



Nombre de alumnos: Palma Acevedo Felipe Mauricio

Nombre del profeso: Dr. Cancino Gordillo Gerardo

Nombre del trabajo: Antología de resúmenes

Materia: crecimiento y desarrollo.

Grado: 3

Grupo: "A"

Valoración durante el parto

Actualmente, la mayor parte de las muertes infantiles se dan durante el primer mes de vida, mostrando la importancia de factores relacionados con la gestación, parto y puerperio. Se destaca que con relación a la disminución continua de la mortalidad post-neonatal

Una de las grandes preocupaciones de la mujer embarazada es el miedo al dolor durante el parto, al ser de intensidad severa a insoportable en más del 50% de las parturientas. El abordaje analgésico de este tipo de paciente ha sido motivo de controversias y discrepancias durante mucho tiempo, lo que ha supuesto una importante limitación a la hora de su adecuada utilización. El dolor postoperatorio es un problema muy difundido y constante en los cuidados del paciente quirúrgico y a pesar de que los analgésicos son utilizados de modo general para controlar el dolor, la mayoría de los pacientes siguen experimentando alivio incompleto del mismo. Actualmente, hay que tener presente que la analgesia postoperatoria en obstetricia no se circunscribe únicamente al anestesiólogo. En el dolor derivado de cesárea, la incisión quirúrgica es la responsable de liberación de sustancias nociceptivas que estimulan a los nociceptores periféricos, activando a las fibras aferentes del tipo C y A-delta. En la mayoría de las cesáreas se realiza la incisión de Pfannenstiel ya que es una técnica que se asocia a menor pérdida de sangre, menos infección y menos dolor postoperatorio. La incisión de Pfannenstiel afecta habitualmente a los dermatoma T11-12

Valorar la presencia de cualquier tipo de dolor, al ingreso en la unidad, después de un cambio en la situación clínica y antes, durante y después de un procedimiento. Se realizará una valoración integral del dolor utilizando un enfoque sistemático y herramientas validadas apropiadas. Nivel de evidencia Ib – Para valorar la intensidad del dolor se utilizará de manera sistemática una herramienta validada: Escala de Valoración Numérica o Escala visual analógica (EVA). Grado de recomendación = A En el caso de los pacientes con las capacidades verbales y cognitivas íntegras, el autoinforme es la fuente principal para la valoración. Grado de recomendación = C Se debe llevar a cabo una revaloración periódica del dolor de acuerdo con el tipo y la intensidad, y el plan de cuidados. Grado de recomendación = C - El dolor agudo postoperatorio debe valorarse con cierta regularidad, en función de la intervención y de la intensidad del dolor, con cada nuevo episodio de dolor, en caso de un dolor inesperado, tras la administración de cada analgésico y cuando el dolor no se alivia con las estrategias que previamente eran eficaces. - El

dolor es revalorado después de que la intervención haya alcanzado el efecto máximo. – El manejo del dolor debe tener un enfoque multidisciplinar y se establecerá, con ayuda del equipo interdisciplinar, un plan de cuidados en lo que concierne al alivio del dolor Grado de recomendación = C – Se comunicará al equipo interdisciplinar las conclusiones de la valoración del dolor, el alivio o la ausencia de éste, obtenido con el tratamiento, los objetivos que la paciente espera alcanzar con dicho tratamiento y los efectos que el dolor causa en la paciente, mediante la descripción de los parámetros obtenidos con una herramienta de valoración estructurada. Grado de recomendación = C – Se documentará la valoración del dolor de forma regular y sistemática en un 7 formulario normalizado accesible a todo el personal sanitario implicado en el cuidado. Grado de recomendación = C – La selección de los analgésicos se realizará de forma escalonada en función de la intensidad del dolor. Grado de recomendación = B – Hay que asegurarse de que la elección de analgésicos se adapta a cada persona, teniendo en cuenta el tipo de dolor y la intensidad del dolor. Grado de recomendación = A – Se tendrá en cuenta que el uso de los medicamentos coadyuvantes es un complemento importante para el tratamiento de tipos específicos de dolor. Grado de recomendación = B – Se emplearán los opioides para el tratamiento del dolor de intensidad moderada a severa. Grado de recomendación = A – Se valorará de forma inmediata todo dolor intenso e inesperado, especialmente si se trata de un dolor repentino o asociado con alteraciones de las constantes vitales, tales como la hipotensión, la taquicardia o la fiebre Grado de recomendación = C – Se utilizará una tabla de equianalgesia en caso de alergia para asegurar la equivalencia cuando se cambia un analgésico por otro. Grado de recomendación = C – Evaluar la eficacia de los analgésicos administrados en intervalos regulares y tras una modificación de la dosis, la vía o el momento de la administración. Grado de recomendación = C – Debemos anticiparnos al dolor que pueda aparecer durante ciertos procedimientos y combinar las estrategias farmacológicas y no farmacológicas como medida preventiva. Grado de recomendación = C – Uso de analgésicos y/o los anestésicos locales como la base del tratamiento farmacológico de los procedimientos dolorosos. Grado de recomendación = C – Documentar todas las intervenciones farmacológicas en un registro sistemático del dolor en el que se pueda identificar con claridad el efecto del analgésico en el alivio del dolor. Grado de recomendación = C

- Combinar los métodos farmacológicos y no farmacológicos para conseguir un manejo eficaz del dolor. Grado de recomendación = C
- Se evaluará la efectividad de cualquier intervención no farmacológica (física y psicológica) y el potencial de interacción con las intervenciones farmacológicas. Nivel de evidencia Ib – Se revalorará la respuesta del paciente a las intervenciones de manejo del dolor de forma consistente utilizando las mismas herramientas de evaluación. La frecuencia de la revaloración vendrá determinada por: Nivel de evidencia IIb - Presencia del dolor - Intensidad del dolor - Tipo de dolor p.ej. agudo versus persistente - La institución sanitaria
- Las instituciones sanitarias deben asegurar que hay recursos disponibles para toda persona, y personal sanitario, con el fin de proporcionar una valoración y manejo del dolor efectivos. Grado de recomendación = C

VALORACIÓN DEL DOLOR

Localización de dolor. • Factores desencadenantes • Irradiación del dolor. • Intensidad del dolor. • Frecuencia temporal (intermitente, continuo). • Medicación para el alivio del dolor y efectos adversos.

• Los bebés nacen con respuestas automáticas, llamadas reflejos primitivos, que les ayudan a moverse y desarrollarse.

Un ejemplo de esto es chupar un dedo que toca sus labios.

• Los reflejos primitivos deben integrarse (desaparecer) dentro del primer año. Cuando no lo hacen, pueden tener efectos

negativos en la coordinación física, el tono muscular o el aprendizaje, pero estos casos son raros.

• Los bebés tienen 70 reflejos primitivos presentes en el útero y en el nacimiento. Los cinco que tienen el mayor impacto

en el desarrollo temprano son: El Reflejo de Moro, el Reflejo Tónico Laberíntico, el Reflejo Espinal de Galant, el Reflejo

Tónico Asimétrico del Cuello y el Reflejo Tónico Simétrico del Cuello.

• El tiempo boca abajo y el juego enfocado pueden ayudar a integrarlos.

Estos reflejos están presentes en el útero y en el momento del nacimiento y pueden estimularse por cambios en el entorno o en el cuerpo del bebé. Los reflejos primitivos existen para ayudar a un recién nacido a moverse, desarrollarse y sobrevivir, pero deben integrarse o desaparecer dentro del primer año de vida. En la mayoría de los casos esto sucede, pero cuando no lo hacen

pueden tener implicaciones negativas en áreas tan amplias como la coordinación física, la enuresis, el tono muscular y las habilidades de aprendizaje.

Cuanto más interactúen los bebés con su entorno y participen en actividades cotidianas, más probable será que esos reflejos se incorporen o se integren en su repertorio básico de movimientos. La buena noticia es que la gran mayoría de los bebés no tendrá problemas al incorporar estos movimientos y los padres pueden ayudarlos participando en un juego guiado. Los bebés cuentan con 70 reflejos primitivos conocidos presentes en el útero y al momento de nacer. Nos concentraremos en cinco que están entre los que tienen mayor impacto en el desarrollo temprano: el reflejo de Moro, reflejo tónico laberíntico, reflejo de Galant, reflejo tónico asimétrico del cuello y reflejo tónico simétrico del cuello.

LA ETAPA PRENATAL O FASE PRE-NATAL

La etapa o fase prenatal es la primera de las etapas dentro del desarrollo del ser humano y precede a la infancia. También se le denomina fase de la vida intrauterina o etapa de desarrollo intrauterino. Es la que se desarrolla en el vientre materno en el periodo también llamado embarazo. Transcurre desde la concepción o fecundación del nuevo ser (unión de las células sexuales femenina y masculina, el óvulo y el espermatozoide) hasta su nacimiento en el parto. recién nacido

pasa la mayoría del tiempo dormido y alimentándose de la leche materna o artificial, pero día a día verás cómo levanta la cabeza, responde a los sonidos, mira a las caras, sigue los objetivos con la vista o ve en blanco y negro

El bebé, además, presenta movimientos reflejos involuntarios, como la succión de cualquier objeto que le acerquen a la boca, la extensión de los dedos al tocarle la planta del pie, el cierre y apertura de los dedos de la mano o la extensión de los brazos -conocido como reflejo Moro- como respuesta a cuando sienten que se están cayendo de espaldas o ante un ruido inesperado.

Lactancia materna.

A través de la lactancia se puede garantizar la salud y el desarrollo adecuado de las y los bebés durante los primeros 1,000 días.

Durante los primeros 1,000 días de vida la alimentación que reciban las y los bebés tiene un impacto directo en la formación de los sistemas fisiológicos de su cuerpo, en funciones motoras,

cognitivas y emocionales a largo plazo.

La leche materna también tiene toda la energía, nutrientes y protección que las y los bebés necesitarán en sus primeros seis meses de vida. De hecho, los nutrientes que contiene la leche materna se adaptan de acuerdo con las necesidades individuales de cada niña y niño, por lo tanto, es importante que no se consuma otro alimento en este periodo, ya que puede interferir con el mecanismo natural de lactancia. Por otro lado, la lactancia exclusiva en los primeros seis meses y complementaria hasta los 2 años, también ayuda a proteger a las y los bebés frente infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas y otras enfermedades que pueden ser mortales, y disminuye el potencial de malnutrición, alergias, obesidad, sobrepeso infantil y diabetes tipo 2 al mediano y largo plazo.

Segunda etapa: de 4 a 6 meses. El balbuceo

En esta etapa, el bebé está preparado para que le introduzcamos nuevos alimentos en su dieta y le pueden aparecer los primeros dientes. Para él, ¡es el momento en el que empieza a descubrir el mundo! Dentro de los 4 a 6 meses de edad, el bebé balbucea, te reconoce, se agarra los pies y puede coger un juguete, se da la vuelta, mantiene la cabeza quieta, distingue los colores, se gira hacia los ruidos que escucha, mantiene la cabeza erguida a ratos y ¡¡¡sonríe!!!

Tercera etapa: de 6 a 8 meses. Alimentación sólida

El bebé cada vez se mueve más y su dieta empieza a ser más variada con la introducción de más alimentos. ¿Qué hace a esta edad? Ya comienza a comprender vocablos como "sí" o "no", rueda en el suelo (ten cuidado porque puede caerse de una cama), se estira para alcanzar objetos, agarra cosas con el pulgar y el índice, se lleva objetos a la boca, se sienta sin apoyo, puede decir adiós con la mano, pasa objetos de una mano a la otra y comienza la ansiedad de separación si no ve a sus progenitores. ¡Para comérselo!

Cuarta etapa: de 8 a 10 meses. El gateo

En esta etapa introduciremos los primeros trocitos sólidos en la alimentación y otro tipo de alimentos como el pescado o el huevo. El bebé empezará a gatear, comenzando su independencia para explorar el mundo, pero no es su única conquista. Ya dice "papá" y "mamá", combina sílabas como si fueran palabras (sobre todo combinaciones de las sílabas ma, pa, da y ba), perfecciona el gateo, se sostiene en pie sujetándose a algo, choca objetos entre sí, aplaude, responde a su nombre, señala las cosas para pedir las, bebe de un

vaso... ¿Has visto cuántos cambios?

Quinta etapa: de 10 a 12 meses. Sus primeros pasos

Llega un momento fundamental para el bebé y es el inicio de sus primeros pasos y la pronunciación de sus primeras palabras. Ahora empieza una etapa fascinante para ambos, en la que tu hijo empezará a desarrollar su personalidad y a comunicarse con los demás. ¿Cómo? Dice alguna palabra más, además de "mamá" y "papá", entiende y reacciona a instrucciones, imita las acciones de los demás, coloca cosas dentro de un recipiente, se pone de cuclillas...

Todos estos logros que irá consiguiendo en su desarrollo evolutivo los recordarás siempre, pero ten presente que son orientativos y que pueden adquirirse un poco antes o un poco después, dependiendo del niño. Cada niño tiene su tiempo de maduración.

VALORACIÓN DEL CRECIMIENTO DEL NIÑO SANO EN SUS DIFERENTES ETAPAS.

El término de crecimiento y desarrollo generalmente se refiere, en el hombre, a los procesos por los que el óvulo fecundado alcanza el estado adulto. El crecimiento implica cambios en la talla o en los valores que dan cierta medida de madurez.

El desarrollo puede abarcar otros aspectos de diferenciación de la forma o función incluyendo los cambios emocionales y sociales preferentemente determinados por la interacción con el ambiente. El

desarrollo y crecimiento físico abarca los cambios en el tamaño y la función del organismo. Los cambios

en la función van desde el nivel molecular, como la activación de enzimas en el curso de la diferenciación, hasta la compleja interacción de las modificaciones metabólicas y físicas asociadas con la

pubertad y la adolescencia. Existen muchos factores interrelacionados que influyen para que el individuo

alcance su máximo potencial biológico.

Los factores genéticos que muchos piensan que establecen los límites finales del potencial biológico. Los

factores nutricionales afectan el crecimiento y muchas veces están relacionados con los factores socioeconómicos.

Desarrollo de la función cerebral.

La velocidad de crecimiento en el número de neuronas es alta durante la gestación que puede ir aumentando a una velocidad decreciente en el hombre hasta los 18 meses de edad post natal. Se incrementa el número y la complejidad de las conexiones dendríticas, el número de neuroglías, la mielinización y el número de neuronas gliales.

Crecimiento y desarrollo del recién nacido. Fisiología del recién nacido. La transición de la vida intrauterina a la extrauterina impone al recién nacido la necesidad de activar un número elevado de funciones que habían permanecido latentes, algunas de ellas, como la respiración o el mantenimiento de

la temperatura corporal, son rápidamente adquiridas.

Se considera la actividad más crítica del recién nacido realizar una adecuada actividad respiratoria y un

efectivo recambio de gases. La frecuencia respiratoria varía entre 35 – 50 respiraciones por minuto y en

algunas ocasiones fuera de este rango. La frecuencia cardíaca oscila entre 120 y 160 latidos por minuto,

se pueden encontrar soplos cardíacos transitorios. El recién nacido experimenta la sensación de hambre

en horarios irregulares que se irán adecuando a intervalos entre dos a cinco horas, se apoyará para lograr sus requerimientos nutritivos a través del llanto, reflejos de búsqueda, reflejo de succión palatofaríngeos y de deglución.

Valoración del crecimiento y desarrollo durante el primer año de vida.

Generalmente los niños nacidos a término recuperan el peso del nacimiento hacia los diez días de vida.

Doblan el peso del nacimiento a los cinco meses y lo triplican al año de vida. La talla se incrementa al año

entre 25 y 30 cm (talla media al nacimiento de 50 cm), se incrementa el tejido subcutáneo alcanzando su

capacidad máxima a los nueve meses. El perímetro cefálico se incrementa a 44 cm hacia el sexto mes y a

47 cm al año se igualan los perímetros cefálicos y torácicos. **Mensuraciones. Perímetro cefálico.** El perímetro cefálico en el recién nacido se mide colocando una cinta métrica no elongable justo por encima de cejas pasando sobre la parte más prominente del occipucio. En general el perímetro cefálico

es dos veces más grande que el torácico, pero en las primeras mediciones no se obtendrán datos exactos

en caso de que la cabeza este moldeada. El rango normal es de 33 a 37 cm, dependiendo del tamaño general del recién nacido.

Talla. La talla se mide poco después de que nace para contar con un dato basal a partir del cual se juzgue

el crecimiento futuro. La estatura promedio del recién nacido de término es de 51 cm y un 95 % miden

de 46 a 56 cm. Como en general el recién nacido asume una posición algo flexionada es difícil obtener

una medición exacta desde la parte superior de la cabeza hasta los talones esta medición se facilita cuando se efectúa sobre una superficie firme y es conveniente que un ayudante sostenga la cabeza del niño.

Peso. Constituye la medida antropométrica más usada para medir el crecimiento y por que no el desarrollo en pediatría. En el recién nacido se debe de medir desnudo con la misma pesa, la cual debe

estar previamente calibrada y protegida con papel aislante de uso individual. Debemos tener como precaución evitar corrientes de aire durante el proceder. La unidad de medida que se utiliza es el gramo

Perímetro Torácico. El perímetro torácico se mide justo por debajo de la línea de los pezones y debe ser

poco menor al perímetro cefálico.

Longitud. Es una mensuración que resulta de la medición de la longitud del cuerpo humano a todo lo

largo del recién nacido, muy útil para diagnosticar retraso del crecimiento v/o prematuridad.

Valoración del crecimiento y desarrollo durante el segundo año de vida. Durante el segundo año de vida

existe una deceleración en el ritmo de crecimiento. El niño/a ganará 2.5 Kg y crecerá 12 cm.

Después de

los diez meses de vida se puede observar una disminución en el apetito debido a la pérdida de gran parte

del tejido subcutáneo que alcanza un máximo desarrollo hacia los nueve meses. El crecimiento del cerebro disminuye durante el segundo año de vida, el perímetro cefálico crece 2 cm., se aprecia un desarrollo en la masa encefálica a finales del segundo año. El niño pasa desde una posición erecta insegura a una posición con un alto grado de dominio locomotor. A los quince meses ya puede andar

solo y a los dieciocho meses corre, puede subir escaleras, sujetándose con las manos, a los veinte meses

puede bajar las escaleras tomados de la mano. A los veinticuatro meses corre bien y ha superado la

tendencia a caerse. Entre los dieciocho y veinticuatro meses el niño entra en la edad de correr hacia “todas partes” El niño normal posee a esta edad un vocabulario de diez palabras generalmente que las

puede usar en la medida de su estimulación.

RECIEN NACIDO

Para los que nacen vivos como para los mortinatos. Recién nacido: Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad. Recién nacido vivo: Se trata de todo producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún tipo de vida, tales como movimientos respiratorios, latidos cardiacos o movimientos definidos de músculos voluntarios. Mortinato o nacido muerto: Se trata de un producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno no respira, ni

manifiesta otro signo de vida tales como latidos cardiacos o funiculares o movimientos definidos de músculos voluntarios. De acuerdo con la edad de gestación, el recién nacido se clasifica en: Recién nacido pretérmino: Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación. Recién nacido inmaduro: Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos. Recién nacido prematuro: Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos. Recién nacido a término: Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más. Recién nacido postérmino: Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación. Recién nacido con bajo peso: Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad de gestación. Y de acuerdo con el peso corporal al nacer y la edad de gestación los recién nacidos se clasifican como:

De bajo peso (hipotrófico): Cuando éste es inferior al percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes para la edad de gestación.

De peso adecuado (eutrófico): Cuando el peso corporal se sitúa entre el percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos para la edad de gestación.

De peso alto (hipertrofico): Cuando el peso corporal sea mayor al percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad de gestación. Sin embargo, esta terminología ha sido recientemente actualizada por la Academia Americana de Pediatría.⁶ PARTICULARIDADES FÍSICAS Las características físicas del neonato van de acuerdo con su edad de gestación y juegan un papel importante para conocer su condición de salud al nacer; es conveniente que los lectores conozcan las definiciones y normas mencionadas (que no difieren de las que describen los textos de pediatría) ya que conciernen a la exploración clínica de los neonatos respecto a: El color y textura de la piel Orejas Vérnix Glándulas mamarias Lanugo Genitales Pelo Crestas plantares Cráneo Descamación de la piel Ojos.

Hay variabilidad significativa en muchos de los aspectos de estructura y proceso de la atención del recién nacido sano, que requieren de una estandarización mediante normas y recomendaciones basadas en evidencia. De los aspectos estructurales es necesario estandarizar niveles de atención y procesos de remisión de madre gestante o de recién nacido, estandarización del nivel profesional, el entrenamiento y el desempeño del personal de salud que atiende el parto y al recién nacido,

existencia y uso de protocolos de vigilancia y conducción de la transición y de reanimación, dotación mínima de la sala de partos, políticas de no separación de madre e hijo, vigilancia y asistencia de la transición mediata y políticas de egreso hospitalario. Los procesos asistenciales específicos también necesitan ser estandarizados mediante la formulación de recomendaciones específicas basadas en evidencia: atención del niño en sala de partos, historia clínica y examen físico neonatal inmediato, promoción de salud y prevención primaria (profilaxis e inmunizaciones), vigilancia de la transición (hipoglicemia, hipotermia, ictericia, hidratación, tolerancia a la alimentación, movimiento intestinal, diuresis, etc.), facilitación de proceso de vínculo y apego

Crecimiento y desarrollo

Fisiología del recién nacido. La transición de la vida intrauterina a la extrauterina impone al recién nacido la necesidad de activar un número elevado de funciones que habían permanecido latentes, algunas de ellas, como la respiración o el mantenimiento de la temperatura corporal, son rápidamente adquiridas. Se considera la actividad más crítica del recién nacido realizar una adecuada actividad respiratoria y un efectivo recambio de gases. La frecuencia respiratoria varía entre 35 – 50 respiraciones por minuto y en algunas ocasiones fuera de este rango. La frecuencia cardíaca oscila entre 120 y 160 latidos por minuto, se pueden encontrar soplos cardíacos transitorios. El recién nacido experimenta la sensación de hambre en horarios irregulares que se irán adecuando a intervalos entre dos a cinco horas, se apoyará para lograr sus requerimientos nutritivos a través del llanto, reflejos de búsqueda, reflejo de succión palatofaríngeos y de deglución. Las primeras deposiciones ocurren aproximadamente en las primeras 24 horas (meconio). Al iniciarse la alimentación láctea el meconio va disminuyendo progresivamente y aparecen las diarreas transicionales esto ocurre entre el tercero o cuarto día, estas son de color verde oscuro y pueden contener coágulos de leche pasado este tiempo aparece la verdadera deposición láctea. La periodicidad de las deposiciones estará en correspondencia con la frecuencia y calidad

del alimento ingerido. El promedio de deposiciones en el recién nacido es de tres a cinco al final de la primera semana, es inusual que realice más de seis a siete deposiciones diarias a partir del segundo día, puede darse el caso que no defecue en todo el día y es normal. La temperatura corporal del recién nacido después del nacimiento sufre una disminución transitoria, pero se recupera a las cuatro u ocho horas de vida. Las necesidades calóricas van en aumento un 50 % se destina para las necesidades metabólicas basales, un 40 % al crecimiento y actividad, un 50 % a la acción dinámico – específica de las proteínas y el otro 5 % se pierde por la orina y heces fecales. El cuerpo del recién nacido está constituido por una elevada cantidad de líquido, el espacio extracelular posee un 35 % del peso corporal. Durante los primeros días existe una pérdida del exceso de líquido, cuando esta pérdida es excesiva puede presentarse deshidratación o fiebre por inanición hacia el tercero o cuarto día de vida.

Los requerimientos de agua después de la primera semana de vida se calculan entre 120 – 150 ml/kg/día, la mitad se utiliza en la formación de orina, el resto en pérdidas insensibles por el pulmón, piel y otras. La orina contiene pequeñas cantidades de proteínas y durante la primera semana de vida puede contener abundantes uratos, los cuales pueden teñir el pañal de un color sonrosado. La hemoglobina en el recién nacido oscila entre 17 y 19 g/l, observándose durante las primeras 48 horas de vida reticulosis y normoblastemia moderada. Las cifras de leucocitos al nacer oscilan alrededor de 10.000 mm³ que se incrementan en las primeras 24 horas con neutrofilia relativa. Después de la primera semana de vida el número de leucocitos es inferior a 14.000 mm³ con linfocitosis característico de la lactancia y primera infancia. Los niveles de gammaglobulina en el recién nacido enteramente IgG son ligeramente más altos que en la madre. La transferencia de anticuerpos de la variedad de IgG de la madre al niño puede proporcionar protección contra muchas enfermedades virales y algunas bacterianas. Las cantidades de gammaglobulina en lactantes disminuyen a su tasa más baja en el tercer mes, se experimenta un incremento a los niveles que caracterizan a los niños/as mayores y a los adultos. La respuesta inmunitaria en el recién nacido a término es lenta y aún más en el prematuro en comparación con los lactantes mayores. Los anticuerpos del sistema ABO aparecen en el segundo mes de vida.

En el transcurso de su crecimiento el niño responde a las demandas del ambiente y busca satisfacer sus necesidades, ampliando su capacidad adaptativa con recursos cada vez más complejos, estables y variados. Al participar activamente, sus funciones se transforman y organizan jerárquica y

progresivamente de forma que es posible reconocer con el paso del tiempo diferentes secuencias.¹ Estas secuencias o cambios evolutivos de determinadas funciones tienen una programación genética, pero están moduladas por la riqueza y calidad de formas de interacción o participación con su entorno, lo cual a su vez puede verse favorecido o afectado por factores biológicos de un cuerpo en desarrollo o por circunstancias psicosociales.

El desarrollo es un proceso integral que comprende funcionamientos como la regulación interna, la estabilidad emocional y afectiva, el control de la postura, el movimiento, el juego, la información a través de la mirada, la escucha, la atención, el lenguaje, otras formas de comunicación no verbal, la inteligencia y la socialización. No debe reducirse su apreciación a una sola de estas áreas.

- Las secuencias de desarrollo parten de reflejos que se van integrando en conductas voluntarias cada vez más complejas. Reconocer las secuencias desde sus primeras fases permite detectar tempranamente signos de alarma (señales rojas) sobre los que se puede intervenir para evitar alteraciones futuras.
- Los cambios que se observan en los niños propician una mayor capacidad de adaptación a través de la edad. La velocidad en su adquisición y la calidad de las ejecuciones son referencia para apreciar la normalidad, aunque se presentan variaciones importantes entre los individuos estrechamente relacionados con las condiciones de su ambiente.
- La observación de las conductas a las edades indicadas en una prueba de tamizado no es criterio suficiente de normalidad, es importante la calidad de su producción.

Lactancia

La define como la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables.

La leche de la madre es el alimento más adecuado y natural para el bebé durante los primeros meses de vida y se adapta en cada momento a sus necesidades. Proporciona los nutrientes que necesita para su adecuado crecimiento y desarrollo adaptándose perfectamente a su función digestiva. La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Española de Pediatría y otras entidades

de prestigio recomiendan alimentación exclusiva con leche materna hasta los 6 meses y después complementarla progresivamente con otros alimentos hasta los 2 años o más.

Tipos de leche

- El calostro (leche de los primeros días) contiene gran cantidad de proteínas, vitaminas e inmunoglobulinas (defensas) que pasan a la sangre a través del intestino del recién nacido/a. El calostro es suficiente para alimentar al recién nacido/a, puesto que su estómago es muy pequeño y sus necesidades se satisfacen con pocas cantidades y en tomas frecuentes (de 8 a 12 tomas diarias aproximadamente).

- La leche madura varía su composición a lo largo de la toma, la del principio es más “aguada” (rica en lactosa) para calmar la sed y la cantidad de grasa va aumentando a medida que sale la leche, concentrándose al final de la toma; cosa que provoca la saciedad del bebé. Por eso es conveniente vaciar el primer pecho antes de ofrecer el segundo sin limitar el tiempo de la toma. Durante el primer mes de vida es posible que se sacie con un solo pecho.

Es la succión del bebé (frecuencia y duración de la toma, un pecho o los dos) lo que determina la cantidad y composición de la leche.

Ventajas de leche materna.

Favorece la liberación de la hormona de crecimiento y un óptimo desarrollo cerebral, fisiológico e inmunológico.

- Protege frente a gran número de enfermedades: diarrea, infecciones respiratorias (catarros, bronquiolitis, bronquitis, neumonía, otitis, etc.). La leche materna tapiza el intestino del bebé protegiéndolo frente a los patógenos.

- Disminuye o retrasa la aparición de problemas de tipo inmunológico: alergias (dermatitis atópica, asma), leucemia, enfermedades crónicas intestinales.

- Previene enfermedades en la edad adulta: diabetes, hipercolesterolemia, coronariopatías, cáncer.

- Se relaciona con la inteligencia cognitiva y emocional. Dar de mamar transmite al bebé seguridad afectiva y esto repercute en su autoestima y en su empatía hacia las necesidades de las demás personas en el futuro.

- Disminuye el riesgo de muerte súbita, de sobrepeso y obesidad, de enfermedad celíaca (intolerancia al gluten), de los efectos nocivos de los contaminantes ambientales, de maltrato infantil.

- La leche materna está siempre preparada y a la temperatura adecuada, presentando en todo momento perfectas condiciones higiénicas. Estos beneficios son aún más importantes en el caso de bebés que nazcan prematuros o afectados de algún problema (S. de Down, fenilcetonuria, malformaciones, etc.).

La postura que adopte la madre dependerá de sus preferencias y de las circunstancias en las que se alimenta al bebé, pero lo importante es que estés cómoda y el agarre al pecho sea correcto, para lo cual la cabeza y el cuerpo del bebé tienen que estar alineados, “barriga con barriga”:

- Biológica o natural: Las últimas investigaciones indican esta postura como la más favorable, tanto para el inicio de la lactancia (en parto) como para continuar (en la cama del hospital y en casa); sobre todo en las primeras semanas, hasta que se instaura la lactancia. También te será útil cuando la succión sea dolorosa. Es una postura instintiva para madre y recién nacido/a, en la que el bebé puede utilizar sus reflejos neonatales primitivos para agarrarse al pecho por sí mismo/a.

Sentada Estarás más cómoda sentada en una silla con los pies algo elevados (sobre un taburete) y un cojín bajo el bebé o en una silla muy baja. Coge al bebé “barriga con barriga”, con un bracito por encima y el otro por abajo. Pon tu mano en su espalda (no en su culito), de manera que su cabeza repose en tu antebrazo (no en el codo). Así estará frente al pecho, colócalo de forma que su nariz roce tu pezón y cuando abra bien la boca empújalo al pecho. Recuerda que mama exprimiendo la areola con la lengua (no sólo el pezón) por lo que su boca tiene que estar muy abierta con los labios evertidos (vueltos hacia fuera) y un buen bocado de pecho dentro de la boca, cogiendo más areola por abajo que por arriba.

Acostada: Los dos de lado uno frente a otro “barriga con barriga”. Coloca su nariz rozando tu pezón y cuando abra bien la boca engánchalo. Esta postura es muy cómoda los primeros días especialmente después de una cesárea (puedes colocar un cojín bajo los pies del bebé para que no golpee la herida) y es la postura más adecuada para las tomas nocturnas.