento necesario. En este caso el niño/a es delgado, suele estar constipado (agripado) y llora frecuentemente.

b) Llanto por dolor de oídos: es un llanto intenso y continuo. Aumenta al comprimir el oído del lado enfermo. A veces el llanto se produce únicamente al presionar sobre el oído.

c) Llanto por cólicos intestinales: a veces el niño ha deglutido[14] aire o la madre ha ingerido algún alimento que le ha producido gases. El niño/a se pone de pronto a llorar intensamente, doblando los muslos sobre el abdomen, y deja de llorar después de haber expulsado gases o deposiciones por el intestino. Se repite en general varias veces. Como tratamiento, se debe aplicar calor al abdomen, por ejemplo planchar un paño y luego colocarlo en el abdomen del bebé. También se recomienda dar una infusión de anís, pero es recomendable que esta indicación la apruebe un médico. Si el caso es muy acentuado el médico prescribe algún medicamento adecuado para el lactante.

d) Llanto del niño nervioso: no hay fiebre ni dolor. Es un niño/a que duerme poco y tiene a menudo tendencia a ser vomitador. Llora en situaciones de tensión.

e) Llanto del niño con fiebre: cualquier enfermedad con fiebre puede provocar llanto. Es un llanto por momentos, no insistente. En la noche el niño/a despierta varias veces llorando.

3. Color de la Piel

Además del llanto, es posible identificar algo anormal en el lactante si éste presenta cambios en el color de la piel, como son:

a) Palidez: se dice que hay palidez cuando la piel ha perdido el color rosado normal en el niño. Pudiendo deberse a anemia.

A veces la palidez se puede distinguir, ya sea color pálido sucio, color pálido grisáceo. Sea cual sea el tipo de palidez que presente el lactante debe informarse a los padres para que tomen las medidas necesarias, ya que lo más probable es que presente alguna enfermedad.

b) Cianosis: es la coloración azulada o violeta de la piel y de las mucosas. La cianosis en general es una disminución de la cantidad de oxígeno de la sangre. Cuando la cianosis en poco acentuada, hay que buscarla en los labios, la nariz, las orejas, las uñas, que son lugares donde primero se ponen de manifiesto.

Hay cianosis en los niños que nacen con la llamada asfixia. También puede vérsela en los niños prematuros. Si el niño/a nace con un defecto del corazón o grandes vasos, puede presentar como síntomas prominente una marcada cianosis.

Las obstrucciones de las vías respiratorias por espasmos de la laringe, cuerpos extraños etc., dan cianosis, como también las infecciones graves de los pulmones y los bronquios. El frío, especialmente en los niños/as débiles, también puede producir esta coloración en la piel.

[14] Deglutido: tragado.

c) Ictericia: es la coloración amarillenta de la piel y las mucosas, debido a la impregnación de los tejidos del organismo por los pigmentos de la bilis[15].

4. La Fiebre

La fiebre, que es el aumento de la temperatura corporal por arriba de los normal, 37 grados Centígrados, además de ser un proceso de defensa del organismo, tiene mucha utilidad para indicar a la madre y/o adultos a cargo, que el niño/a está enfermo. Por ello, cuando se note cualquier anormalidad o decaimiento en el lactante, es prudente tomar su temperatura.

Existen variadas formas de tomar la temperatura, ya sea de forma oral, axilar y rectal, además con termómetro convencional o digital. Para lactantes y recién nacidos se recomienda hacerlo de manera rectal, procedimiento que debe efectuarse de la siguiente forma:

- Paso 1: primero se debe sacudir el termómetro convencional para que la columna de mercurio baje a su tope.
- Paso 2: luego, untar en la punta un poco de pomada que contenga Vaselina.
- Paso 3: colocar al bebé boca abajo, en una superficie firme y abrir sus glúteos.
- Paso 4: introducir suavemente el termómetro en el ano hasta que el pequeño bulbo de la punta esté cubierto por la piel.
- Paso 5: tener cuidado de no colocarlo más de un centímetro y medio, porque se podría lastimar al bebé.
- Paso 6: mantener el termómetro en el ano entre dos y tres minutos.
- Paso 7: retirar el termómetro cuidadosamente.
- Paso 8: sostener el termómetro horizontalmente y leer la temperatura que marca la columna de mercurio.
- Paso 9: lavar el termómetro con agua fría y jabón o con alcohol.

Si la temperatura es mayor que la normal, debe acostarse al niño/a. Si se encuentra con su madre, ésta debe llamar al médico y si el lactante se encuentra con un educador o cuidador, éste debe avisar a la madre para que ejecute lo anteriormente mencionado.

[15] Bilis: sustancia amarilla que produce el hígado y participa en procesos de digestión.

5. La Diarrea

Este es un importante síntoma de enfermedad, que indica definitivamente que el niño/a debe ser llevado al médico. Cuanto más pequeño es el niño/a, más urgente es practicarle un examen.

La *diarrea* puede definirse como el aumento de la frecuencia de las deposiciones, siendo éstas líquidas o semilíquidas. En estos casos, hay habitualmente un tránsito demasiado acelerado del contenido intestinal, por un aumento de las contracciones del intestino y a veces por exceso de secreción por parte del intestino irritado o inflamado.

El lactante puede presentar diversos tipos de diarreas, siendo éstas descritas a continuación:

a) Diarreas mucogrumosas o dispéptica: se caracteriza por la presencia de grumos, en medio de un líquido de origen intestinal que contiene también partículas de mucus (mucosidades). Estos grumos son de color blanco amarillento o verdoso. Su tamaño oscila entre el de una cabeza de alfiler y el de una arveja. Este es el tipo más frecuente de diarrea y se la halla en las dispepsias[16].

b) Diarrea líquida: es muy líquida, a veces incolora, otras veces verdosa o amarillenta. Si hay grumos, éstos son pequeños y escasos. Además, contiene pequeñas partículas de mucus.

   Cuando existe, produce una marcada irritación del intestino delgado. Hace perder mucho líquido al organismo, lo cual la hace seria. Se la encuentra en las dispepsias graves y en la toxicosis[17].

c) Diarrea grasosa o jabonosa: la materia no es realmente siempre diarreica, sino que tiene el aspecto de masilla por su color y a veces por su consistencia. En caso de ser espesa no moja el pañal, ni se pega al mismo. Tiene un olor muy fétido.

   Se puede encontrar este tipo de deposición en los niños/as con la enfermedad celíaca, o sea intolerancia al gluten que compone las harinas de trigo, o en niños/as que reciben como alimentación exclusivamente leche pura de vaca, sin añadido de hidratos de carbono.

En síntesis, cabe señalar que, el tratamiento de las diarreas infantiles debe ser indicado y dirigido por un médico, para que así el lactante pueda superar lo más pronto posible dicha afección.

---

[16] *Dispepsias*: dolor o molestia en la parte central y alta del abdomen.

[17] *Toxicosis*: trastorno provocado por la absorción de tóxicos metabólicos o bacterianos.

Realice ejercicios nº 11 al 17

CLASE 08

6. Vómitos y Regurgitaciones

La regurgitación consiste en el retorno a la boca de los alimentos proveniente del esófago o del estómago, sin el esfuerzo del vómito. Se diferenciará, pues, el vómito de la regurgitación por sobrevenir ésta última habitualmente poco después de la ingestión del alimento sin esfuerzo y sin ser precedida de náuseas. Si el alimento que el niño/a tomó es leche, ésta se presenta generalmente no coagulada. La regurgitación suele deberse a que el estómago está demasiado lleno de alimento, o bien acompaña a la expulsión de eructos.

En cambio el vómito es precedido de náuseas, se acompaña de esfuerzo y aparece más tarde, por lo que si el alimento que vomitó es leche, ésta se presenta coagulada. Si el vómito es de leche de vaca, los coágulos son grandes y tienen olor a mantequilla rancia. Si la leche ingerida es de pecho, los coágulos son más pequeños y su olor es menos desagradable.

Los vómitos que puede presentar un lactante pueden ser de diversos tipos, dentro de los cuales están:

- Vómitos accidentales: son un síntoma más en el curso de una enfermedad, se hallan con frecuencia en el niño/a. Muchas enfermedades infecciosas o digestivas están acompañadas o son precedidas por vómitos.

- Vómitos habituales: son aquellos que se presentan cada lactada. Mucho más frecuente es observar, en los primeros meses, regurgitaciones con muchas de las lactadas.

- Vómitos periódicos: son vómitos intensos y persistentes que se presentan de vez en cuando.

7. Constipación en los Lactantes

Se dice que hay constipación o estreñimiento cuando no se producen deposiciones espontáneamente o éstas son escasas. A menudo se acompaña de deposiciones duras, y a veces también de mucosidades, que segrega el intestino grueso irritado por la materia fecal.

En relación a las causas de esta afección en el lactante, cuando éste es constipado, hay que buscar primeramente si no se debe a alimentación insuficiente o a una alimentación

con leche de vaca. En algunos lactantes se puede deber a la falta de suficiente cantidad de verduras, frutas y cereales en su alimentación.

Se debe agregar que éste síntoma se puede observar, además en niños/as nerviosos y vomitadores, como también en niños/as alimentados a pecho por madres muy constipadas, o en el niño/a afectado con raquitismo.

Otras veces la constipación se debe al mismo intestino, que presenta algún obstáculo al paso de las materias, o que ha perdido su sensibilidad.

Si es una constipación sencilla, se puede incluir más frutas y verduras en la dieta del lactante, pero si es grave y durante largo período se debe consultar a un médico.

8. Inapetencia

La inapetencia también puede ser un síntoma de enfermedad en el lactante. Existen diferentes tipos de inapetencia, las cuales es necesario conocer y se detallan a continuación.

En primer lugar, cabe distinguir, la inapetencia falsa, que es cuando el niño/a tiene deseo de comer, pero alguna dificultad le impide hacerlo. Puede ser alguna inflamación dolorosa de la boca, obstrucción de la nariz, entre otras.

En segundo lugar, la inapetencia verdadera, se caracteriza porque el niño/a no tiene un verdadero impedimento para comer, pero ha perdido el deseo de hacerlo.

Dentro de las causas que pueden producir inapetencia en el lactante existen demasiadas, sin embargo en este caso se mencionarán las más frecuentes:

a) Enfermedades infecciosas: cualquier infección que tenga el niño/a, aun la más sencilla, se acompaña en forma casi constante de inapetencia.

b) Alimentación inadecuada: la sobrealimentación, acaba por provocar una temporada de inapetencia en el lactante. La hipoalimentación, o sea alimentación escasa, cuando se mantiene por cierto tiempo, termina por provocar el mismo síntoma. De este modo el niño/a acaba por acostumbrarse a comer poco, y aunque se le quiera dar más alimento, no lo acepta.

   Otra causa es la alimentación pobre en vitaminas, especialmente del complejo B. Hay que acostumbrar al niño/a a nuevos alimentos cuando llega la edad apropiada para cada uno de ellos. Si no se hace de esta manera, es difícil conseguir más tarde que el niño/a los acepte.

c) Trastornos digestivos: los trastornos digestivos de hígado, estómago, intestino, páncreas, se acompañan casi siempre de inapetencia. A menudo la constipación es la causa de la anorexia.

d) Anemia: la anemia puede causar pérdida de apetito, y la inapetencia prolongada puede causar anemia.

e) Inapetencia nerviosa: ésta es una forma muy frecuente de inapetencia. Se trata generalmente de niños/as muy nerviosos, y con padres también nerviosos, que hacen de la hora de comer una hora de lucha, con ruegos, promesas y amenazas que aumentan la inapetencia del niño/a, transformando el momento de comer en un período desagradable.

A veces el niño/a más grande, sobre el año de edad, que ve la preocupación de los padres o cuidadores porque ha comido poco con motivo de alguna afección leve, sigue comiendo poco para que se sigan preocupando especialmente por él. En estos casos lo mejor es un ambiente tranquilo a la hora de comer. Se debe ofrecer al niño/a el alimento, sin insistir que coma. Si no lo come, se retira el plato sin comentarios, ofreciendo el que siga. Es difícil que persista muchas horas sin comer. Hay que evitar en todos los niños/as, especialmente en los inapetentes, que coman fuera de la hora.

En este sentido, el variar los alimentos y la manera de presentarlos en platos o recipientes diferentes, especialmente de los colores vivos, sirve a menudo para comer. En toda esta situación, un aspecto que no hay que dejar de lado es el asegurarse de que el inapetente reciba suficiente vitaminas.

Por último, todo niño/a con inapetencia rebelde debe ser examinado por el médico para tratar de determinar la causa e indicar el tratamiento más adecuado al caso. El comer con otros niños de buen apetito, o el hacer comer a los chicos en verano al aire libre, o en otro lugar, puede a veces aumentar el deseo de comer.

9. Insomnio

El niño/a sano duerme en forma profunda y tranquila. A veces por mal hábito, el niño/a pequeño se acostumbra a dormir más de día que de noche, exigiendo ser alzado en brazos y alimentado de noche. Si esa es la razón, bastará a menudo con no hacerle caso por un par de noches, para que descubra que más vale quedarse quieto. Otras veces el niño/a no duerme por tener algún sufrimiento físico: nariz obstruida por mucosidades, malestar en las encías por erupción de dientes, dolor en la boca o en la garganta por inflamación, fiebre, exceso o falta de abrigo, etc. En estos casos habrá que tratar la causa.

En ciertos niños/as nerviosos el sueño no es tranquilo e interrumpido. Ayuda, en esos casos, evitar los juegos excitantes en la tarde, dar un baño tibio antes de acostar al bebé y evitar que duerma demasiado durante el día.

10. Terrores Nocturnos

Este tipo de terrores se ve con mayor frecuencia en niños/as luego del año y medio, despertando bruscamente de noche, aterrorizado, pálido, con los ojos abiertos y temblando. A veces grita, pronuncia frases que revelan que ha estado soñando que es atacado o perseguido por animales o personas.

Dentro de la causas se encuentran las obstrucciones respiratorias, que al dificultar la respiración, hacen soñar escenas de asfixia; cenas muy pesadas etc. Si persisten los terrores en los niños/as, debe consultarse al médico para descartar otra posible causa.

Cuando el lactante se halla aterrorizado hay que tratar de despertarlo completamente, para que reconozca que se haya en su casa y protegido. Para evitar la aparición de dichos miedos, se debe intentar dar una cena con alimentación sana, libre de alimentos irritantes. Se recomienda que haya evacuado, antes de dormir y se debe evitar los juegos que lo pongan nervioso. El médico indicará si hay otra causa y dará un tratamiento.

11. Síntomas de la Piel

La piel en los lactantes también debe ser observada con cuidado para poder detectar cualquier tipo de enfermedad que esté siendo reflejada por esta vía. Dentro de las afecciones más comunes que se pueden encontrar revisando la piel del niño/a se encuentran:

a) Eritema del lactante: se manifiesta con marcado enrojecimiento de las nalgas y a veces otros pliegues de la piel. Además de roja, la piel está húmeda, caliente y adolorida.

   En relación a las causas de esta afección, se puede señalar que, hay niños/as predispuestos a las irritaciones de la piel, como aquellos que presentan dermatitis seborreica[18]. También contribuyen a la irritación de la piel los pañales que no se cambian cada vez que se hallan mojados o sucios, este punto es muy necesario tenerlo en consideración educadores y cuidadores de niños de jardines infantiles y salas cuna, para evitar que el lactante sufra de estos molestos problemas a la piel.

b) Erupciones por calor: es frecuente observar, cuando hace calor o más frecuentemente cuando el niño/a está demasiado abrigado o con fiebre, que se presentan en la piel pequeñas salientes rojas, las que producen picazón. Esta erupción se debe a una leve inflamación de la piel a nivel de las glándulas del sudor. Para prevenirlas se debe evitar el error de abrigar demasiado al niño/a. Si las lesiones son duraderas, se debe derivar al médico para que recomiende alguna loción o tratamiento adecuado.

[18] *Dermatitis seborreica*: escamas amarillentas que aparecen en zonas grasas de la piel.

1.4. Prevención de Enfermedades en el Lactante

Como ya se ha podido observar, el ser humano durante su etapa de lactancia puede padecer ciertas afecciones o enfermedades, las cuales en su mayoría se producen a raíz de su vulnerabilidad frente a diversos virus o bacterias. Sin embargo existe una gran cantidad de estas enfermedades que pueden prevenirse. Esta prevención es fundamental para que el niño/a no manifieste una enfermedad que puede causarle graves síntomas y consecuencias.

En este sentido, para poder prevenir enfermedades, en general, en el lactante se debe considerar lo siguiente:

- Mantener una higiene óptima del entorno del lactante.
- Mantener temperatura ambiental adecuada en recintos donde se encuentre el niño/a.
- Proteger al niño/a de los cambios bruscos de temperatura, abrigándolo o desabrigándolo según la ocasión.
- Entregarle una alimentación acorde a su edad y características individuales.
- Procurar que la alimentación sea sana y en buen estado.
- No poner en contacto al niño/a con personas que tengan enfermedades contagiosas.
- Cambiar los pañales al niño/a cada vez que éste evacúe.
- Lavarse las manos constantemente para evitar transmisión de virus y/o gérmenes al niño/a.
- No exponer al niño/a al sol directo sin protección, para ello se debe utilizar gorro, protector solar, entre otros.
- Ventilar y desinfectar lugares donde hubo una persona enferma.
- Evitar el contacto directo de niños/as con mascotas.
- Asistir a controles médicos periódicos (los padres deben llevar a sus hijos).
- Mantener al niño/a en casa si la enfermedad así lo amerita y retomar una vida normal sólo si la enfermedad ha sanado completamente.
- Evitar el contacto con humo de cigarrillo.
- No compartir elementos personales de otros niños (chupetes, mamaderas etc.)

- Procurar que el niño/a consuma lactancia materna, ya que de esta manera adquiere más protección contra enfermedades. En este sentido es muy importante que el cuidador del niño/a lo comunique constantemente a los padres.

Con estas medidas de prevención, a aplicar en salas cunas, jardines infantiles y casas particulares, se previene una gran cantidad de enfermedades. Además de esto es fundamental la constante comunicación padres – cuidadores, para detectar cualquier tipo de anomalía en el niño/a, como también, el constante control médico. De este modo se logrará evitar las enfermedades que regularmente afectan niños y niñas en su etapa de lactancia.

Realice ejercicios nº 18 al 25

CLASE 09

2. SALUD ORAL EN EL LACTANTE

La salud oral es muy importante para el ser humano, ya que si tiene una buena dentadura podrá masticar con mayor comodidad y disfrutar de una buena digestión. Además podrá tener una sonrisa sana, complemento natural de su imagen, como también podrá hablar con facilidad; lo cual se logra en la medida que desde pequeños se tomen las precauciones pertinentes sobre el cuidado de los dientes y la salud oral en general.

Es por lo anterior que se torna fundamental que padres, educadores y cuidadores conozcan las características generales y enfermedades comunes en esta área, para así poder suministrar al bebé las acciones correctas en lo que respecta al cuidado de su dentadura.

Para poder comenzar, es necesario en primer lugar conocer todo acerca de la boca o cavidad bucal, la cual se encuentra compuesta por distintos tejidos, dentro de los cuales se tienen:

1) Tejido Mucoso

Es un tejido formado por distintas células, vasos sanguíneos, entre otros, el cual se observa de color rosado recubriendo la Cavidad Bucal, es decir, recubre la cara interna de las mejillas, el piso de boca, lengua, paladar, etc. Entre los distintos tipos de mucosa se encuentra a las encías que es toda la mucosa que rodea a los dientes, la cual en condiciones normales se ve de un color rosado claro, opaca, firme y no sangra (principalmente al cepillado).

2) Tejido Óseo

Es una estructura dura que conforma todos los huesos del cuerpo, es así como se encuentra en los distintos huesos que forman la cara, los que se encuentran cubiertos por mucosa o por piel. A nivel de la Cavidad Bucal los más importantes son:

- Maxilar Superior: forma el paladar, es sustento para las piezas dentarias superiores.

- Maxilar Inferior: más conocido como la mandíbula, es el hueso que da sustento a las piezas dentarias inferiores.

El tejido óseo da el soporte a las piezas dentarias, al mismo tiempo que las piezas dentarias ayudan a mantener los niveles normales del hueso. Es por eso que al perder un diente, con el tiempo también se pierde hueso ya que éste se comienza a reabsorber. El espacio donde se implantan los dientes en el hueso es denominado Alveolo dentario.

La función del tejido óseo con relación a los dientes es amortiguar las fuerzas que se realizan sobre los dientes, es decir, al aplicar una fuerza sobre los dientes, esta fuerza es transmitida desde los dientes al hueso a través del ligamento periodontal (une el cemento dentario al hueso alveolar), el cual junto al hueso amortigua esta fuerza.

• Piezas Dentarias

Los dientes son estructuras duras formadas por minerales, las que se encuentran insertas en los alvéolos dentarios (cavidades óseas) tanto en el maxilar superior como en el maxilar inferior.

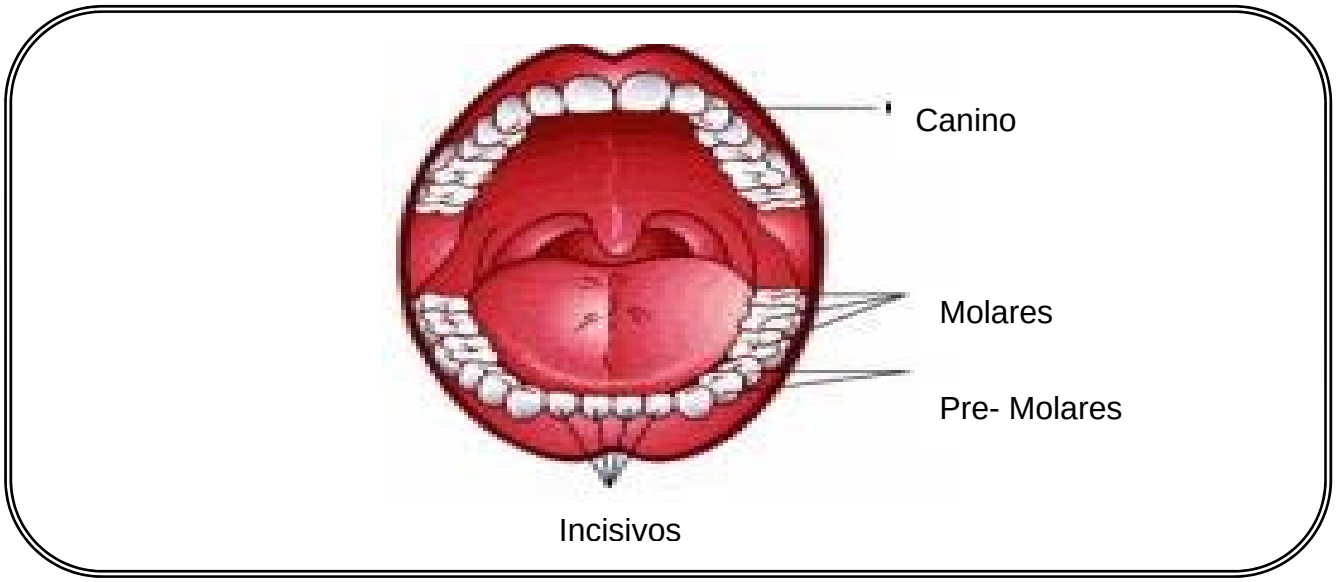
Los dientes cumplen distintas funciones, entre las que se encuentran:

a) Masticatoria: permite fragmentar los alimentos ayudando en la formación del bolo alimenticio. Según su posición y el tipo de diente que se desarrollarán diferentes funciones como:

- Incisivos: cortar los alimentos (tijera)
- Caninos: desgarrar los alimentos.
- Premolares: triturar los alimentos.
- Molares: moler los alimentos (mortero)

La figura siguiente muestra donde se encuentran ubicados los dientes que realizan las funciones señaladas anteriormente.

Figura Nº 13: Dentadura Completa



b) Fonética: Ayudan en la fono articulación de algunas palabras, ya que son indispensables al pronunciar algunas letras como D, F, T, etc.

c) Estética: los dientes son parte importante de la estética facial, dando una imagen hacia las demás personas.

En relación a su estructura, en los dientes se pueden diferenciar dos partes, la corona y la raíz. Donde la corona es la parte del diente que se encuentra sobre la encía, es decir, lo que se puede ver del diente y termina a nivel del cuello del diente.

Por su parte la raíz, es la parte del diente que no se ve, ya que se encuentra dentro del alveolo dentario, relacionándose con el ligamento periodontal y el hueso para dar la inserción dentaria, comienza a nivel del cuello dentario y termina en el ápice.

Además, los dientes están formados por cuatro tejidos, tres de los cuales son duros y uno blando y éstos se presentan en la tabla siguiente:

Tabla Nº 2: Los Dientes y sus Tejidos

Tejido	Descripción
Esmalte	Es el tejido dentario más duro, formado por cristales de minerales, siendo translúcido, es decir, transparente. Se encuentra sobre la dentina, llegando sólo hasta el cuello dentario.
Dentina	Se encuentra debajo del esmalte a nivel de la corona, y debajo del cemento a nivel de la raíz. En su estructura presenta pequeños conductos llenos de líquido los que están en íntimo contacto con la pulpa dentaria. Es de color amarillo, siendo ella la encargada del color característico de los dientes (blanco amarillento).
Pulpa Dentaria	Es el único de los tejidos que forman el diente que es blando, esto debido a que está formado por células, vasos sanguíneos, nervios, etc. Se encuentra rodeado por dentina, es el corazón del diente.
Cemento	Tejido duro que se encuentra sobre la dentina a nivel de la raíz, se relaciona con el hueso alveolar a través del ligamento periodontal. Parte a nivel del cuello dentario donde termina el esmalte.

Ahora bien, a parte de lo ya señalado sobre la dentadura, se debe agregar que el ser humano es una especie bifiodonta, es decir, tiene dos denticiones, una temporal y una permanente.

Respecto a la Dentición Temporal, cabe señalar que su desarrollo comienza en la vida intrauterina, erupcionando los primeros dientes (incisivos inferiores) entre los 6 a 8 meses de edad, completándose la erupción de la dentición temporal alrededor de los 2 años y medio, donde se deben encontrar 20 dientes, 10 por arcada, divididos en tres grupos:

- 8 incisivos, 4 superiores y 4 inferiores.
- 4 caninos, 2 superiores y 2 inferiores.
- 8 molares, 4 superiores y 4 inferiores.

Esta dentición al llegar los 6 años de edad comenzará a soltarse, esto debido a la rizálisis (reabsorción de sus raíces), produciéndose la caída del diente, donde posteriormente

aparecerá un diente definitivo. Es importante el cuidado de los dientes temporales, ya que deben mantener el espacio para los dientes definitivos.

Por su parte la Dentición Permanente comienza a desarrollarse en estrecha relación con los dientes temporales, es por eso que al existir una infección en el diente temporal puede afectarse el diente definitivo. Esta dentición consta de 32 dientes, 16 por arcada, dividido en cuatro grupos:

- 8 incisivos, 4 superiores y 4 inferiores.
- 4 caninos, 2 superiores y 2 inferiores.
- 8 premolares, 4 superiores y 2 inferiores.
- 2 molares, 6 superiores y 6 inferiores.

El recambio dental comienza alrededor de los 6 años con la aparición, por detrás de los molares temporales, del 1° molar permanente. Es así como cada grupo de dientes temporales es cambiado por su sucesor permanente del mismo grupo a excepción de los molares temporales los que son sucedidos por los premolares permanentes.

El proceso de recambio finaliza alrededor de los 12 años de edad con la aparición del 2° Molar, pero entre los 18 y los 25 años hace erupción el 3° molar o "muela del juicio", diente que en algunas personas puede no aparecer.

Realice ejercicios nº 26 y 27

CLASE 10

2.1. Dentadura en Lactantes, Erupción

En los lactantes la edad en que comienza a aparecer la dentadura de leche puede ir variando, es por ello aconsejable conocer el rango normal en el que debe ir apareciendo. Así se pueden observar ciertas características particulares de acuerdo a cada rango de edad, que comprende el intervalo desde los cero a los 24 meses de vida, los cuales son descritos a continuación.

- 0 a 3 Meses

En este período la principal función de la boca es el amamantamiento, el cual tiene una implicancia particular en el desarrollo de estructuras maxilofaciales y dentarias, además de la importancia de la leche materna para el buen desarrollo del niño/a.

Si un niño/a no es amamantado adecuada y oportunamente posiblemente busque su dedo o algún sustituto para chupar, ya que la succión en este período es instintiva y refleja.

Los dientes temporales, en esta etapa, se están formando dentro de los maxilares debiendo erupcionar a los 6 meses, pero no es de extrañar la presencia de dientes natales o neonatales, los que corresponden generalmente a piezas dentarias de la fórmula temporal que erupcionan precozmente. Por este motivo los dientes deben mantenerse en boca el mayor tiempo posible y sólo deben extraerse en caso de movilidad aumentada con la posibilidad de que sea aspirado, produciendo una asfixia, dañando el pezón materno o produciendo una autolesión de su lengua.

Si existe el hábito de succión digital se debe intentar sustituirlo por un chupete, sin abusar de su uso, debe ser sólo para tranquilizar al niño/a y retirarlo cuando el niño/a se ha dormido. Además, se debe recordar que el chupete no debe ser introducido en la boca de adultos ni otros niños para evitar así la transmisión de caries, al igual de los besos en la boca con el lactante.

Si durante este período hay ausencia de lactancia materna y existe alimentación suplementaria con fórmula azucarada, debe realizarse aseo de la cavidad bucal, principalmente en la noche y de ser posible evitar la mamadera nocturna azucarada.

- 4 a 6 Meses

En el segundo trimestre disminuye progresivamente la succión, el niño/a lleva de manera frecuente las manos a la boca para morder sus dedos, no para chuparlos, por ello se recomienda dar al niño/a objetos diseñados especialmente o elementos naturales para que muerda.

Alrededor de los 6 meses pueden hacer erupción los primeros dientes temporales. Durante este período se observa aumento de salivación, molestia de las encías e irritabilidad del niño/a.

En este período se debe cuidar el consumo de azúcar, evitándolo en la mamadera nocturna, ya que podrían formarse caries del biberón**.** Si el niño/a usa chupete debe ser retirado al dormir. Además, se deben prevenir traumatismos en la zona bucal.

- 7 a 12 Meses

En este período los signos de erupción son más evidentes, la necesidad de morder es muy común, por lo cual se debe dar al bebé objetos adecuados para que muerda.

Se debe reforzar el concepto que los dientes de “leche” o temporales son tan importantes como los permanentes y que es posible mantenerlos sanos. Hay que insistir en disminuir o evitar el consumo de alimentos azucarados sobre todo en la noche y promover la

higiene. Si el niño/a está en tratamiento con medicamentos en jarabes azucarados, se debe procurar la higiene o beber agua después de su administración.

Se debe evitar el hábito de succión, tanto del chupete como del dedo. Si el niño/a usa chupete sólo debe usarlo para dormirse, después que se duerma debe ser retirado. Si se observar deformación del paladar o mordida abierta, el niño/a debe dejar el chupete.

Por último, al término de este período, es decir, a los 12 meses de edad debiera hacer erupción el 1° molar temporal.

- 12 a 24 Meses

La función básica de succión se extingue naturalmente después de la erupción de los dientes anteriores, motivo por el no existe justificación clínica para el uso de chupete o mamadera. Esto debido a que los hábitos de succión pueden producir alteraciones severas del desarrollo dento-maxilar, de la respiración, expresión facial, lenguaje y postura corporal. Por ello si el niño/a usa chupete, su uso debe suspenderse a los 2 años para evitar alteraciones de las estructuras cráneo-faciales.

Finalmente, se debe tener presente que al año y medio el niño/a no debe mamar ni tomar biberón nocturno, se debe reforzar la necesidad de consumo de alimentos molidos con tenedor, permitiéndole así la práctica de la masticación.

2.2. Higienización Dental en Lactantes

La higienización dental en los lactantes es una labor que debe ser de suma importancia para los padres, y profesionales que se encuentran a cargo de un niño/a, ya que es a través de hábitos de higienes correctos mediante los cuales se puede desarrollar una salud oral adecuada en los niños/as, permitiendo prevenir enfermedades en las encías, y evitar en gran medida las caries a futuro.

En consecuencia, para poder higienizar la boca del bebé, se comienza en el momento de erupcionar los primeros dientes o aún algunas semanas antes.

Respecto a este tema, para los lactantes menores (rango comprendido entre los 29 días de vida y los 12 meses) se aconseja el siguiente procedimiento para higienizar su boca y dentadura:

a) Poner al bebé mirando hacia arriba, apoyado contra el mudador.

b) Para lograr que el niño/a abra la boca, introducir suavemente el dedo índice en la boca y desplazarlo hasta llegar a la parte posterior de la encía (antes de proceder la persona debe lavarse las manos).

c) Envolver el dedo índice en una gasa de 5 x 5 centímetros, mojarla ligeramente en agua y pasarla suavemente por ambas caras dentarias durante 3 a 5 segundos, arriba y abajo. Como alternativa a la gasa puede utilizar un cepillito dental de silicona para bebés, sin pasta. Aplicar presión suave, sólo para remover la pequeña película que recubre el diente.

d) Repetir esta acción dos veces por día.

La higiene de la boca desde una edad temprana tiene, además de la acción preventiva de las caries, la ventaja de acostumbrar al niño/a al hábito del cepillado, ya que es frecuente ver que cuando se intenta comenzar en edades mayores, el niño/s suele resistirse.

En lactantes mayores (rango de edad comprendido de los 12 a los 24 meses) la limpieza se debe efectuar con un cepillo dental para niños/as, el cual debe ser pequeño y de filamentos suaves. El cepillado se debe realizar sin uso de pasta dental, con movimientos delicados y cepillando cada diente del niño/a.

Realice ejercicios nº 28 y 29

CLASE 11

3. ENFERMEDADES Y ANOMALÍAS DENTARIAS

Existen variadas anomalías y enfermedades que afectan a lactantes, dentro de las cuales se encuentran las dentarias. Frente a ellas hay algunas madres que muestran poco interés por la salud oral de sus hijos/as y le prestan poca atención a la presencia de algún tipo de estas afecciones, sin embargo comenten un gran error, ya que es primordial preocuparse por estas enfermedades. Es por esta razón que los educadores y cuidadores deben conocer sobre el tema para intervenir de la manera adecuada, detectando enfermedades bucales e informando oportunamente a los padres.

En el lactante es posible observar algunas afecciones dentarias o bucales como son quistes, frenillos, alteraciones en la lengua, alteraciones en la erupción de los dientes, infecciones, como también caries en piezas temporales. Todas enfermedades y anomalías que requieren ser conocidas por los profesionales que tienen a su cuidado menores lactantes, y por lo cual son descritas a continuación.

3.1. Quistes y Alteraciones de Frenillo, Lengua y Erupción

Los quistes bucales son un tipo de lesión que se caracteriza por ser bolsas de tejido o cavidades cerradas que pueden estar llenos de aire, pus, líquido, u otro material.

Dentro de este tipo de afección es posible encontrar variados tipo de quistes como son nódulos, perlas de epstein y mucocele, los cuales son descritos a continuación:

1) Nódulos: éstos son pequeñas bolitas de color amarillento, que crecen progresivamente y cuya consistencia es firme.
   Se localizan en los tejidos blandos de la cavidad bucal como paladar, encías y lengua. Sin embargo es en el maxilar donde existe con mayor frecuencia.

   Cabe señalar que esta molesta afección se presenta en alrededor del 92% de los recién nacidos, sin embargo se debe tener tranquilidad, ya que no presentan un peligro para la salud de éste y desaparecen solos.

   La figura siguiente muestra donde se puede ubicar este tipo de afección.

Figura Nº 14: Nódulos en la Boca de un Lactante

2) Perlas de Epstein: este tipo de quistes se ubica en el paladar, teniendo la apariencia de pequeñas perlas, las cuales están llenas de proteínas.

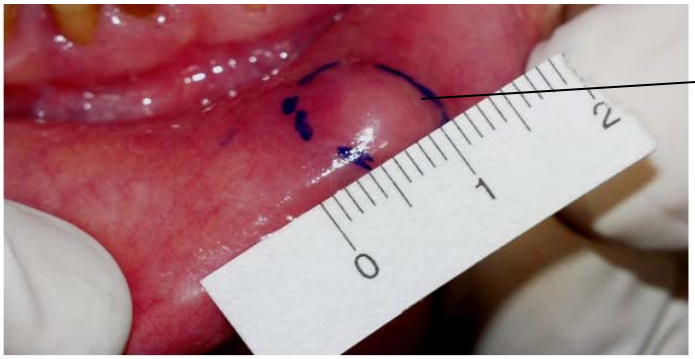
   Las perlas de epstein se encuentran con menor frecuencia que los nódulos, sin embargo aproximadamente el 80% de los bebés puede presentar este tipo de quiste, los cuales se reducen los tres primeros meses de vida. Lo tranquilizante para la madre debe ser que no presenta peligro para la salud del lactante.

3) Mucocele: este quiste se produce por la ruptura del ducto que excreta saliva, ubicado en la cara interna del labio inferior, manifestándose como una inflamación labial.

Esta afección se produce por traumatismos o caídas, donde la saliva se encapsula en los tejidos y forma aumentos de volumen.

Cabe señalar que, para este tipo de casos es necesaria una consulta al especialista dental. La figura siguiente muestra como se presenta este tipo de afección.

Figura Nº 15: Mucocele en el Labio Interior



En relación a las alteraciones de frenillo, es muy común la Anquiloglosia. Afección que consiste en la unión de la punta de la lengua al piso lingual y la cual se presenta en el nacimiento.

Este tipo de frenillo se caracteriza por ser anormalmente corto, el cual limita los movimientos de la lengua y dificulta el habla.

Para su tratamiento, se puede realizar una frenectomía, la cual es realizada por un profesional quien corrige el problema retirando quirúrgicamente el frenillo labial.

Respecto a las alteraciones de la lengua, destaca la lengua geográfica, que es presentada en niños/as de alrededor de un año y la cual afecta el dorso de la lengua.

Esta afección se caracteriza por áreas irregulares de color blanquecino, además el niño/a pierde la sensación gustativa. Sin embargo, se debe tranquilizar a los padres, ya que disminuye progresivamente y no requiere tratamiento.

Finalmente, es muy común observar en los lactantes, alteraciones en la erupción de sus dientes. Dentro de estas alteraciones se encuentran los dientes natales, los cuales aparecen en el nacimiento.

Otras de las alteraciones de erupción son los llamados dientes neonatales, los que erupcionan en las primeras semanas de vida. Siendo una anomalía más frecuente en niñas que en niños, donde sus complicaciones se centran en lesiones en la lengua del bebé, ya que no debería tener aún dientes, y en lesiones en el pecho materno al dar lactancia.

Para esta última alteración, el odontólogo evaluará si es necesario extraer estos dientes o dejarlos en la boca del niño/a.

En este sentido, se debe tener en claro conocimiento que, el niño/a debiera comenzar su erupción dentaria entre los 6-8 meses, si así no fuese no es preocupante, pero si a los 10 meses no presenta dientes se debe consultar a un especialista.

CLASE 12

3.2. Infecciones y Caries en Piezas Temporales

Dentro de las infecciones bucales más comunes en los lactantes se pueden encontrar la gingivoestomatitis herpética y la herpangina, las cuales son descritas a continuación.

La gingivoestomatitis herpética, es un tipo de herpes labial en forma de grano, muy molesto y doloroso, el cual se presenta frecuentemente en lactantes mayores. En este caso el niño/a se muestra irritable, rechaza alimentos y líquidos, además suelen presentar deshidratación. Otros de los síntomas es el dolor de ganglios, encías inflamadas y que sangran con facilidad.

Ante este tipo de herpes, los profesionales en sala cunas y jardines infantiles deben tener cuidado con los lactantes que presentan este tipo de afección bucal, ya que se contagian por contacto directo.

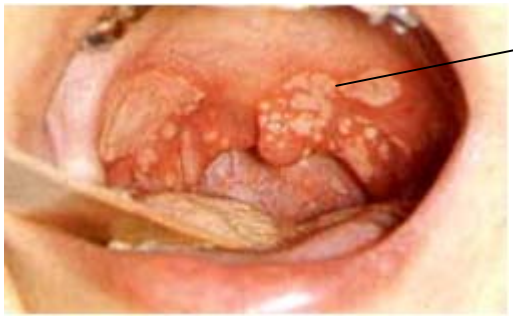
Los granitos de este tipo de herpes se rompen y dejan úlceras dolorosas, las cuales cicatrizan en 7 a 10 días. Particularmente, para este tipo de herpes el odontólogo puede recetar analgésicos.

Por su parte, la herpangina es una infección provocada por un virus, que se caracteriza por granitos que aparecen en faringe y paladar, sin embargo no afectan a las encías. Este tipo de infección afecta a una gran cantidad de lactantes, los cuales manifiestan fiebre y dolor de garganta.

Los granos de la herpangina cicatrizan en 7 a 10 días, y es considerada una infección altamente contagiosa, por lo que se deben tomar los cuidados necesarios, cuando estos lactantes se relacionan con otros niños, por ejemplo en sala cuna y jardines infantiles.

La figura siguiente muestra un lactante con herpangina en el paladar.

Figura Nº 16: Herpangina



Otras de las afecciones comunes que puede presentar un lactante son las llamadas caries, la cual es una enfermedad contagiosa que afecta a la capa dura del diente.

Esta afección es producida por microorganismos que se adhieren al diente, donde al metabolizar los azúcares de los alimentos las bacterias producen ácidos. De este modo, las caries en si se producen por los múltiples ataques ácidos sobre los tejidos duros del diente desmineralizándolos. Comenzando a formarse principalmente en los surcos dentales y entre los dientes, es decir, en las zonas de difícil limpieza.

Es así como las caries se empiezan a formar en el esmalte, primero como una desmineralización, avanzando hasta la formación de un orificio, en esta etapa las caries no duelen, luego avanza hacia la dentina donde sí habrá sensación de dolor. En un principio este dolor será provocado al consumir alimentos dulces, por el calor o el frío. Si el diente no es tratado el dolor irá aumentando, ya que se inflamará la pulpa, con lo que el dolor será intenso y aparecerá sin la necesidad de un estímulo, principalmente en la noche.

Desde esta etapa si no es tratado el diente, las bacterias llegan a la pulpa necrosándola, o sea matándola, por lo que el diente no duele, produciéndose una infección que puede traspasar el ápice dental, infectando el hueso.

En este sentido, en el lactante se pueden producir dos tipos de caries características: la caries circular y la caries rampante o del biberón.

1. Caries Circular: estas son lesiones a modo de “puntitos” que se presentan en el esmalte del diente, afectando principalmente a molares, incisivos y caninos. Se caracterizan por avanzar lentamente y por ser dolorosas, además son de color café oscuro.

   Para prevenir este tipo caries se debe efectuar una buena higiene oral, donde el odontólogo dará consejos sobre su manejo y recomendará un ajuste en la dieta.

2. Caries Rampante o del Biberón: este tipo de caries es una patología que se presenta con cierta frecuencia entre los lactantes, y ante la cual se deben tomar medidas para su prevención.

   Las llamadas Caries Rampante o Caries del Biberón, es una enfermedad que se presenta en niños/as muy pequeños, entre el año de edad hasta los 3 aproximadamente y consiste en la aparición de caries en prácticamente todos los dientes de leche, con la destrucción rápida del esmalte dental y desde luego de los demás tejidos del diente hasta la destrucción total de todos los dientes.

   Este problema se presenta como consecuencia de dos causas: primero, el dejar al niño/a demasiado tiempo con el biberón en la boca y básicamente en la noche; siendo mayor el problema en aquellos niños/as que no se toman la mamadera completa de una sola vez sino que se toman una parte, se quedan dormidos y siguen con la mamadera en la boca.

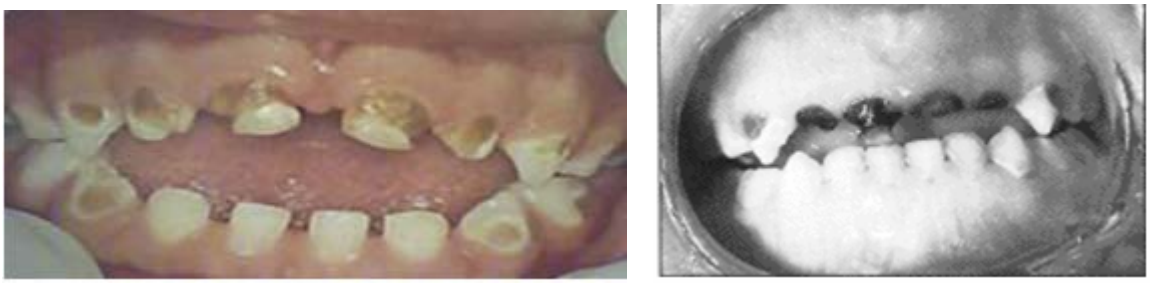
   Lo anterior, produce un contacto continuo entre la leche, los azúcares y otros componentes del biberón con la superficie del esmalte, de manera que se va produciendo una desmineralización rápida de este tejido. Y la segunda causa importante aquí, es que los padres de estos niños/as generalmente no les están cepillando los dientes adecuadamente. El problema no sería tan grave si los papás y/o educadores- cuidadores comenzaran a cepillarles los dientes a sus hijos o niños/as desde muy temprana edad, pues solamente este procedimiento preventivo podría evitarles a muchos lactantes el problema o por lo menos hacer que no fuera tan grave.

   Las caries rampante o caries del biberón como se les ha llamado, comienza entonces por un proceso de desmineralización del esmalte en todas las superficies de todos los dientes, viéndose como manchas blancas que pronto se van convirtiendo en manchas amarillas, luego café oscuro y por último negras, momento en el que las caries pasan de la superficie del esmalte hacia el interior del diente.

   En estas primeras etapas de afectación del esmalte y comienzo de las caries rampantes, no hay ningún tipo de dolor, el niño/a no manifiesta ninguna incomodidad y es por esto que suele pasar desapercibida. Aquí es muy importante que educadores y cuidadores les recuerden a los padres que revisen la boca de sus niños/as continuamente, porque es ésta la única forma de saber si sus hijos/as tienen algún problema que está comenzando. No se necesita ser Odontólogo para darse cuenta que hay manchas amarillas, blancas o negras en un diente, y mucho menos cuando se trata

de ver la caries avanzada que ha formado un hueco en un diente. Lo que ocurre es que los padres casi nunca les miran con cuidado los dientes a sus hijos. Razón por la cual se dice que los padres deben ser el primer Odontólogo de sus hijos.

Figura Nº 17: Caries del Biberón



Por último, cabe señalar que, no se debe esperar a que la caries haya avanzado tanto que el niño/a sienta dolor y molestia, sino que se debe consultar al odontólogo apenas se encuentre alguna anormalidad en la boca y/o dientes del niño/a. Educadores y cuidadores, en este sentido, tienen la responsabilidad de informar a los padres frente a la detección de alguna anormalidad bucal.

Realice ejercicio nº 30

RAMO: SALUD Y CUIDADOS DEL PÁRVULO I

UNIDAD III

HIGIENE, ESTIMULACIÓN Y RIESGOS EN LACTANTES

CLASE 01

1. MEDIDAS DE HIGIENE EN LA MUDA DEL LACTANTE

Los recién nacidos y lactantes, aún a su edad, no han desarrollado una completa autonomía y carecen de control de esfínteres, por lo cual se ven en la necesidad de utilizar pañales. Así en esta etapa al bebé se le debe mudar de pañales “miles de veces”, y aunque cueste trabajo, tanto para la madre o persona a cargo del niño/a vale la pena, ya que todas las atenciones suministradas redundarán en la prevención de problemas, en el bienestar y comodidad de la criatura, como también contribuirá a la aparición de la sonrisa propia de un niño/a sano y feliz.

No existe una receta exacta que indique cuantos cambios de pañales son necesarios al día. Sin embargo, al principio parece que no se termina nunca, ya que la muda se debe realizar como mínimo una vez después de cada toma (esto debido a que comer estimula los movimientos intestinales) y cada vez que se note que el bebé se encuentre muy mojado, también se debe realizar la muda cuando el pequeño/a se despierta en la mañana y antes de que se duerma por la noche. Aunque muchas veces resulte agotador, la recompensa será ver el rostro de un niño/a feliz al sentir la frescura de unos pañales limpios.

En este sentido, se torna de vital importancia tener presente las consideraciones y precauciones existentes en el tema de la higiene en la muda del lactante, siendo necesario que tanto las madres como las cuidadoras en salas cunas conozcan cuál es el procedimiento de cambio de pañal, qué efecto pueden tener y cuáles son las ventajas y desventajas que se presentan con la utilización de los pañales. Aspectos que son revisados a continuación.

- Procedimiento a seguir en la Muda de Pañal

Para proceder a cambiar el pañal a un niño/a, la persona que lo realice debe en primera instancia lavarse las manos, para así poder eliminar cualquier tipo de germen que puede contagiar al bebé. Luego, se deben realizar los siguientes pasos:

- Cuidar la temperatura ambiente del lugar donde se mudará al niño/a, la cual debe estar en término medio, más bien templado (ni muy caluroso ni muy frío), esto básicamente para prevenir los cambios de temperatura que puede experimentar el niño/a después que salga de la sala de muda.

- Contar con los elementos necesarios como: pañales desechables, toalla, agua tibia, pomada en caso necesario, un mudador, ropa si es que se debe cambiar.

- Tomar al niño/a y colocarlo sobre el mudador.

- Quitar la ropa desde la cintura hacia abajo.

- Abrir el pañal sucio del niño/a.

- Limpiar la zona genital con los extremos limpios del pañal.
- Doblar la muda, con la parte sucia hacia adentro.
- Eliminar el pañal en el basurero.
- Lavar la zona glúteo-genital del niño/a.
- Secar la piel con una toalla limpia del niño/a o toalla de papel.
- Colocar un pañal desechable limpio al niño/a.
- Vestir al bebé.
- Dejar al niño/a en posición cómoda.
- Lavar el material usado y dejarlo seco.
- Finalmente, la persona que haya mudado al bebé debe lavarse correctamente las manos.

Mediante la adopción de estas medidas básicas se logra realizar un correcto procedimiento de muda en el recién nacido y lactante. Sin embargo, habrá que considerar la existencia de niños/as que les resulta molesto el proceso de muda, donde se deberá tener la debida precaución en la ejecución de todos los pasos anteriormente expuestos e intentar que sea lo más grato y menos incomodo para el lactante.

- Limpieza Correcta de la Zona Genital

La zona genital es muy delicada en los lactantes, dada la sensibilidad de su piel y la vulnerabilidad que tienen a presentar irritaciones. Es por este motivo que la limpieza adecuada se torna fundamental para evitar cualquier afección en la zona.

Para tener un procedimiento claro de la limpieza que se debe realizar en la zona genital del lactante, se debe considerar lo expuesto en el punto anterior sobre la muda y agregar lo que a continuación se expone:

- Al lavar con agua corriendo la zona glúteo-genital del bebé, se debe cuidar que la temperatura del agua sea adecuada, es decir, más bien tibia.
- Luego, se debe secar la zona genital con la toalla del bebé o toalla de papel.
- Colocar pomada en caso de irritación, alergia a algún elemento del pañal o alguna posible infección. las pomadas o cremas deben estar autorizadas por los padres del menor.
- Finalmente, se debe colocar un pañal nuevo al niño/a.

Pese a la simpleza de este procedimiento, es fundamental realizarlo de manera correcta, para evitar cualquier complicación y molestia al bebé.

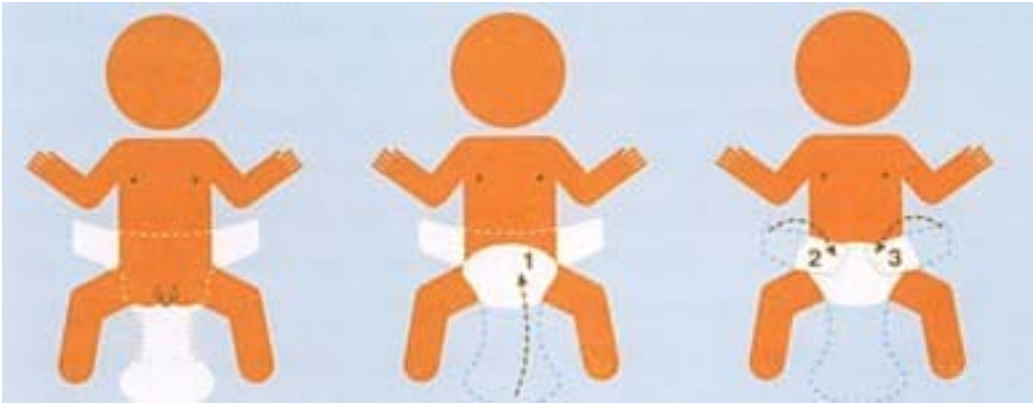
Si la higiene no es realizada de forma correcta, el niño podría sufrir algún tipo de afección propia de la mala higiene de la zona genital, y tener mayores posibilidades de desarrollar dermatitis del pañal, la cual más adelante se detalla.

Ahora bien, para una mayor comprensión, a continuación se grafica el modo correcto de sacar y poner el pañal.

Figura Nº 1: Modo de Sacar el Pañal

Cabe señalar que los pañales actualmente desechables, no presentan dificultades para sacar, sin embargo es indispensable, no forzarlos y tirarlos, sino que sacarlos de la manera que se indica en la figura Nº 1.

Figura Nº 2: Modo de Colocar el Pañal



Al poner el pañal al niño/a, se debe tener la precaución de colocarlo como se indica en la figura anterior, cuidando que éste quede firme pero no tan ajustado, de modo tal que permita al lactante moverse sin problemas.

CLASE 02

1.1. Dermatitis del Pañal

Se entiende por dermatitis del pañal, todo tipo de afección cutánea que se desarrolla básicamente en el sector cubierto por el pañal. Pero para ser más específica la definición es más correcto definir este tipo de afección de la siguiente manera.

Dermatitis del Pañal: proceso cutáneo que irrita e inflama debido a condiciones de fricción, humedad y contacto con deposiciones y orina, además de sustancias como plásticos irritantes, detergentes y perfumes.

En ocasiones existen niños/as que bajo estas condiciones no presentan tal afección. Sin embargo, la combinación de varios de estos factores puede causar la dermatitis.

Lo que ocurre cuando el lactante presenta dermatitis es un daño de la epidermis, provocando en la zona afectada pérdida de la función de barrera que tiene la piel y una mayor vulnerabilidad a la irritación cutánea.

La duración de la dermatitis en un bebé es variable. Afecta por igual a niños y niñas y se da con mayor frecuencia entre los seis y los doce meses de edad.

Cabe destacar que, los niños que presentan diarrea, afección que es común en la etapa de lactancia, manifiestan con más frecuencia la dermatitis del pañal.

La dermatitis irritativa del área del pañal, el cual es su nombre exacto, puede clasificarse, desde el punto de vista clínico, en diferentes grados y modos, como se describe a continuación:

1. Dermatitis irritativa de las zonas convexas: estas son lesiones de la piel en las zonas que tienen un contacto más directo con el pañal, o sea los glúteos y los genitales externos. Dentro de esta clasificación es posible encontrar diferentes graduaciones, como son las siguientes:

   a) Eritema[1] del pañal: esta es una inflamación provocada en la zona del pañal, la que es rojiza pero no presenta exudación (secreción). La figura siguiente grafica este tipo de dermatitis.

[1] *Eritema*: lesión en la piel, que se manifiesta con enrojecimiento cutáneo.

Figura Nº 3: Eritema del Pañal

En este sentido se debe tener presente que ésta es la manifestación más simple de eritema, ya que el enrojecimientos es mínimo, y no existe gran tamaño de las lesiones, a pesar que igual requiere de cuidados y tratamiento en el caso que produzca dolor y molestia en el bebé.

Además del eritema del pañal, se puede presentar el eritema confluente, con características más agudas, el cual es presentado a continuación.

b) Eritema confluente: eritema intenso, el cual afecta los pliegues y presenta exudación. La figura siguiente muestra este grado de afección.

Figura Nº 4: Eritema Confluente

Dada la figura anterior, se puede apreciar que la zona se encuentra bastante afectada, con un color brillante debido a la supuración de las lesiones.

Como ya se debe imaginar, con estas lesiones el bebé se siente molesto e incómodo, queriendo permanecer sin pañal durante el día, situación que es compleja ya que no controlan esfínteres. Dada lo complicado de la situación, es apropiado suministrar al lactante un tratamiento médico adecuado, ya que puede existir riesgo de infección.

Cabe señalar que, en épocas de calor se acentúan más este tipo de lesiones en los lactantes, ya que están las condiciones ideales (como es el calor y la transpiración) para que se produzca algún tipo de irritación en la zona del pañal.

c) Dermatitis erosiva: éstas son ulceraciones superficiales sólo por partes, presentándose regularmente en número reducido. La figura siguiente las muestra.

Figura Nº 5: Dermatitis Erosiva

d) Eritema en W: este es un eritema en la zona convexa de los muslos, el cual parte de los glúteos y genitales, formando aparentemente una forma de “W”.

Figura Nº 6: Eritema en W

2. Dermatitis irritativa lateral: afecta regularmente a niños/as con sobrepeso, ya que al quedar el pañal un poco ajustado, afecta la parte lateral de las nalgas, las zonas que el pañal no tiene material que absorba y lugares en contacto directo con el material plástico.

3. Dermatitis irritativa por químicos: es un tipo de irritación que se produce producto de perfumes, antisépticos, o cremas no aptas para ser aplicadas en la zona genital.

- Complicaciones en la Dermatitis del Pañal

En este sentido, se pueden encontrar varias complicaciones dada la complejidad de algunos casos. Donde se puede manifestar por ejemplo el Granuloma glúteo infantil, el cual corresponde a una complicación de dermatitis del pañal relacionada a la utilización de corticoides[2] tópicos dados al niño/a afectado, que se caracteriza por la aparición de nódulos color morado de 2 o 3 centímetros de diámetro.

También, dentro de las complicaciones se encuentran las infecciones, principalmente por Cándida albicans[3], que se puede ver como eritema intenso, anteriormente mencionado, que luce un color rojo violeta con formación de pústulas[4].

Ante estas complicaciones, el diagnóstico debe ser realizado por un especialista, y en caso de sospecha de infección por cándida el médico debe tomar muestras de las lesiones para luego ser estudiadas en un laboratorio.

- Otros Tipos de Dermatitis

La dermatitis del pañal es la más común de las irritaciones en la zona del pañal, pero existen otras que son similares o variadas y las cuales vale la pena mencionar.

- Dermatitis seborreica: es un eritema de un color rosado, el cual presenta descamación de la piel y afecta básicamente a los pliegues de la ingle del niño/a.

- Psoriasis del pañal: son placas de eritemas, con descamación leve o moderada, con márgenes bien definidos, los cuales se producen generalmente por traumatismos o fricciones de la zona.

- Miliaria rubra: corresponden a pústulas que se producen debido a un exceso de sudoración local de la zona del pañal.

- Herpes simple primario genital: estos son granos que aparecen en grupos sobre una base ya erimatosa.

- Impétigo: son pústulas que se rompen, dejando áreas expuestas con supuración de color amarillo.

---

[2] *Corticoides*: hormonas producidas por el cuerpo, que existen también como medicamentos. Regulan la inflamación, el sistema inmune y el metabolismo del cuerpo.
[3] *Cándida albicans*: hongo que se encuentra regularmente en la cavidad oral, tracto gastrointestinal y genitales.
[4] *Pústulas*: lesiones en la superficie de la piel, con materia en su interior.

- Prevención de la Dermatitis del Pañal

En primer lugar, se debe realizar una higiene apropiada de la zona genital, la cual debe permanecer siempre limpia y seca. La limpieza se debe realizar con agua tibia y con un jabón neutro, ya que la utilización de jabones cosméticos que contienen perfumes pueden irritar la piel del lactante.

En segundo lugar, se deben efectuar cambios frecuentes de los pañales, y en aquellos niños/as que presentan evacuaciones frecuentes se recomienda mantenerlos unas horas al día sin pañales, si es posible.

Como medida de prevención, no se recomienda utilizar antifúngicos[5] ni antibióticos tópicos, por el riesgo de sensibilización de la piel.

Finalmente, se debe colocar en cada cambio de pañal, un producto protector que proteja la piel del contacto con el pañal. Para esto son adecuadas las cremas al agua con óxido de zinc. Además, en el comercio existen variadas productos que cumplen esta función de manera óptima.

- Tratamiento de la Dermatitis del Pañal

En este contexto, se debe tener presente que en dermatitis moderadas o severas, la aplicación de corticoides tópicos elimina la inflamación. También se utiliza la aplicación tópica de un antifúngico, el cual puede ser utilizado sólo o en asociación de un corticoide suave, lo que es de gran utilidad y da alivio al lactante.

La dermatitis del pañal, como se ha podido observar, es una afección que provoca grandes molestias al bebé, motivo por el cual es importante que la labor de educadores y cuidadores se enfoque al conocimiento y prevención de esta afección, además de la detección oportuna y la entrega de información a los padres, quienes deben derivar al lactante a un especialista, quien dará el tratamiento adecuado.

De este modo, la supervisión y control médico se hacen necesarios, además de aplicar los correctos cuidados al niño, en cuanto a su higiene en la zona genital.

No se debe perder de vista que, si el lactante tiene evacuaciones frecuentes existe mayor posibilidad de manifestar este tipo de lesiones, por lo cual siempre se debe conocer el estado general del niño/a, y saber si tiene algún cuadro intestinal que le provoque deposiciones continuas.

En síntesis, este tipo de afección, es bastante frecuente en lactantes, ya que regularmente luego de los dos años los niños/as comienzan a dejar los pañales teniendo control y autonomía en cuantos a sus evacuaciones.

[5] *Antifungico*: medicamento utilizado como tratamiento antihongos.

Realice ejercicios nº 1 al 3

CLASE 03

2. HIGIENE DEL ADULTO EN CONTACTO CON LACTANTES

La higiene es un elemento primordial en cualquier ámbito de la vida, ya sea en el hogar, en lugares de comida, centro deportivos, establecimientos educacionales y todo ambiente físico que involucre al ser humano.

La higiene personal es también fundamental, considerando reglas básicas como ducharse diariamente, cambiar de ropa, lavarse las manos durante el día, etc. En este contexto, higiene se puede definir como:

> Un grupo de conocimientos y/o técnicas que deben aplicar las personas para el control de los factores que pueden ejercer efectos dañinos sobre su salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, limpieza y cuidado del cuerpo.

De este modo, la higiene del medio ambiente y espacios físicos es relevante y debe ser realizada, al igual que la higiene personal, según las medidas y condiciones necesarias.

Ahora bien, los lactantes son pequeños seres a los cuales se debe cuidar y proteger, por lo tanto se hace fundamental que el adulto se encuentre en condiciones higiénicas óptimas para no dañar a través de la transmisión de alguna infección o cualquier otra condición al niño/a.

Los adultos en general deben ser responsables, en cuanto a mantener la higiene personal y de los espacios físicos. Esto se debe dar en situaciones hogareñas, y en establecimientos educacionales como salas cunas y jardines infantiles, donde conductas o condiciones antihigiénicas pueden provocar consecuencias bastante graves en niños y niñas.

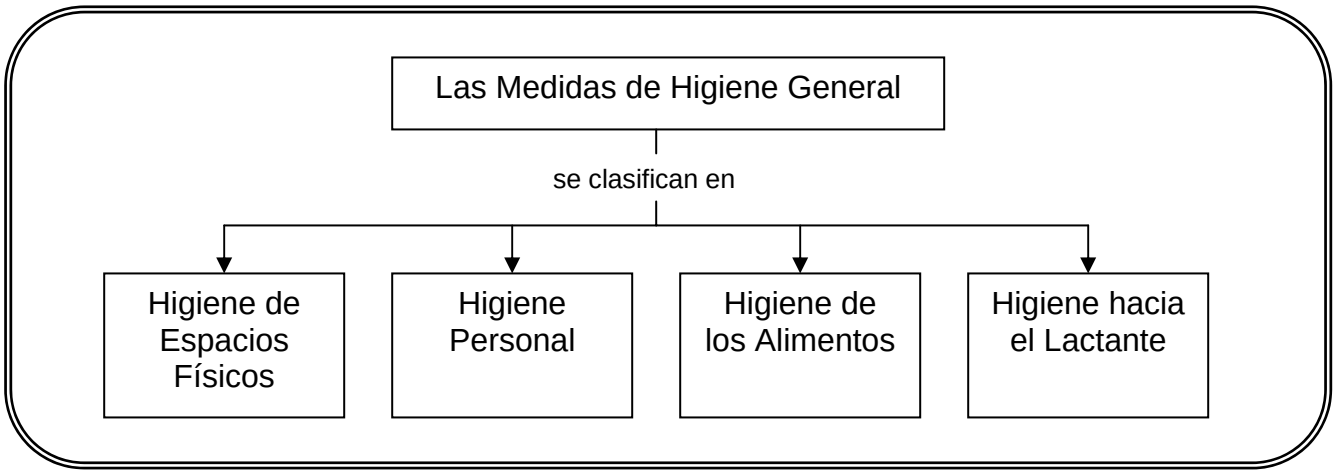
Los niños/as desde pequeños aprenden a través de la imitación. Si un adulto tiene acciones antihigiénicas, como no lavarse las manos, no taparse la boca para estornudar, no limpiar su nariz cuando sea necesario, dejar basura por cualquier parte, el niño/a aprenderá a realizar las mismas acciones, sin saber que son absolutamente dañinas.

Así, los lactantes mayores son capaces de adquirir conocimientos y crear hábitos, los cuales son necesarios que sean enfocados a la higiene total, y no a actitudes erróneas imitadas a los adultos de su entorno.

- Medidas de Higiene General

Las medidas de higiene general son aquellas que involucran diferentes situaciones, según especificación y necesidad de cada una, las que se pueden clasificar globalmente de la siguiente forma.

Figura Nº 7: Clasificación de las Medidas de Higiene General



Cada una las clasificaciones, señaladas en la figura anterior, consideran la higiene en los siguientes aspectos:

1) Higiene de espacios físicos: este tipo de higiene involucra la higienización de pisos, baños, lugares al aire libre, paredes, mobiliario, juguetes y otros objetos.

2) Higiene personal: como lo es el lavado de manos, cepillado de dientes, utilización de ropa adecuada, uñas cortas y limpias, cabello tomado, entre otros aspectos.

3) Higiene de los alimentos: como son el lavado de los alimentos con agua potable, utilización de utensilios de cocina aptos y limpios, cuidado de riesgo de infecciones, etc.

4) Higiene hacia el lactante: donde se debe considerar colocar al lactante ropa adecuada, limpiar su nariz en caso de mucosidades, mudarlo correctamente, lavar sus manos y cara cuando sea necesario, entre otros cuidados.

No sólo se debe estar en conocimiento de los diversos tipos de higiene existentes para entregar una mejor calidad de vida al lactante, sino también se debe procurar que éste cree los hábitos correctamente. Para ello se debe tener presente lo siguiente:

- En lactantes mayores de un año, se pude inducir la creación de hábitos, llevándolos al baño para que aprendan poco a poco a lavar sus manos, cara y progresivamente dientes. Para ello, el adulto debe mostrar al niño/a como debe proceder a realizar dichas acciones.

- Al niño/a se le debe nombrar los elementos que utilizará: agua, jabón, toalla, espejo, para que así se vaya familiarizando con ellos.

- El proceso de higiene es conveniente y pedagógico introducirlo a través de alguna canción apropiada, para que así se le haga más entretenido al lactante.

En este sentido, los educadores en salas cunas y jardines infantiles deben tener presente que la educación en el ámbito de la higiene y aseo personal del lactante es fundamental realizarlo mediante acciones que hagan que el proceso sea lo más entretenido posible, para que así el niño/a pueda tener la disposición de aprender y vaya con agrado a lavar su manos, cara, dientes, etc.

2.1. Prevención de Transmisión de Infecciones

Las infecciones pueden ser muy dañinas para un adulto y mucho más para un lactante. Así, una enfermedad producto de una infección puede definirse en forma general como:

> Enfermedad infecciosa es aquella que se origina por un agente vivo, comúnmente provocada por virus o bacterias. Sin embargo, existen muchos más agentes que las provocan. Estos agentes se alojan en el cuerpo y tienen la capacidad de multiplicarse, produciendo leves o graves afecciones y síntomas.

Las enfermedades infecciosas por lo general se contagian, lo cual hace totalmente necesario la prevención de esta a través de la higiene.

Ahora bien, también existe la llamada enfermedad contagiosa, que es la que puede transmitirse por contacto directo con la persona enferma, o por contacto indirecto, es decir, por medio de algún objeto que haya estado en contacto con la persona que padece la infección, es aquí donde la higiene correcta de los utensilios se hace fundamental e importante.

Como se mencionó en el recuadro, las enfermedades infecciosas se deben principalmente a dos agentes, virus y bacterias. Cada uno de los cuales es descrito a continuación.

- Virus

Los virus son parásitos intracelulares, es decir, elementos muy pequeños, invisibles al ojo humano, posibles de verse sólo en microscopios.

Estos parásitos necesitan vivir en otro ser viviente, o sea necesitan un huésped ya que en vida libre no sobreviven por mucho tiempo, aunque podrían vivir alrededor de unos

cuarenta días sin que tengan algún hospedante en el cual reproducirse, por lo cual la higiene es primordial para evitar un contacto con ellos y adquirir una enfermedad.

Algunas de las enfermedades provocadas por virus, que no son de carácter respiratorio, que pueden afectar a lactantes, son:

a) Hepatitis: es una inflamación del hígado, y puede ser producida por tres virus, virus de la hepatitis A, virus de la hepatitis B, y virus de la hepatitis C.

   En los niños/as, la forma de hepatitis más habitual es la hepatitis A, a la cual también se le denomina hepatitis infecciosa. El virus de la hepatitis A se encuentra en las heces de las personas infectadas, las cuales pueden estar presentes en pequeñas cantidades en alimentos y objetos.

   De este modo, el virus de la hepatitis A se contagia:

   - A través del agua, la leche y los alimentos contaminados.

   - Cuando alguien ingiere algo contaminado con heces infectadas por el virus.

   Dado que la hepatitis A puede ser una infección leve, principalmente en la infancia, es posible que algunas personas no se den cuenta de que han contraído la enfermedad y ésta pase desapercibida y quede sin diagnosticarse.

b) Meningitis: es la inflamación de las meninges, las cuales son membranas que cubren el sistema nervioso central o sea el cerebro y la médula espinal.
   La inflamación de las meninges, en prácticamente todos los niños con meningitis, está causada por una infección. Puede ser por un virus pero también originada por una bacteria.

   Aquí se hará referencia a la causada por virus, ya que es la de más incidencia en la infancia. La mayoría de las meningitis están causadas por un virus perteneciente al grupo llamado de los enterovirus.

c) Varicela: en la varicela el niño/a presenta granos tipo lesiones que contienen un líquido transparente, de color blanco y que se desarrolla en la cabeza, el cuero cabelludo y los genitales, es una enfermedad que no dura más de tres semanas, pero que es altamente contagiosa. Generalmente provoca sobre 100 lesiones en todo el cuerpo.

   El contagio es principalmente por tres caminos: contacto directo, por vía aérea y por objetos que el niño/a con la enfermedad haya usado, los cuales se transforman en vehículos de transmisión.

Luego de hacer mención a enfermedades comunes en niños/as, producidas por virus, se expondrá lo referido a bacterias.

- Bacterias

Son microorganismos compuestos sólo de una célula. Producen enfermedades variadas, y es común encontrarlos en todos los lugares, pero sólo son visibles al ojo del microscopio.

La principal enfermedad en lactantes, que es producida por bacterias es la Gastroenteritis, la cual es una enfermedad ocasionada generalmente por bacterias, y que se manifiesta con la inflamación del estómago e intestinos.

Un niño/a con gastroenteritis puede presentar fuertes diarreas, por lo cual hay que cuidar que no se deshidrate. Se recomienda una dieta blanda, y el consumo de antibióticos que combatirán las bacterias que provocan la enfermedad, los cuales debe recetar el médico.

Finalmente, al prevenir el contagio de enfermedades infecciosas, que son provocadas principalmente por virus y bacterias, se debe considerar:

- Lavado de manos
- No unir a niños enfermos con niños sanos.
- Lavado correcto de alimentos y utensilios.
- Desinfección (con desinfectante) de juguetes, paredes y áreas en general.
- Mudar a los niños con extrema precaución.

Realice ejercicios nº 4 al 6

CLASE 04

2.2. Prevención de Transmisión de Enfermedades Respiratorias

Las enfermedades respiratorias son aquellas que afectan principalmente el aparato respiratorio del niño/a, dificultándose la acción de respirar, lo cual es bastante grave.

Dentro de las enfermedades respiratorias comunes se encuentran los resfríos, enfermedad causada por virus, la cual es bastante común en la infancia. Sus características son:

- Es una enfermedad infecciosa muy común en lactantes.
- Sus molestias pueden variar de intensidad, duración y localización, dependiendo de la sensibilidad del niño/a o del virus específico que la provoca.

- Los síntomas son variados pero nunca tan graves. Principalmente los niños/as estornudan muchas veces y tienen inicialmente mucosidades transparentes, las cuales poco a poco adquieren mayor consistencia y un color amarillo. Además, el niño/a presenta una tos frecuente, al igual que congestión nasal, la cual dificulta su respiración.

Otra enfermedad de carácter respiratorio es la Neumonía, la cual es una enfermedad infecciosa que se contrae vía aérea. Los síntomas característicos son tos, dolor torácico y fiebre, aunque no siempre aparecen. Es una enfermedad grave que es necesario evitar, ya que en lactantes puede llegar a ser mortal.

Según la Junta nacional de jardines infantiles, JUNJI[6], para evitar enfermedades infecciosas respiratorias se debe mantener una higiene adecuada, donde se destaca el debido lavado de manos (de tipo clínico), el cual se realiza con el propósito de evitar la diseminación de enfermedades infecciosas entre niños y niñas que asiste a salas cunas y jardines infantiles. En este sentido, todos los funcionarios deben cumplir las reglas de higiene, siguiendo la siguiente normativa respecto al lavado de manos.

- Indicaciones

El lavado de mano debe ser realizado teniendo presente las siguientes indicaciones:

- Antes y después de efectuar labores de aseo, independientemente del uso de guantes.
- Antes y después de la manipulación de alimentos.
- Antes y después de la muda de los lactantes.
- Antes y después del uso del termómetro para control de temperatura de los menores.
- Antes y después de limpiar la nariz, estornudar o toser.
- Después de uso del baño.
- Antes de recibir alimentación.

- Procedimiento

El procedimiento a seguir es el siguiente:

- Para el caso del manipulador de alimentos, éste debe estar con antebrazos descubiertos (libres hasta los codos) y libre de adornos.

- El lavado propiamente tal consiste en frotar con jabón líquido vigorosamente entre los dedos, pliegues y debajo de las uñas.

- El enjuague debe ser realizado con abundante agua corriendo.

- Se debe utilizar toalla desechable y antes de eliminarla cerrar las llaves de agua usadas.

[6] *JUNJI*: institución del Estado de Chile creada por la Ley Nº 17.301, la cual la definió como una corporación autónoma, con personalidad jurídica de derecho público, que tiene a su cargo crear y planificar, coordinar, promover, estimular y privilegiar la organización y funcionamiento de jardines infantiles.

- Recursos

Los recursos a utilizar para realizar un adecuado lavado de manos son: jabón líquido, toalla desechable y escobilla de uñas. Idealmente se debería usar jabón líquido en dispensador, sin necesidad que este contenga algún desinfectante, puesto que al ser usados en dispensador, tienen una menor probabilidad de contaminarse.

En el caso de la toalla de papel desechable, la utilización de ésta evita el riesgo de contaminación por ser de uso único e individual.

En síntesis, estos procedimientos determinados por JUNJI, evitan el contagio de enfermedades de transmisión respiratoria, pero es efectivo en general para evitar la transmisión de cualquier tipo de enfermedad contagiosa.

3. MANTENCION DE LA HIGIENE EN EL CONTEXTO FÍSICO

En todos los espacios físicos que frecuenta un adulto y especialmente un niño/a se debe mantener una higiene óptima y completa, ya que son grandes las desventajas que produce la antihigiene, principalmente en el contagio de enfermedades.

Desde hace más de un siglo, la higiene ha alcanzado y demostrado sus efectos favorables sobre la salud. Por esta razón, es una condicionante que se debe cuidar en cada situación de vida. De esta forma, se debe poner atención a todo lo relativo al aseo e higiene de las dependencias de cada jardín infantil y sala cuna, en especial en los aspectos o procedimientos específicos que allí se realizan.

En este sentido, según la Junta Nacional de Jardines Infantiles, JUNJI, se propone un sistema y clasificación de higiene, teniendo en consideración las áreas a cubrir, donde se consideran las siguientes:

- Aseo General: edificio, mobiliario, colchonetas, etc.
- Aseo de Baños.
- Disposición Basuras.

Para tener un conocimiento más amplio de lo que tratan estas áreas de aseo, a continuación se comienza describiendo el aseo de tipo general, que se debe realizar en los jardines infantiles y salas cunas.

Tabla Nº 1: Aseo en General

AREAS	PROCEDIMIENTOS
Aseo de paredes y pisos: salas, pasillo y oficinas	La frecuencia y el procedimiento del aseo, dependerán de las características de los mismos, de su uso y de la zona geográfica en que estén ubicados. Cualquiera de los productos comerciales (detergente) complementa la función de limpieza por arrastre.
Retiro de basura de pisos en salas de actividades	Se debe retirar la basura directamente con pala ayudado del escobillón. Se trapearán con mopa humedecida en solución detergente, enjuagando ésta posteriormente en balde con agua pura. Para este efecto se requiere de dos tiestos.

Tabla Nº 1: Continuación Aseo en General

AREAS	PROCEDIMIENTOS
Barrido de exteriores	Deberá realizarse con escoba evitando levantar polvo y en oportunidad en que los menores no estén en las cercanías.
Aseo de mobiliario puertas y vidrios	En primer lugar, se debe retirar el polvo y luego con un paño humedecido, con algún producto detergente a efecto de facilitar el retiro grasas, limpiar la zona. El mobiliario, puertas y vidrios deben asearse, a lo menos, una vez a la semana.
Aseo cunas-barandas y otro mobiliario	Frecuencia: diaria, en términos generales (paño humedecido y detergente) y profunda (agregar aplicación de cloro), a lo menos una vez por semana.
Aseo utensilios	Juguetes y otros elementos de la sala: lavado con solución detergente, y repetidos enjuagues de los productos químicos usados, a efecto de evitar la ingesta de "residuos" de detergentes u otros productos usados, por parte de los menores.

Los Baños son otras de las zonas que requiere gran preocupación, ya que son lugares en que el menor tiene contacto directo y donde se pueden contagiar un mayor número de infecciones, virus y bacterias, por lo que requieren del mayor cuidado higiénico. Esto no implica el descuido de los demás sectores que involucran a un establecimiento educacional.

A continuación se describen los procedimientos a realizar para higienizar adecuadamente los baños que utilizan los menores.

Tabla Nº 2: Aseo de Baños

AREAS	PROCEDIMIENTOS
Aseo de los baños	Para el aseo del WC el funcionario responsable deberá usar guantes de goma gruesos y escobillas limpia-sanitarios que permitan un aseo más efectivo. Es imprescindible diferenciar los paños usados para WC y para el lavamanos. Tanto el lavamanos como la taza de baño se asean con detergente, y después de enjuagar, se debe rociar con cloro sin diluir con un dispensador, esperando 10 minutos antes de volver a utilizar. La frecuencia mínima será dos veces al día, como limpieza "rutinaria" (lavamanos, WC y pisos) y una vez a la semana como limpieza "profunda", incluyendo además techos y muros.
Aseo pisos de servicios higiénicos	Los pisos se asearán usando mopa y baldes con estrujador, según lo descrito anteriormente. En cuanto a los productos químicos, la generalidad de los detergentes es equivalente en sus resultados y la variable a considerar puede ser el costo y su facilidad de aplicación versus resultado obtenido.
Aseo de bacinicas	Deberán ser aseadas en forma similar a los baños, vale decir, con material separado y especialmente definido para este fin y aseadas con detergente y posterior aplicación de cloro.

Finalmente, en el aseo del contexto físico, la eliminación de basura es otro aspecto importante a considerar, donde el procedimiento a seguir es: retirar los recipientes de basura una vez al día, a lo menos, desde las dependencias y el retiro final dependerá de la

frecuencia de recolección municipal. Se recomienda el uso de bolsas de basura en su interior.

Los recipientes de basura deberán ser lavados con detergente común, tan frecuentemente como el caso lo amerite.

Realice ejercicios nº 7 al 15

4. ESTIMULACIÓN TEMPRANA PARA LACTANTES

La estimulación temprana es una intervención totalmente favorable en niños/as en general y en mayor proporción en lactantes menores y mayores. Esto dado a que desde que el niño/a es pequeño, se pueden desarrollar sus capacidades, donde en esta etapa sorprendentemente el ser humano es más vulnerable a aprender y desarrollar capacidades que cuando es adulto.

La estimulación temprana tiene múltiples beneficios para el desarrollo de un niño, por ello se le ha dado muchas cualidades y definiciones que se enfocan en un mismo fin, el aprendizaje y desarrollo oportuno y eficiente en el lactante.

Principalmente, la estimulación temprana, se puede definir como las múltiples actividades que van a facilitar el desarrollo global del niño y, por lo tanto, a conseguir que su organismo llegue al máximo de sus potencialidades.

Según como y a quién esté destinada, a través de una correcta aplicación puede mejorar o prevenir los probables de déficit en el desarrollo de niños con riesgo de padecerlos, tanto por causas orgánicas como biológicas o ambientales. Esta intervención temprana consiste en crear un ambiente estimulante, adaptado a las capacidades de respuestas inmediatas del niño, para que éstas vayan aumentando progresivamente y su evolución sea lo más parecida a la de un niño normal. Desde este punto de vista, la estimulación temprana lograría potenciar y desarrollar logros y aprendizajes en niños/as con algún grado de retraso en el aprendizaje o desarrollo.

Desde una perspectiva más compleja la estimulación temprana lograría potenciar la utilización de las pantallas sensoriales para suministrar estimulaciones sensoperceptivas que sirvan como elementos referenciales almacenables y eficientes en la construcción de respuestas aprovechables para una mejor adaptación al entorno, esto quiere decir, que a través de la estimulación temprana el niño recibe aprendizajes desde pequeño, lo que le permite, cada vez que recibe un nuevo aprendizaje, construirlo sobre el que ya tenía en su mente, desarrollándose y creciendo su capacidad de conocimiento, por medio de la unión de conocimientos previos y nuevos. La estimulación debe comenzar desde el nacimiento, y es

efectiva hasta los tres años del niño/a, luego los aprendizajes son adquiridos de forma más compleja y mediante actividades de otro tipo, aptas para la edad del menor.

Para ejemplificar esta situación, se puede pensar en un edificio. Para construirlo correctamente, y que no se derrumbe, se debe empezar poniendo el primer ladrillo sobre el suelo, y comenzar a construir sobre él. Si entre la construcción de ladrillos quedaran espacios, el edificio quedaría mal construido y con probabilidades de desplomarse, este es un ejemplo claro, sobre la importancia de la estimulación desde pequeños, que permite lograr aprendizajes eficientes desde la primera edad.

Además, dentro de lo que define a la estimulación, se ha escrito sobre que también sería aun más efectiva desde antes del nacimiento. Donde a través de música, ejercicios, y conversaciones podría existir una incidencia positiva en el feto y su posterior capacidad de aprendizaje y desarrollo.

Pese a todos los beneficios de esta práctica, debe existir un control sobre su aplicación, ya que lo que se pretende es potenciar al máximo las capacidades del niño/a, pero sin forzar en ningún sentido el curso lógico de la maduración general de éste. No se trata de estimular de forma obligatoria, presentando al niño/a el mayor número de estímulos y experiencias posibles.

También, la estimulación temprana consiste en crear las mejores condiciones posibles para el aprendizaje, espacios estimulantes, educativos y que entreguen experiencias significativas.

Como conclusión, tomando lo mencionado anteriormente, la estimulación temprana es una intervención de tipo educativa y con bases biológicas, en las primeras etapas de la vida del ser humano, con el fin de potenciar y desarrollar al máximo sus posibilidades físicas, intelectuales y afectivas, mediante el uso de actividades sistemáticas y secuenciales que abarcan todas las áreas del desarrollo humano y sin forzar el curso lógico de la maduración.

Los fundamentos teóricos y experimentales sobre la estimulación temprana están representados por los avances conseguidos con la psicología de la conducta, la neurología evolutiva y la psicología del desarrollo, que han permitido poner énfasis que los bebés, al nacer, no han concluido su proceso madurativo en el sistema nervioso. Ello les confiere una gran plasticidad, que ya no tendrán más adelante, y que puede ser aprovechada precisamente en los primeros años de vida. Los fundamentos experimentales se basan principalmente en observaciones en niños/as, que demuestran la importancia decisiva que tienen los estímulos ambientales sobre el desarrollo humano.

- Metodología en la Estimulación Temprana

La metodología a utilizar en la aplicación de estimulación temprana para lactantes, es básicamente según la edad de cada niño/a, y a través de la utilización de: juegos, actividades varias, cuentos, movimientos físicos y percepciones sensoriales.

De este modo, todo se basa en la correcta aplicación y en la perseverancia en el intento de desarrollar capacidades en los niños/as, donde las metodologías específicas se practican en cada actividad efectuada al lactante.

Cabe destacar la importancia de la clasificación por edades para las actividades, siendo de forma progresiva, esto quiere decir que si un niño/a no ha logrado un aprendizaje específico, no debe pasar al siguiente por el sólo hecho de tener la edad, sino que se deben buscar nuevas estrategias de estimulación y diagnosticar el estado de desarrollo y aprendizaje del menor.

4.1. Actividades de Estimulación Temprana en Lactantes

Las actividades aplicadas a los lactantes según la estimulación temprana son la base fundamental del éxito de esta intervención. Las actividades se dividen por períodos etáreos, y según el área que desarrollen. Cada área a desarrollar tiene un objetivo claro, el cual debe lograrse por medio de la actividad que se realiza.

El esquema de esta propuesta de pauta de aplicación es la siguiente:

- Grupo etáreo
- Área del desarrollo que estimula
- Objetivo a lograr
- Intervención/es o actividad/es a aplicar

La cantidad de actividades y las áreas a desarrollar pueden variar. La pauta se desarrolla como posible aplicación, en niños con desarrollo normal, que como todos, es necesario estimular.

- Estimulación en niños/as de 1 a 2 meses

a) Estimulación Motriz

- Objetivo 1: fortalecer los músculos del cuerpo

  Descripción actividad: acunar al bebé, voltearlo para un lado, luego para el otro. También se puede girar en círculo. Ensayar y repetir otras posiciones como ponerlo de espalda, boca arriba, de frente, semisentado.

- Objetivo 2: fortalecer los músculos de los brazos y las piernas

Descripción actividad: acostado el bebé, flexionar primero y luego estirar suavemente los brazos de un lado a otro y sobre su cabeza. Luego, en la misma posición, acercarse hasta hacer contacto con sus pies para estimular el pataleo. Finalmente, se deben mover sus piernas haciendo bicicleta.

- Objetivo 3: fortalecer los músculos de la espalda y el tórax

  Descripción actividad: colocar al bebé acostado sobre el lado derecho de la persona que interviene, deslizar las manos bajo su cuerpo y sostenerlo del cuello y las piernas, levantarlo varios centímetros. Repetir el ejercicio sobre el lado izquierdo. Luego, acostado el bebé boca arriba, tomar sus manos hacia el centro de su cuerpo contra su pecho y suavemente girarlo de lado a lado. Levantarlo hasta la posición sentada y volverlo a bajar.

b) Estimulación cognoscitiva

- Objetivo 1: estimular el reflejo plantar

  Descripción actividad: pasar el dedo por la planta del pie del bebé para que lo estire y cerca de los dedos para que los encoja.

- Objetivo 2: estimular el reflejo de prensión

  Descripción actividad: abrir las manos del bebé y colocar el dedo sobre la palma para que el bebé lo agarre. Intentar retirarlo varias veces.

- Objetivo 3: estimular el reflejo de succión

  Descripción actividad: colocar en la comisura de los labios del bebé los dedos limpios para que intente tomarlos con la boca.

- Objetivo 4: estimular el reflejo de moro

  Descripción actividad: colocar al bebé de espaldas y, cuando esté tranquilo, golpear simultáneamente los lados de la almohada o del colchón.

c) Estimulación del lenguaje

- Objetivo 1: familiarizar al bebé con el lenguaje humano

  Descripción actividad: mientras se muda o alimenta al niño/a hablarle y jugar con él.

- Objetivo 2: reforzar la emisión de sonidos

  Descripción actividad: imitar los sonidos que el bebé emite para reforzar los ruidos guturales.

- Objetivo 3: reforzar la imitación a partir de gesticulaciones

Descripción actividad: hacerle gestos al bebé con la boca, los ojos, la nariz, etc., para que él observe la flexibilidad del rostro humano cuando se habla o se emiten sonidos.

d) Estimulación visual

- Objetivo 1: estimular el seguimiento y fijación de un objeto

Descripción actividad: colocar juguetes colgantes, móviles y objetos con colores brillantes a los lados de su cuna. También se debe mover muy lentamente un objeto brillante (una luz de una linterna, un globo plateado, etc.) de lado a lado para que el bebé lo siga con los ojos. Moverlo en pequeños círculos, luego regresar el estímulo al centro tratando de que el bebé fije su atención en él.

Acercarse al niño/a sonriendo y mantener un objeto allí donde el bebé haya fijado sus ojos, luego moverlo poco a poco de izquierda a derecha, arriba y abajo.

Otra actividad es colocar al bebé boca abajo. Sostener un estímulo visual, en el lugar donde el bebé lo pueda ver (esto se denomina su línea de visión); subirlo siete centímetros y luego bajarlo. Repetir el ejercicio frente a un espejo. Dejar que el bebé toque el objeto. Finalmente se puede jugar con sombras.

- Objetivo 2: ampliar el entorno visual del niño/a

Descripción actividad: cargar al bebé de tal forma que pueda ver su alrededor por encima de tu hombro; sostener su cabeza.

e) Estimulación olfativa

- Objetivo: desarrollar el sentido del olfato

Descripción actividad: pasar por debajo de su nariz una esponja impregnada con diferentes aromas (loción, canela, vainilla, leche materna, etc.); moverlo de izquierda a derecha comenzando por la frente, bajando por la mejilla y al final hacia su pecho, barriga, y hacia las muslos, para que su cuerpo quede impregnado del aroma. Hacerlo con un aroma diferente cada día.

f) Estimulación auditiva

- Objetivo 1: desarrollar la capacidad de atención a los sonidos

Descripción actividad: sacudir el sonajero directamente frente al bebé. Colocárselo luego en la mano y movérsela de derecha a izquierda, elevarlo hacia arriba y luego llevarlo hacia abajo.

Otra actividad es amarrarle a las muñecas de las manos un cordón con campanas o un objeto sonoro.

Finalmente, dejarle escuchar cajas musicales.

- Objetivo 2: asociar el sonido con el movimiento

  Descripción actividad: hablarle a un lado y al otro de su cara durante todas las actividades.

g) Estimulación táctil

- Objetivo 1: desarrollar la percepción de los cambios de temperatura

  Descripción actividad: pasar por la piel del niño/a una toalla mojada en agua fría y luego caliente. Hacerlo en forma de masaje desde la cabeza hasta los pies.

- Objetivo 2: estimular la percepción de texturas

  Descripción actividad: acariciar al bebé cuando está desnudo con objetos que tengan diferentes texturas (suave, áspera, etc.), hacerle cosquillas y frotarle los pies. Utilizar objetos como toallas, esponjas de plástico, espumas, etc.

Realice ejercicios nº 16 al 18

CLASE 06

- Estimulación en niños/as de 3 a 4 meses

a) Estimulación motriz

- Objetivo 1: fortalecer los músculos de las piernas

  Descripción actividad: colocar al bebé boca abajo sobre un cilindro grande (una toalla enrollada), sostenerlo por los muslos y hacerlo rodar lo suficiente para que sus manos toquen el suelo frente a él. Empujar ligeramente las plantas de sus pies para que gatee hacia adelante y hacia atrás dos veces. Su cuerpo se deslizará sobre la toalla hasta el suelo.

- Objetivo 2: fortalecer los músculos de la espalda

  Descripción actividad: cuando el bebé esté desnudo boca abajo, apoyar la mano a la altura de la cintura y con la otra empujar la barbilla hacia arriba. De esta manera el bebé eleva la cabeza y se trabaja la espalda. En esta misma posición, llevar una y otra pierna hasta que los pies toquen las nalgas. Hacer el ejercicio repitiendo en voz alta cada uno de los pasos.

- Objetivo 3: fortalecer los músculos de los brazos y manos

  Descripción actividad: colocar en las manos del bebé unos aros o una barra gimnástica para que intente agarrarse de ella. Una vez se haya agarrado, ayudarlo para que se mueva de un lado a otro.

  Luego, en esta misma posición, ayudarle a que se sostenga mientras se tira hasta que quede medio sentado. Si no controla bien su cabeza o no se agarra bien, alzarlo sólo cinco centímetros. Cuando el bebé sostenga un juguete y se le escape de la mano, ayudarlo a tratar de tomarlo.

b) Estimulación cognoscitiva

- Objetivo 1: estimular la percepción de sí mismo como un todo

  Descripción actividad: ayudar a llevar sus pies y sus manos a la boca. Aprenderá que forman parte de sí mismo.

- Objetivo 2: posibilitar el reconocimiento de lo que le rodea

  Descripción actividad: mostrar y describir por su nombre diversos objetos, lugares y situaciones.

- Objetivo 3: estimular la memoria

  Descripción actividad: dejarle ver en diversas circunstancias juguetes que le agradan y son familiares. Por ejemplo, mostrarle en una revista algún juguete que sea propio.

c) Estimulación del lenguaje

- Objetivo: desarrollar el aprendizaje por imitación

  Descripción actividad: repetir los sonidos que el bebé realiza casualmente para que éste a su vez los imite (imitación mutua). Sin embargo, se debe variar la intensidad y la altura al realizar este juego.

d) Estimulación visual

- Objetivo: reforzar la fijación de la mirada en un objeto y el seguimiento que el bebé hace de ellos.

  Descripción actividad: mostrarle objetos al bebé que le resulten llamativos, su muñeco preferido, un títere, un cascabel y buscar que fije su mirada. Una vez lo haya hecho, moverlo suavemente. El bebé tratará de seguir el movimiento.

e) Estimulación olfativa

- Objetivo: discriminar diferentes olores

  Descripción actividad: permitir que el bebé huela el aroma de verduras y frutas frescas.

f) Estimulación auditiva

- Objetivo 1: establecer la asociación sonido-movimiento

  Descripción actividad: poner en la mano del bebé un juguete sonoro, sacudirlo o apretarlo según sea necesario, varias veces, haciendo pausas. Alzar al bebé y con él cargado cantarle una canción mientras se hace sonar el juguete.

- Objetivo 2: reconocer la fuente del sonido

  Descripción actividad: hacer que el menor escuche un sonido vocal (una letra, una sílaba) para que el bebé busque de dónde proviene. Una vez que esto ocurre, lo mejor es dejarse ver para que asimile el sonido al rostro humano.

- Estimulación en niños/as de 5 a 6 meses

a) Estimulación motriz

- Objetivo 1: fortalecer los músculos del estómago

  Descripción actividad: flexionar las piernas del bebé provocando tensión, soltarlas y estirarlas completamente. Repetirlo.

- Objetivo 2: fortalecer los músculos de la espalda y de la nuca

  Descripción actividad: dar al bebé una barra o palo liviano para que se prenda de él y cuando esté acostado jalarlo hasta que se ponga de pie; protegerlo con una mano en caso de que se suelte.

- Objetivo 3: fortalecer la tonicidad muscular

  Descripción actividad: acostar al niño/a boca abajo, sujetarlo por las piernas y estimularlo para que alcance un juguete. Así, al intentar coger el objeto, estirará todo su cuerpo. Dejar que juegue libremente una vez lo haya alcanzado.

b) Estimulación cognoscitiva

- Objetivo 1: reforzar el conocimiento que sobre su entorno tiene el bebé

Descripción actividad: dejarlo desnudo de tal manera que pueda cogerse los pies, las manos, llevarlas a la boca, explorarlas, observarlas.

- Objetivo 2: estimular la imitación de acciones que se lleven a cabo

  Descripción actividad: mover la cabeza delante del bebé, tratando de que imite el movimiento, luego ir repitiendo alternativamente: SI- NO-SI-NO.

c) Estimulación del lenguaje

- Objetivo: provocar la emisión de sonidos

  Descripción actividad: taparse la cara con una hoja de papel y decir al bebé: “Si quieres verme háblame”; destaparse ante cualquier sonido que emita de manera articulada. Hacerlo varias veces.

d) Estimulación visual

- Objetivo: reconocer la relación causa-efecto

  Descripción actividad: permitir al menor que alcance juguetes de diferentes formas y colores. Animarlo a que los deje caer, así como a recogerlos. Simultáneamente, decir en voz alta: “Se cayó el perro”, “Recoge el perro”, “Se cayó la pelota”, “Recojamos la pelota”, etc.

e) Estimulación auditiva

- Objetivo: estimular la imitación de sonidos
  Descripción actividad: poner un objeto sonoro en la mano del bebé (un cascabel, una caja con piedras) moverlo varias veces para producir el sonido, luego golpearlo contra la superficie. Dejar que el bebé intente imitarlo.

f) Estimulación táctil

- Objetivo: incrementar el control que el bebé ha adquirido sobre su entorno

  Descripción actividad: permitir que el lactante toque con sus manos tu cara, tu pelo, y al mismo tiempo ir nombrando cada una de las partes que el bebé vaya tocando.

g) Estimulación socio afectiva

- Objetivo: proporcionar elementos de socialización

  Descripción actividad: mirarse junto al niño/a en el espejo y pedirle que te señale a ti y después a él mismo.

- Estimulación en niños/as de 7 a 8 meses

a) Estimulación motriz

- Objetivo 1: preparar para el gateo

  Descripción actividad: poner al bebé de rodillas apoyado sobre sus brazos, empujarle suavemente las plantas de los pies para ayudarle a deslizarse hacia adelante. También, boca abajo, elevar sus piernas para intentar que haga la carretilla.

- Objetivo 2: fortalecer los músculos

  Descripción actividad: boca arriba, sostener al bebé por debajo de los brazos (sujetarlo suavemente por el pecho), alzarlo en posición horizontal, con la cara hacia ti. El bebé reaccionará arqueando la espalda, estirando y extendiendo piernas y brazos.

- Objetivo 3: estimular la motricidad fina

  Descripción actividad: se debe permitir que manipule objetos de diferente peso.

b) Estimulación cognoscitiva

- Objetivo 1: estimular el concepto de permanencia de los objetos

  Descripción actividad: darle objetos amarrados a un cordón. Mostrarle cómo se balancean de un lado para otro, dejarlas caer desde arriba para que sigan la trayectoria de la caída.

- Objetivo 2: desarrollo de la noción de secuencia

  Descripción actividad: enseñarle cómo unas cosas van antes que otras. Por ejemplo, antes de vestirte tienes que bañarte, después de comer te lavas los dientes. Primero abres la puerta y después sales.

c) Estimulación del lenguaje

- Objetivo: aumentar el vocabulario

  Descripción actividad: pronunciarle monosílabos como: ba, ja, pa, ma. Combinarlos, para luego sacar palabras. Por ejemplo: pa-ja; ma-pa, etc.

d) Estimulación visual

- Objetivo 1: ampliar la capacidad para seguir objetos en movimiento

  Descripción actividad: hacer rodar una pelota para que el bebé la siga con la mirada. Dejar que luego vaya en su búsqueda.

- Objetivo 2: reforzar la imitación de movimientos

  Descripción actividad: abrir y cerrar los ojos o la boca delante del bebé. Al comienzo confundirá las diferentes partes del cuerpo y responderá abriendo y cerrando los ojos y la boca sin establecer una correspondencia, pero luego lo hará correctamente.

e) Estimulación socio afectiva

- Objetivo 1: estimular el reconocimiento de si mismo

  Descripción actividad: poner frente al bebé un espejo, de tal manera que pueda ver su imagen cuando esté sentado. Preguntar: "¿Dónde está el bebé?".

- Objetivo 2: reforzar la imitación de expresiones faciales

  Descripción actividad: cada vez que el bebé sonría hacer lo mismo, igual cuando llore, haga muecas, bostece, etc.

Realice ejercicios nº 19

CLASE 07

- Estimulación en niños/as de 9 a 10 meses

a) Estimulación motriz

- Objetivo: estimular al niño/a para que rescate objetos que se encuentran dentro de un recipiente.

  Descripción actividad: colocar un objeto atractivo cerca del niño/a, luego colocarlo dentro de un recipiente, de forma que él te vea. Luego decirle que lo saque de allí. Comenzar con recipientes de boca ancha (tarros, cajas, canastos) y luego se debe ir reduciendo el tamaño poco a poco (frascos de mermelada, de café, hasta llegar a envases de gaseosas).

b) Estimulación cognoscitiva

- Objetivo: estimular la memoria inmediata

  Descripción actividad: permitirle al niño/a que observe cómo al encender la radio se escucha música; apagarla y encenderla de nuevo. Estimularlo para que el niño/a lo haga por imitación. Hacer esto mismo con la televisión, la luz, etc.

c) Estimulación del lenguaje

- Objetivo 1: estimular el desarrollo del lenguaje pasivo

  Descripción actividad: señalarle el reloj llamándolo por su nombre y decir que éste suena "tic, tac, tic, tac"; luego preguntarle: "¿Dónde está el reloj?". Si vuelve la cabeza hacia él, volver a preguntarle: "¿Dónde está el tic, tac?". Repite este ejercicio hasta que el niño/a logre identificar el objeto tanto por su nombre como por su sonido.

- Objetivo 2: ejercitar el desarrollo de palabras activas

  Descripción actividad: comenzar a mostrarle diferentes dibujos de animales; de cada uno de ellos, hacer el sonido que le corresponda. Por ejemplo, al indicar el perro, hacer "guau, guau".

d) Estimulación auditiva

- Objetivo: estimular el ritmo en el niño/a

  Descripción actividad: colocarle al niño/a diferentes tipos de música, bailar con él de acuerdo con el ritmo y hacerle notar cuándo va más despacio y cuándo más rápido.

e) Estimulación táctil

- Objetivo: estimular la diferenciación de texturas

  Descripción actividad: al vestir al niño/a, hacer que toque sus calcetines, zapatos, camisetas, etc., al mismo tiempo se le debe ir nombrando la textura correspondiente: suave, aspero, duro, blando etc.

f) Estimulación socio afectiva

- Objetivo: reforzar el aprendizaje por imitación

  Descripción actividad: tomar un vaso y darle otro al niño/a. Hacer que él imite la acción de tomar. Felicitarlo a medida que lo vaya logrando.

- Estimulación en niños/as de 11 y 12 meses

a) Estimulación motriz

- Objetivo 1: estimular en el niño/a todos los intentos de erguirse y caminar

  Descripción actividad: dejar al niño/a apoyado en una cama o mueble y llamarlo cada vez desde más lejos mostrándole su juguete preferido. A medida que va dando cada paso aplaudirle y decir: "Muy bien".

- Objetivo 2: entrenar al niño/a a dar pasos hacia adelante

  Descripción actividad: colocarse detrás del niño/a, sujetar sus manos, empujarlas ligeramente hacia delante y el niño/a empezará a dar pasos. Poco a poco disminuir la ayuda y dejar de guiarle, permitiendo que él dirija los pasos.

b) Estimulación cognoscitiva

- Objetivo 1: estimular la acción de atraer algo con una cuerda

  Descripción actividad: colocarle a un juguete un cordel y ponerlo fuera del alcance del niño/a dejando la punta de la cuerda cerca de él. Normalmente se dará cuenta de que puede atraerlo tirando la cuerda. Más adelante cambiar las cuerdas por distintos colores, grosores y formas.

- Objetivo 2: reforzar el interés de buscar un objeto escondido

  Descripción actividad: esconder un juguete de modo que quede una parte visible y decirle al niño/a que lo traiga. Al principio le costará trabajo encontrarlo (sobre todo si la parte visible es pequeña), pero pronto comprenderá que el juguete está detrás de lo que se ve.

c) Estimulación del lenguaje

- Objetivo: nombrar actividades y personas mientras juega

  Descripción actividad: entregarle un muñeco y tomar otro el adulto. Mientras se ejecuta los movimientos adecuados para las acciones se debe decir, a modo de jemplo: “vamos a acunar al bebé, acuna al bebé, vamos a acariciar al bebé”.

d) Estimulación auditiva

- Objetivo: ejercitar la asociación de sonidos con objetos

  Descripción actividad: cuando suene algún teléfono, dejar que el niño/a busque la fuente del sonido y luego llevarlo hacia él y mostrarle cómo hablamos y nos hablan a través de él.

e) Estimulación socio afectiva

- Objetivo: trabajar en la eliminación del miedo infantil ante un objeto

  Descripción actividad: colocar lo que asuste al niño/a en un rincón de la sala de actividades. Cuanto más lejos esté el niño del objeto de su miedo, más seguro se sentirá. Luego acercarse al objeto y hacer como si se sacara de él un juguete nuevo y atractivo, entregarselo al niño/a para que juegue con él durante un rato. Devolverler el juguete hacia el objeto del miedo. Repetir varias veces esta acción hasta que el niño/a sea capaz de acercarse hacia lo que temía para recoger por sí mismo el juguete.

- Estimulación en niños/as de 13 y 14 meses

a) Estimulación motriz

- Objetivo 1: estimular la acción de desplazamiento y equilibrio

  Descripción actividad: lanzar objetos atractivos hacia diferentes sitios a una corta distancia, hacer que el niño/a los observe y se dirija hacia ellos caminando sin ayuda.

- Objetivo 2: facilitar la manipulación de objetos

  Descripción actividad: ofrecerle al niño/a un cono de cartón y una bola; animarlo a que introduzca la bola dentro del cono y luego trate de sacarla ya sea golpeando el cono con un palo, con los dedos, etc.

b) Estimulación cognoscitiva

- Objetivo1: estimular la capacidad para adelantarse a los acontecimientos

  Descripción actividad: colocar frente al niño/a tres pocillos boca abajo, esconder unos granitos de cereal debajo del primer pocillo e impulsar a que los descubra. Ahora, ocultar el cereal en el segundo pocillo y animar al niño/a a que lo descubra allí. Inicialmente el niño/a mirará hacia el primer lugar en donde se escondió el cereal. Ayudar a encontrar el lugar correcto. Repetir lo mismo con el tercer pocillo y continuar jugando hasta que el niño/a busque el cereal en el sitio exacto.

- Objetivo 2: fortalecer la capacidad del niño/a como productor de acciones

  Descripción actividad: mostrar al niño/a cómo dar besos a una muñeca, cómo hacerla caminar, cómo alimentarla, etc., y hacer que imite en cada una de estas actividades.

c) Estimulación del lenguaje

- Objetivo 1: estimular la modulación y vocalización

  Descripción actividad: hablarle al niño/a frente a un espejo tratando de que pueda observar con atención el movimiento de la boca.

- Objetivo 2: ampliar la comprensión y emisión de palabras

  Descripción actividad: cada vez que el niño/a diga, por ejemplo tata, utilizar el significado de esta palabra e introducirla como parte de una conversación. Ejemplo: tu abuelito (tata) te trajo un regalo.

d) Estimulación visual

- Objetivo: estimular su memoria visual

  Descripción actividad: enseñarle a reconocer personas u objetos familiares fuera de su ambiente cotidiano, por ejemplo con fotos o situaciones que se sabe que son familiares para el niño/a.

e) Estimulación socio afectiva

- Objetivo: ofrecer alternativas de exploración ayudándole a comprender el establecimiento de límites.

  Descripción actividad: ofrecer al menor espacios y juguetes donde exista alguno que él no debe tocar, decircelo suvemente cuando intente tocarlos, y poco a poco entenderá que hay límites y que a veces se debe decir no.

- Estimulación en niños/as de 15 a 17 meses

a) Estimulación motriz

- Objetivo 1: andar sobre áreas desiguales

  Descripción actividad: dejar que el niño/a camine descalzo por arena, cemento, y áreas disponibles, esta actividad fortalecerá sus tobillos además de permitirle caminar y ayudar a los niños que tienen el empeine insuficientemente desarrollado. Además estimula táctilmente el área de las plantas de los pies.

- Objetivo 2: obtener equilibrio

  Descripción actividad: cuando el niño/a esté de pie, botar varios juguetes a sus pies y pedirle que los alcance uno por uno, para guardarlos en una bolsa o caja. Si el niño/a pierde el equilibrio, sostenerlo de una mano al principio y poco a poco dejar que se agache solo.

  Cuando el niño quiera agarrar un objeto o juguete, en lugar de dárselo en la mano, colocárselo en el piso cerca de sus pies y pedirle que se agache y lo alcance.

- Objetivo 2: entrenar para subir escaleras

  Descripción actividad: colocar un juguete sobre un sofá y poner cojines o almohadas en el piso cerca de éste. Pedir al menor que suba sobre ellos para alcanzar el juguete.

- Objetivo 3: estimular la destreza de abrir y cerrar

Descripción actividad: darle al niño/a una caja de fósforos vacía o algo similar y mostrarle cómo se abre y se cierra. Esta actividad de manipulación dará la oportunidad de enseñar a trabajar con ambas manos, cada una de las cuales hace una cosa distinta.

b) Estimulación cognoscitiva

- Objetivo 1: incrementar la duración de los períodos de atención en el niño/a
  Descripción actividad: sostener en la mano un objeto pequeño y llamativo para el niño/a, lograr que fije la atención en este objeto y luego pasarlo a la otra mano, después preguntar: "¿en qué mano lo tengo?'. Cuando el niño logre acertar, felicitarlo y entregarle otro objeto.

- Objetivo 2: identificación del esquema corporal

  Descripción actividad: pedirle al niño/a que identifique figuras humanas en dibujos, láminas o fotografías.

- Objetivo 3: catalogar los objetos de acuerdo con sus características o utilidad

  Descripción actividad: colocar sobre una mesa objetos que tengan que ver con el baño: una esponja, una toalla, jabón, etc. Nombrar cada uno de estos objetos y enseñarle para qué sirven. Pedirle después que te entregue el jabón, la toalla, la esponja, etc.

- Objetivo 4: comprender la noción de ubicación espacial

  Descripción actividad: darle al niño/a juegos sencillos de armar. Rompecabezas, legos, carritos, etc. Dejar que intente armarlos y que coloque las piezas donde corresponden. También se les debe motivar a realizar diversos juegos con los cubos o bloques. Se les puede indicar cómo ponerlos en posiciones diferentes: en línea curva, quebrada, en círculo, etc.

c) Estimulación del lenguaje

- Objetivo 1: favorecer la vocalización

  Descripción actividad: ante un espejo, abrir exageradamente la boca y animar al niño/a para que imite. Igualmente se puede fruncir los labios o llevar la lengua de un lado a otro.

- Objetivo 2: estimular la imitación

  Descripción actividad: producir sonidos diferentes con tu voz, como por ejemplo tarareo, voces de animales, etc., para que el niño/a los imite.

- Objetivo 3: denominar las cosas por su nombre

  Descripción actividad: mostrar al niño/a las cosas que normalmente lo rodean y nombrarlas cada vez que el niño/a fije la atención en ellas.

Mostrar sus libros y pedir que los nombre, así sea por sonidos (si son animales u objetos que emitan sonidos), los dibujos que le sean conocidos.

- Objetivo 4: reconocer diferentes sonidos

  Descripción actividad: producir sonidos con diferentes instrumentos, motivar al niño/a para que identifique el instrumento que lo produjo, variar la secuencia y aumentar gradualmente la distancia entre el niño/a y el sonido.

  Poner al niño/a de espaldas y emitir dos sonidos débiles y uno fuerte para que el niño/a se voltee y reproduzca el esquema auditivo escuchado. Aumentar cada vez más la distancia.

d) Estimulación socio afectiva

- Objetivo 1: favorecer la participación en actividades sociales

  Descripción actividad: cantarle canciones infantiles al niño/a acompañadas de alguna acción, o hacer que participe en una ronda con sus amigos.

- Objetivo 2: estimular la participación en tareas cotidianas

  Descripción actividad: estimularlo a que colabore en algunas tareas como sacudir, barrer, etc. Siempre se debe potenciar las frases “por favor” y “gracias”.

- Objetivo 3: enseñar al niño/a a compartir

  Descripción actividad: tomar entre tus manos un objeto que al niño/a le llame la atención. Ofrecer y prestar a la vez se debe decir “esto es mío, pero te lo presto”. Repitir este ejercicio, si es posible cada vez que el niño/a no quiere compartir algo con alguien.

- Objetivo 4: enseñar al niño/a normas de cortesía

  Descripción actividad: aprovechar todas las situaciones de la vida diaria para aplicar las normas de cortesía: buenos días, buenas noches, gracias, permiso, por favor.

Realice ejercicios nº 20

CLASE 08

- Estimulación en niños/as de 18 a 24 meses

En este caso el rango de edad es más amplio, ya que las características de los niños/as varían en menos proporción que en edades anteriores, pudiendo realizar actividades comunes.

a) Estimulación motriz

- Objetivo 1: caminar en diferentes direcciones

  Descripción actividad: el adulto se debe colocar en una esquina del patio. Desde ahí lanzar una pelota que los niños deben recoger, el niño que la tome, la lanzará y todos deben ir a buscarla.

- Objetivo 2: lograr un buen equilibrio en línea recta

  Descripción actividad: colocar una línea dibujada en el piso, y en un extremo colocar un objeto llamativo, indicar a los niños que lo traigan, caminando sin salirse de la línea.

- Objetivo 3: controlar el trote

  Descripción actividad: todos en círculo deben girar trotando al ritmo de un pandero que tocara el adulto, la frecuencia del ritmo debe aumentar y disminuir, para que el niño/a realice lo mismo con el trote.

- Objetivo 4: cargar y empujar objetos grandes

  Descripción actividad: se debe disponer de cubos de esponja, los niños deben construir torres, las que luego destruirán y volverán a empezar.

- Objetivo 5: estimular el movimiento fino de las manos

  Descripción actividad: según la temática de aprendizaje, dibujar un objeto, por ejemplo en navidad un viejito pascuero, cortar pequeños trozos de papel, y los niños deben tomar de a uno y pegarlos en su dibujo.

- Objetivo 6: estimular los movimientos adaptativos de los pies

  Descripción actividad: dibujar en el piso diferentes objetos, con diferentes distancias unos de otros, se debe indicar sobre qué objeto se debe parar el niño/a, debiendo calcular un salto o paso dependiendo de la distancia del objeto, ademas de mantener el equilibrio sobre él.

b) Estimulación cognoscitiva

- Objetivo 1: trabajar manualmente una imagen mental

  Descripción actividad: se debe cantar una canción con los niños/as, que tenga algún tema específico, luego entregar plasticina y pedirles que hagan al personaje de la canción por ejemplo “los patitos”.

- Objetivo 2: estimular actividades por imitación

  Descripción actividad: pararse frente a los niños/as, introducirles con una historia, por ejemplo, yo fui al zoológico y había un león, el adulto debe rugir y los niños imitarán.

- Objetivo 3: estimular la creatividad

  Descripción actividad: entregar al niño/a diversos materiales, como papeles, plasticina, lápices, restos de género entre otros, ayudar al niño a crear cosas de su gusto.

- Objetivo 4: estimular el reconocimiento de las partes del rostro

  Descripción actividad: nombrar e indicar las partes en el propio rostro, luego indicarlo en la cara de los niños/as. Por medio de una canción, incitar a nombrarlas e indicarlas, luego se indican en el nombre del compañero y luego en otro.

- Objetivo 5: estimular la imaginación mediante el juego de simulación

  Descripción actividad: crear un espacio (rincones), de diferentes temáticas, por ejemplo el hogar, con diferentes implementos simular labores hogareñas, como barrer, lavar, entre otras. (Más complejas que en actividades similares de edades anteriores).

- Objetivo 6: identificar las partes del cuerpo y su uso

  Descripción actividad: colocar un papel grande sobre el piso, un niño/a debe acostarse sobre el para marcar su silueta, luego él la verá e indicará brazos, piernas, cabeza, luego debe con lápices, dibujar dentro de sus posibilidades, los detalles y luego nombrar los ojos, nariz etc.

c) Estimulación del lenguaje

- Objetivo 1: favorecer la modulación

  Descripción actividad: se debe tener una cajita con láminas con diferentes rimas. El niño escogerá una y el adulto la leerá, el niño/a debe repetir lentamente lo que más recuerde, y así seguir con diferentes rimas.

- Objetivo 2: estimular la imitación de sonidos

Descripción actividad: observar una mini obra de títeres, donde se privilegie los sonidos de objetos y seres vivos, animales, autos entre otros, invitar al niño/a para que participe de la obra imitando alguno de ellos.

- Objetivo 3: utilizar frases de dos a tres palabras

  Descripción actividad: mostrar láminas, de objetos cercanos al niño/a, los cuales tengan una caracteristica bien definida. Por ejemplo, un camión grande, una manzana roja. Nombrarla al niño, repetir todos juntos. En la cotidianeidad, decir frases y preguntar al niño, si van a comer manzana, nombrarla con una caracteristica y si el niño lo realiza comenzar con tres. Manzana roja grande.

d) Estimulación socio afectiva

- Objetivo 1: estimular el movimiento del cuerpo

  Descripción actividad: utilizar música infantil entretenida, con sonidos diferentes y rápidos. Bailar realizando diferentes movimientos, los cuales deben imitar los niños/as. Luego de unos minutos descansar y colocar música de relajo, con movimientos lentos y suaves.

- Objetivo 2: aceptar separarse de un objeto

  Descripción actividad: entregar a cada niño/a un objeto diferente, con los cuales realizarán un juego en común. Luego, indicar que se debe prestar el objeto al compañero, realizar esta acción entre dos adultos, resaltando frases como “gracias”, y demostrando el intercambio de objetos. Incitar a los niños que lo realicen.

- Objetivo 3: asociar objetos con un momento o actividad determinada

  Descripción actividad: nombrar los objetos referentes a actividades de rutina, por ejemplo la hora de comida, cuchara, plato, hora de actividad de pintura, lápices, hojas. De esta manera el niño/a sabe que si es la hora de pintar, debe buscar los lápices, que si ve en su mesa un plato y cuchara es hora de comer etc.

- Objetivo 4: estimular el reconocimiento de si mismo

  Descripción actividad: observarse en un espejo con diferentes estilos, ropa divertida, ropa usual, haciendo gestos, reconocer que puede cambiar pero sigue siendo el o ella.
  Mostrar fotografías junto a la familia, amiguitos, pedirle que indique donde se encuentra él, nombrarle características positivas de su persona: estás lindo, te ves alegre, entre otras.

- Objetivo 5: motivar al niño/a para vestirse por si solo

  Descripción actividad: en el momento de la muda, comentar al niño que te encuentras muy cansada, si puede ayudarte a vestirse, si el niño/a lo intenta y no puede, ayudarlo,

dejar un momento que lo logre, motivándolo a través de palabras como, los haces muy bien, que grande estas, entre otras.

- Objetivo 6: promover la independencia en los hábitos alimentarios

  Descripción actividad: en la hora de la comida, indicar al niño/a, por medio de acciones como se debe tomar la cuchara, se lleva al plato y luego a la boca. Ayudarle y guiarle. Realizarlo para que lo imite, comentar sobre la hora de comida en la casa, como se alimenta la mamá, el papa, los hermanos. Se debe tener precaución con que la comida tenga una temperatura adecuada.

Realice ejercicios nº 21 y 22

CLASE 09

5. ACCIDENTES Y PRIMEROS AUXILIOS EN LACTANTES

Los accidentes son lamentablemente frecuentes en niños y niñas, sobre todo en lactantes. Es por esto que las medidas de prevención son fundamentales. Un accidente es cualquier situación que provocada de manera repentina da lugar a una lesión corporal. Los diferentes tipos de accidentes se condicionan según variados factores externos.

Frente a un accidente, una persona debe actuar aplicando primeros auxilios que es un tratamiento inmediato y provisorio. Generalmente se realiza en el lugar donde ocurre el accidente. Luego, de realizados estos primeros auxilios, según la gravedad, la víctima debe ser derivada a un centro de salud.

En este sentido, es conveniente que el mayor número de personas posible adquiera nociones de primeros auxilios para poder prestarlos en el momento necesario. El saber qué hacer permite a veces salvar una vida o disminuir la gravedad de la lesión o el dolor del afectado.

Particularmente en los jardines infantiles y salas cunas es vital que los encargados de cuidar a los niño/as sepan qué hacer frente a cualquier eventualidad, que generalmente pueden ser: atoramientos, quemaduras, caídas, asfixias e intoxicaciones. Conocer los primeros auxilios a aplicar en estos casos en los lactantes y menores es fundamental para, como se señaló anteriormente, poder disminuir la gravedad de la lesión e incluso salvarlo de la muerte.

5.1. Atoramiento

Un niño sufre de atoramiento cuando algún elemento extraño o trozo de comida no baja por su garganta y laringe como corresponde, atorándose en el curso normal, impidiendo

su parcial o total respiración. Es usual en lactantes, ya que comúnmente colocan en su boca cualquier elemento que encuentren, y en niños gateadores con mayor frecuencia, ya que permanecen mucho tiempo por el suelo.

El niño/a puede manifestar el atoramiento dependiendo del tamaño del cuerpo extraño, de su composición y duración de la obstrucción, pudiendo actuar con tos, intentos de vómitos, agitación de las manos, ojos llorosos, y cuando es más grave coloración azulada de su piel.

Según la Junta Nacional de jardines infantiles, JUNJI, para prevenir el atoramiento en los niños/as se debe considerar lo siguiente:

- Nunca dejar objetos pequeños al alcance de los niños/as, como son: bolitas, monedas, botones, chicles, remedios, etc.

- No ofrecer alimentos sin cortar a un tamaño adecuado.

- No dejar al alcance del lactante bolsas plásticas, ya que al cubrirse la cabeza y la cara no les queda espacio para respirar.

- Ser cuidadosos con el maní, cabritas, granos enteros de uva y dulces duros que deben ser ofrecidos sólo a niños mayores que ya mastican bien.

- No debe haber globos desinflados al alcance de los niños pequeños, pues pueden ser aspirados a la faringe posterior, laringe o tráquea.

- Evitar juguetes que tienen piezas pequeñas (no apropiados para su edad).

- Es recomendable dejar al niño acostado de costado, sobre todo luego de consumir alimentos para que no exista posibilidad de reflujo en los más pequeños y vómitos en los mayores, pudiendo provocar asfixia.

- Se debe prestar atención en sacar los eruptos o "flatitos" al bebé para evitar que el alimento pueda ser aspirado en caso de regurgitación.

- Se debe observar que el lactante no tome su mamadera acostado de espaldas, ya que corre el riesgo de asfixiarse ya que el niño no regula la ingesta y al estar completamente de espaldas consume muy rápido, es recomendable que se encuentre semi-sentado.

- Se debe observar cada cierto tiempo a los niños mientras juegan.

- Se debe organizar y ordenar, periódicamente, la sala de actividades u otro ambiente cerrado pensando en los posibles peligros.

- Primeros Auxilios en Caso de Atoramiento

En algunos casos de primeros auxilios, como lo es este caso, éstos son diferentes en lactantes menores y mayores. A continuación se indica lo que corresponde hacer en ambos casos:

Para el caso de lactantes menores, se debe colocar al lactante boca abajo, apoyado sobre la pierna del adulto, para permitir drenaje postural y aplicar 4 golpes en la espalda entre los omóplatos (paletas). El golpe se puede repetir en caso necesario. Luego, se debe verificar si el cuerpo extraño salió de la boca y debe ser retirado con los dedos antes de levantar al niño/a. la figura siguiente grafica esta técnica.

Figura Nº 8: Primeros Auxilios en un Lactante Menor con Atoramiento

Cabe señalar, que al aplicar esta técnica los golpes deben ser firmes y precisos, pero cuidando la integridad física del bebé. Si luego de esto el niño/a no expulsa el cuerpo extraño y ya no respira, se le debe sostener por la espalda hacia abajo, con la cabeza colgando, luego oprimir 4 veces el abdomen con dos dedos, justo arriba del ombligo.

Para las maniobras, en el caso que existan más adultos presentes, éstas deben ser efectuadas entre dos personas. Si la maniobra no da resultados se debe trasladar de urgencia al centro de salud más cercano.

En el caso de lactantes mayores, primero se debe hacer que el niño/a tosa. Si no sale el cuerpo extraño, se le debe recostar boca abajo sobre los muslos del adulto, con la cabeza colgando. Luego, se le debe sostener el pecho con una mano y con la otra dar cuatro golpes firmes en la espalda. Si con esta maniobra el niño/a no respira, se le debe sentar en las piernas del auxiliador y éste debe aplicarle compresiones abdominales con una sola mano.

En el caso que la maniobra no de los resultados esperados el niño/a debe ser trasladado de urgencias al centro de salud más cercano.

Finalmente, si los primeros auxilios en caso de atoramiento son aplicados de forma correcta, se puede lograr el resultado esperado, siempre se debe mantener la calma para poder realizar lo que corresponde. Pero es fundamental antes de llegar al atoramiento de un niño/a, tomar las medidas de prevención necesarias.

Realice ejercicios nº 23

CLASE 10

5.2. Quemaduras

Una quemadura es la pérdida de continuidad de la piel, y puede ser producida por: fuego, líquidos calientes, gases calientes, sólidos calientes, corriente eléctricas entre otros.

Dependiendo de la profundidad de la quemadura se reconocen tres tipos: Primer grado, enrojecimiento de la piel; Segundo grado, aparición de ampollas; Tercer grado, destrucción de la piel.

Como prevención de las quemaduras en niños/as, se recomienda lo siguiente:

a) Tener cuidado al calentar la mamadera; comprobar siempre la temperatura de ésta.

b) No manipular líquidos calientes con el bebé cerca, por ejemplo, sentado en las rodillas.

c) Poner protecciones delante o alrededor de los aparatos de calefacción, chimeneas u hornos.

d) Mantener los cables eléctricos escondidos y fuera del alcance del bebé.

e) Poner protección de plástico en los enchufes; colocar muebles delante de ellos.

f) No dejar manteles colgados (el niño puede tirarse en cima y puede tener líquidos calientes u objetos pesados o afilados).

g) No dejar materiales inflamables al alcance de los niños/as.

h) Si se utiliza silicona caliente para construir algún material didáctico, no debe ser en el recinto que están los lactantes.

- Primeros Auxilios en Caso de Quemadura

En el caso de quemaduras, las maniobras de primeros auxilios que se ejecuten son las mismas para lactantes menores y mayores, las cuales son:

- Si la quemadura es por electricidad, lo primero es desconectar la electricidad antes de tocar al niño/a.

- Si es por fuego, se debe apagar las ropas con otras ropas, frazadas; nunca con tierra. Luego mojar con agua fría y retirar la ropa.

- Si es por sustancias químicas, poner bajo el chorro de agua la superficie afectada, para eliminar los elementos químicos y retirar la ropa.

- Si es por líquidos calientes sobre la ropa, mojar de inmediato esa ropa con agua fría y retirarla, se debe llevar al niño/a al centro de salud más cercano, sin aplicar ninguna crema o sustancia, sólo agua corriente fría y cubrir con un paño limpio para evitar que se contamine en el camino, también se puede esterilizar un paño planchándolo con plancha al máximo y con varias pasadas. Se debe tener presente: jamás aplicar hielo a la quemadura.

- Si la ropa está pegada a la lesión, se debe dejar que el personal de salud la despegue.

En caso de quemadura, y cualquier accidente se debe actuar inmediatamente y aplicando los consejos entregados. En caso de quemadura el niño/a comenzará a llorar y a intentar evitar los primeros auxilios, aún así se debe seguir con los pasos ya que es por el bien del mismo. Los primeros auxilios y el rápido traslado a un centro de urgencia disminuirán las posibilidades de infección de la quemadura y el sufrimiento del lactante.

5.3. Caídas

Las caídas en los niños/as son muy habituales. Los lactantes menores, que aun no caminan, suelen caerse de superficies altas, ya que se mueven de un lado a otro, sin mediar peligro.

En lactantes mayores las caídas se producen cuando pierden el equilibrio al correr o caminar, o cuando aun están aprendiendo a ponerse de pie, se sujetan de cualquier objeto pudiendo éste ceder produciéndose la caída del menor. En otras ocasiones ocurre por elementos que están en el suelo, con los cuales el niño/a tropieza.

De este modo, para prevenir caídas en el menor se recomienda:

a) Evitar dejar al niño/a solo sobre lugares elevados, como la superficie donde se muda.
b) Tener barreras en los extremos de las escaleras.
c) Retirar los muebles de bordes afilados o duros.
d) Usar rejas protectoras en las ventanas sobre el primer piso.
e) Usar protección en balcones.
f) No dejar juguetes o elementos botados en lugares donde transitan lactantes.
g) No dejar puertas abiertas que tengan acceso a escaleras o superficies altas.
h) Observar a los lactantes mayores que juegan en columpios o resbalines.

Las caídas en general, pueden principalmente provocar heridas en el niño/a. Una herida es la ruptura de la capa externa de la piel, que también puede afectar a capas más profundas. Si se produce una herida en el niño/a se debe tener presente lo siguiente:

- Ya que una herida siempre sangra, no se sabe que tan profunda es mientras está sangrando. Si el corte se ha producido en las manos, dedos, brazos o piernas, es posible que se pueda controlar en el lugar que ocurrió.

- Ante la presencia de heridas en la cara, tórax, cuero cabelludo o abdomen, se debe llevar al niño al centro de salud más cercano.

- Se debe lavar la herida poniendo la parte afectada del niño/a bajo el chorro de agua corriendo por tres minutos y luego lavarla con jabón neutro.

- Luego, se debe detener el sangramiento haciendo compresión sobre la herida, con un paño estéril. Esta compresión se debe realizar por cinco minutos, para que se forme un coagulo y no siga el sangrado. Sí luego de 5 minutos la herida sigue sangrando, se debe derivar al centro de salud más cercano.

Dentro de los golpes que puede sufrir un niño/a, es preciso señalar que la caída más grave es el golpe de cabeza, donde es imprescindible tener presente los siguientes conocimientos:

a) Se debe dejar al niño/a unos minutos en el suelo luego de la caída.

b) Se debe observar el estado del niño/a en las siguientes horas, si se observa desorientación, convulsiones, presencia de dolor, alteración de la conciencia, pulso muy rápido, se debe llevar de urgencia al centro de salud más cercano.

En síntesis, las caídas son bastantes peligrosas y comunes en los niños/as. En caso de heridas o golpes en la cabeza, se debe seguir todos los pasos de primeros auxilios, para que así la lamentable caída no tenga consecuencias futuras en el menor.

Realice ejercicios nº 24

CLASE 11

5.4. Asfixia

La asfixia es la sofocación a causa de la obstrucción de los canales que conducen el aire a los pulmones, o sea la interrupción de la respiración. Dicha situación se puede producir al tapar la boca y la nariz, por presión sobre la garganta y el pecho o cuando un lactante es colocado en una cuna, debajo de las sábanas y mantas sujetas, siendo incapaz de librarse

de ellas. Además se debe tener presente que los colchones blandos pueden adaptarse a la cara del niño y bloquear la respiración.

Otra causa de asfixia son las bolsas de plástico, los lactantes pueden colocarlas en su cabeza y no poder respirar. Además, un objeto enrollado en el cuello puede estrangular al niño; por esto los baberos se deben retirar a la hora de dormir y los chupetes no colgarlos al cuello, además los cordones de los juguetes deben tener menos de 30 centímetros.

Para prevenir lo anteriormente señalado, se debe considerar lo siguiente:

- No tapar la cara del bebé cuando éste duerme.
- No colocarlo boca abajo pegado contra la colchoneta o una almohada.
- Quitarle el babero cuando duerme, puede ser un elemento que puede ahorcarlo.
- No tener en el entorno del bebé juguetes con cordones más largos de 30 cm.
- No tener al alcance de los niños/as bolsas plásticas de ningún tipo.
- No colgar el cordón del chupete al cuello.

- Primeros Auxilios en Caso de Asfixia

Cuando sucede una asfixia, el niño/a deja de respirar, por lo que se debe aplicar maniobras de reanimación. Ante esta situación es muy importante verificar si el menor afectado presenta paro de la respiración y ausencia de pulso, ya que si presenta ambas signos no se debe aplicar el procedimiento, porque podría producir daño. En el caso de ausencia de ambos signos se debe proceder de la siguiente manera:

- Colocar al lactante boca arriba.
- Arrodillarse junto a la cabeza.
- Extender la cabeza hacia atrás.
- Limpiarle la boca de secreciones.

La figura siguiente muestra, gráficamente, la posición en la que se debe tener al menor para proceder a limpiarle las secreciones.

Figura Nº 9: Limpieza de la Boca de Secreciones

- Luego, se debe colocar una mano bajo el cuello del niño/a.
- Si es lactante menor, se debe poner la boca del adulto sobre la boca y nariz del niño/a afectado. En el caso que el lactante es mayor, se debe aplicar la boca del adulto solamente sobre la boca del niño/a, y oprimir la nariz con la otra mano.

Figura Nº 10: Respiración Boca a Boca

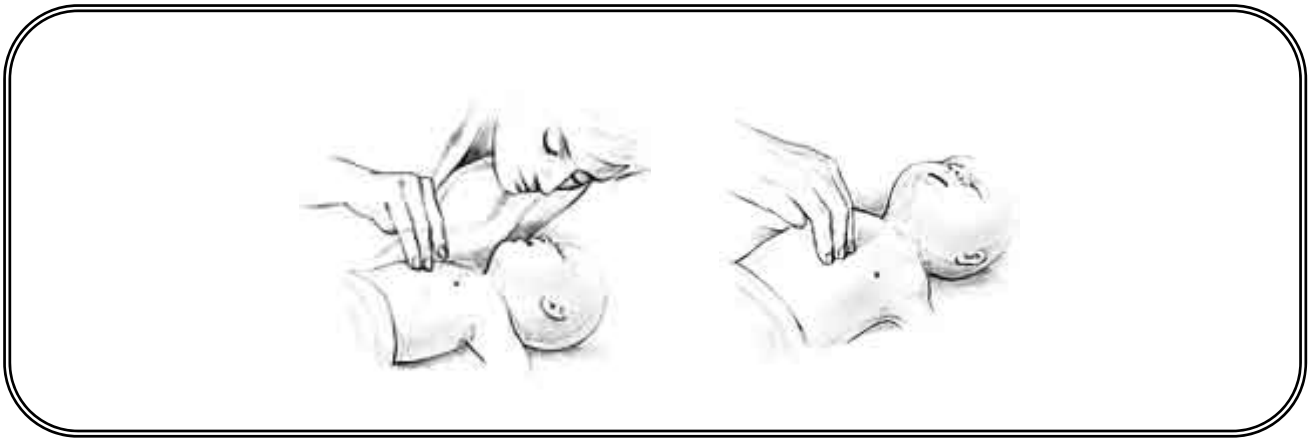
- Luego, se deben dar dos soplidos completos seguidos.
- Acercar la mejilla a la boca de la víctima para sentir si respira. En el caso que no respire, se debe continuar dando un soplo completo cada tres segundos.

Ante la eventualidad de que el menor no respire luego de las maniobras aplicadas se debe realizar una reanimación cardiopulmonar. Sin embargo, antes de continuar se debe asegurar la ausencia de pulso. Ante esta situación se debe tener presente lo siguiente:

- La reanimación cardiopulmonar se debe realizar a continuación de todo lo anterior, donde primero se debe comprobar si hay pulsaciones en la arteria carótida (cuello).

- Si se comprueba que no hay pulsaciones y la persona está atendiendo a un lactante menor, se debe colocar los dedos índice y medio en el centro del pecho, en medio de las tetillas, de la forma como lo muestra la figura siguiente:

Figura Nº 11: Dedos en el Centro del Pecho



- Si se está atendiendo a un lactante mayor, se debe colocar una sola mano sobre la mitad inferior del esternón.

- En ambos lactantes se debe comprimir el esternón contra la columna vertebral.

- Luego, se debe dar un soplo y 5 compresiones.

- Posteriormente, se debe verificar la presencia de pulso.

- Continuar el ciclo hasta recuperar respiración y pulso o hasta que llegue asistencia profesional.

En el caso en el que se recupere sólo el pulso, se debe continuar con respiración boca a boca. Si se recupera pulso y respiración, se debe colocar al lactante en posición lateral de seguridad y seguir observando los signos vitales.

Mientras se realizan estos primeros auxilios, una tercera persona debiera comunicarse con un servicio de urgencia para trasladar al menor. Es muy importante realizar todo correctamente y no perder la calma en ningún instante.

5.5. Intoxicación

Una intoxicación es la ingestión de sustancias tóxicas, principalmente productos químicos o alimentos en mal estado. En lactantes menores no ocurre tan regularmente, ya

que no pueden desplazarse hacia lugares peligrosos, pero si se los deja cerca de productos de este tipo igualmente podrían intoxicarse.

En lactantes mayores es más alta la probabilidad, ya que se movilizan por todas partes y son bastantes curiosos, y si encuentran algún elemento peligroso, como por ejemplo cloro, lo van a tomar y quizás probar.

De este modo, para prevenir intoxicaciones en lactantes se debe considerar lo siguiente:

a) No dejar al alcance de los niños/as sustancias tóxicas como: cloro, parafina, insecticida, detergentes, medicamentos u otros.

b) No guardar este tipo de sustancias en lugares bajos.

c) Evitar el uso de envases de alimentos de consumo habitual del niño/a para guardar sustancias tóxicas o venenosas.

d) No consumir alimentos que se sospeche que están descompuestos, o sea que tengan mal olor, aspecto diferente, sabor ácido, o cualquier otra característica extraña.

- Primeros Auxilios para Intoxicaciones:

Ante la eventualidad de un caso de intoxicación el adulto que presencie esta situación, y una vez que verifique que se trata por la ingesta de alimentos o medicamentos, debe provocar vómitos en el niño/a afectado.

Sin embargo, si la intoxicación se debe a la ingesta de ácidos, cloro o parafina, se debe evitar que el menor vomite. En este caso se le debe dar a beber leche o bien clara batida con agua o con leche.

Luego, se debe llevar al niño/a lo más pronto posible al centro de salud más cercano e identificar con qué se intoxicó, y de tenerlo a mano llevarlo con el menor.

Con la aplicación de estos primeros auxilios, el niño/a debiera sanar y permanecer bajo observación médica, evidentemente antes de llegar al punto de intoxicación se debe intentar prevenir.

Todos los accidentes mencionados pueden ocurrir en salas cunas, donde la prevención es la herramienta principal. Si ya ha ocurrido un incidente, la herramienta principal son los primeros auxilios, los cuales deben realizarse tal como se indicaron anteriormente, sin perder la calma y haciendo todo lo mejor posible, ya que la vida de un ser inocente está en peligro, donde su bienestar venidero depende de aquellas personas que lo auxilien.

Realice ejercicios nº 25 y 26

CLASE 12

6. LUGARES Y SITUACIONES RIESGOSAS EN LACTANTES

Existen variados lugares y situaciones que ponen en riesgo la integridad y la vida de un lactante. Es por esto que es responsabilidad absoluta de los adultos a cargo controlar las situaciones y proporcionar a los lactantes lugares y condiciones seguras.

Dentro de este punto se destacan el mobiliario, los cuales pueden provocar accidentes en los niños/as, al igual que juguetes, elementos de limpieza y cualquier situación cotidiana mal manejada. Cada una de las cuales es descrita a continuación.

- Mobiliario

Para que el mobiliario no represente peligro para los lactantes, la junta nacional de jardines infantiles, JUNJI, determina una norma que exige parámetros para el mobiliario y equipamiento en salas cunas.

De este modo para los siguientes elementos se exige las siguientes medidas:

Tabla Nº 3: Dimensiones del Mobiliario en Salas Cunas

Tipo Mobiliario	Dimensiones
Cuna	Alto baranda: 50 cm., alto total: 90cm., largo: 105 cm., ancho: 60 cm.
Mesa redonda	Cubierta redonda 97 cm. de diámetro, alto 45 cms.
Silla con brazo	Alto piso asiento 23 cm., alto piso brazo 36 cm.
Silla bacinica	Respaldo 47 cms., asiento en planta 27x 27 cm.
Silla adulto baja	Alto piso asiento: 34 cm., alto piso respaldo: 68cm., alto asiento en planta 36 x 36 cm.
Superficie de sala de actividades	2.50 m^2, no se permiten puertas de corredera, ni de vaivén.

Para el caso de los recintos higiénicos y artefactos sanitarios, se debe cumplir con lo siguiente:

- 1 bañera con agua caliente por cada 20 lactantes. Deberá tener llave de cuello cisne largo, con una altura de 80 cm. del nivel de piso terminado.

- 1 WC.

- 1 lavamanos para adultos.

- 1 lavamanos por cada 20 lactantes.

- 1 mesón mudador por cada 10 lactantes de 80 cm. x 80 cm. Este debe ubicarse junto a la tineta, formando una unidad.

La determinación de estas condiciones, se ha realizado para promover el confort de los lactantes y principalmente prevenir accidentes cotidianos.

- Juguetes y Objetos

Los juguetes son el principal elemento utilizado por niños/as. En lactantes suelen despertar curiosidad y alegría. Pero no todos los juguetes son recomendables para todas las edades, por lo cual se deben tener ciertas precauciones.

Existe gran variedad y calidad de juguetes, y siempre es recomendable leer las etiquetas para saber las características específicas de éstos, ya que los lactantes, tanto menores como mayores, requieren de juguetes de condiciones totalmente seguras.

Es por lo mencionado anteriormente, que los juguetes utilizados en sala cuna deben cumplir normas mínimas de seguridad, como las que se enuncian a continuación:

- Que no tengan pelusas, que puedan provocar asfixia en el niño/a.

- No usar juguetes pequeños, los que el menor podría ingerir o atorarse.

- No se recomienda juguetes con elementos pequeños que puedan desprenderse.

- Deben estar confeccionados con materiales que no se astillen ni sean cortantes.

- No utilizar juguetes eléctricos o con elementos calientes.

- Los juguetes que se encuentren en mal estado se deben reparar o eliminar.

- Los juguetes no deben ser elaborados con elementos tóxicos que puedan dañar al lactante.

- Los juguetes deben ser de materiales suaves y manipulables, sin partes duras, filosas o irritantes.

Unido a lo anterior, se debe destacar que los objetos en general no se recomiendan para la manipulación de lactantes, sobre todo menores, ya que suelen metérselos a la boca.

Para lactantes mayores, con supervisión de un adulto se pueden utilizar objetos para aprendizaje, como cucharas para comer, libros, lápices, hojas, plasticina, materiales de actividades, entre otros.

En general, ante cualquier situación, siempre se debe estar supervisando a los lactantes, ya que estos pequeños pueden cometer acciones que atenten contra su vida e integridad.

- Elementos de Limpieza y Otros

Los elementos de limpieza, como se mencionó en un punto anterior, deben estar siempre alejados de los lactantes, ya que ellos en un simple descuido pueden tomarlos y derramarlos sobre su cuerpo o ingerirlos.

Las medidas generales para evitar esta situación con elementos de limpieza y otros como insecticidas, pegamentos, medicamentos, son:

- Dejarlos fuera del alcance de los niños/as.
- En lo posible, no utilizarlos en presencia de los niños/as.
- Como se mencionaba en un punto anterior, no almacenarlos en envases de alimentos, ya que el niño/a podría confundirse.
- Rotular los envases con el nombre del contenido, para que otros adultos también sepan lo que contiene.

Ahora bien, en caso de ingestión se deberán aplicar los primeros auxilios ya conocidos para estas situaciones.

Finalmente, es importante tener presente que el tener la máxima precaución en el uso y almacenamiento de elementos de limpieza y otros, puede evitar el desenlace de delicados accidentes en los menores.

- Situaciones Cotidianas

En las salas cunas pueden darse variadas situaciones cotidianas que desencadenen accidentes en los lactantes, como por ejemplo:

a) Mientras el auxiliar de aseo realiza sus labores, el niño/a podría tomar algún elemento de limpieza e ingerirlo.

b) En momentos de comida, un niño/a podría derramar algún pocillo o plato con sopa caliente.

c) Podría existir escape de gas en el establecimiento.

d) Un niño/a podría recibir una descarga eléctrica mientras juega erróneamente con algún enchufe sobrecargado.

e) Temblor o incendio en el recinto educacional.

Para evitar estos y muchos otros accidentes cotidianos, como los tratados en esta unidad, es que JUNJI ha establecido un plan de prevención de riesgos dentro del cual destaca:

- Mantener la operatividad de ventanas de modo tal que no se vean afectadas las condiciones de iluminación, soleamiento, ventilación y visión originales de la sala cuna y jardín infantil.

- Mantener los pavimentos interiores, exteriores y sus protecciones antideslizantes en buen estado, de manera tal de evitar riesgo de accidentes por caídas.

- Evitar el almacenamiento indiscriminado de elementos que representen una carga de fuego importante y mantenerlos en orden.

- Evitar la sobrecarga de los circuitos del sistema eléctrico y efectuar el cambio oportuno de aparatos y artefactos eléctricos de la instalación que se hayan deteriorado.

- Mantener de forma adecuada las redes de gas, calefón, cocinas y estufas para evitar por una parte la contaminación ambiental interior por emanación de gases y por otra, la posibilidad de un siniestro.

Finalmente, es importante tener presente que no sólo en situaciones especiales ocurren accidentes, sino que la mayoría ocurre en el día a día, en labores simples y acciones comunes, es por esto que lo imprescindible es la prevención, para que no ocurran desgracias que podrían simplemente evitarse.

Realice ejercicios nº 27 al 30