

MEDISED

INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO
Y DESARROLLO HUMANO

NORMA DE COMPETENCIA:

Orienta acciones de salud de acuerdo con protocolos y políticas de
primera infancia.

Código: 230101255

Orientar la etnoeducación según metodologías y contexto territorial

Código 240201073



Bogotá, Agosto 12 de 2021

Registro de Cambios

Versión	Fecha	Elaboró	Revisó	Aprobó	Descripción
1	Agosto 28/2012	Lic. Tania Camacho Carantón	Comité de Apoyo Académico	Calidad Evaluación y Mejoramiento	1ª Versión oficial del Sistema de Calidad.
2	Febrero 2017	Docentes	Comité de Apoyo Académico	Proceso SIQ	Se reorganizan los conceptos de los dos procesos en generalidades y normativa y las actividades relacionados con Promoción y Prevención.
3	Julio 2017	Laura Rodríguez Marta Torres Mónica Rojas	Comité de Apoyo Académico	Proceso SIQ	Se ajusta a la normativa vigente y guías de manejo actualizadas.
4	Febrero 12 2021	Dra. Yuri Palacios	Comité de Apoyo Académico	Proceso SIQ	Se incluye conceptos fundamentos de servicio público, intervención del estado derechos sexuales y reproductivos, Ría materno perinatal.
5	Agosto 2 2021	Dra. Yuri Palacios	Comité de Apoyo Académico	Proceso SIQ	Se Realiza ajuste de forma (tabla de contenido, numeración de ilustraciones) Actualización de ficha de esquema de vacunación y escala abreviada de del desarrollo EAD-3. Se incluye información relacionada con RIAS, afiliación al SGSS, prácticas de autocuidado. Se incluye información sobre Proyecto Etno-educativo según NSCL.

Contenido

1. PROCESO DE APRENDIZAJE ORIENTAR A LA COMUNIDAD Y FAMILIA GESTANTE EL ACCESO A LA SALUD INTEGRAL SEGÚN PLAN DE DESARROLLO, Y PROPORCIONAR UNA ATENCIÓN BÁSICA DE ACUERDO A SUS NECESIDADES Y LINEAMIENTOS DE SALUD VIGENTES.	7
1.1 Ley 100 de 1993 (Sistema de Seguridad Social Integral).....	7
1.1.1. Definición	7
1.1.2. Conformación del Sistema de Seguridad Social Integral	14
1.1.3. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) Libro II de la Ley 100 de 1993.....	7
1.1.4. Fundamentos del Servicio Público	7
1.1.5. Intervención del Estado	8
1.1.6. Tipos de Aseguramiento	8
1.2 Requisitos para la Inscripción al SGSSS y Obtención del Registro Civil	9
1.3 Niveles de Atención de los Servicios de Salud	12
1.3.1 Nivel I	12
1.3.2 Nivel II	13
1.3.3 Nivel III	13
1.3.4 Nivel IV	13
1.4 Lineamientos en Salud Según Planes de Desarrollo Nacional, Regional y Local	14
1.4.1 Concepción de la salud integral.....	14
1.4.2 Resolución 412/2000	15
1.5 Ciclo Vital enfoque del desarrollo humano	25
1.5.1 Concepto.....	25
1.5.2 Factores del desarrollo humano:.....	26
1.5.3 Ciclo Vital del Individuo Adulto.....	27
1.5.4 Teorías del desarrollo humano.....	29
2. PROCESO DE APRENDIZAJE EJECUTAR ACCIONES ENMARCADAS EN LA ESTRATEGIA DE SALUD INTEGRAL PARA LA PRIMERA INFANCIA.....	32
2.1 Proceso de Gestación	32
2.1.1. Derechos de la familia gestante.....	32
2.1.2 Concepto de Familia Gestante	33
2.1.3 Desarrollo embrionario	34

2.1.4 El embarazo: Desarrollo fetal y cambios fisiológicos.	36
2.2. Cambios Anatomofisiológicos Durante el Embarazo.....	39
2.2.1. Cambios en el Aparato Reproductor y sexual.....	43
2.2.2. Cambios en los diferentes órganos y sistemas	44
2.2.3. Estimulación Intrauterina.....	48
2.4 Los primeros 1000 días.....	49
2.5Control Prenatal	54
2.5.1 Control y exámenes.....	56
2.5.2 Signos y Síntomas de Alarma por Trimestre.....	62
2.6 Nacimiento: trabajo de parto, parto, puerperio.	63
2.6.1 Trabajo de parto	64
2.6.2 Período de dilatación.....	64
2.6.2. 1 El período expulsivo.....	66
2.6.2.2 El periodo de alumbramiento.....	67
2.7 Desarrollo integral, dimensiones del desarrollo del niño y de la niña desde su gestación hasta los 6 años de edad.	67
2.7.1 Perspectivas teóricas del desarrollo infantil.....	67
2.7.2. Influencia de la etapa prenatal en el desarrollo emocional del niño	68
2.7.3. Desarrollo cognoscitivo:	69
2.7.4. Desarrollo afectivo, sexual y social.....	70
2.7.5. Desarrollo del cerebro en la edad temprana.	70
2.7.6. El juego como pilar para el desarrollo	71
2.8. Puericultura: definición, importancia en las diferentes etapas del ciclo vital humano.	72
2.9. Programa de Crecimiento y Desarrollo.....	73
2.9.1. Factores que pueden intervenir en el Crecimiento y Desarrollo	78
2.9.2 Alimentación complementaria.	78
2.9.3 Tipos de alimentos según la edad	81
Atención Integral A Las Enfermedades Prevalentes En La Infancia (AIEPI).....	82
2.10.1 Generalidades	82
2.10.2 Componente Comunitario AIEPI	87
2.10.3 Buen Trato	102

2.10.4 Factores Protectores Generales.....	106
2.10.5 Prevención de Accidentes en el Hogar	107
2.10.6 Alteraciones Cognitivas del Niño.....	108
2.10.6 Cuidado a menores con: patologías crónicas y congénitas	118
2.11 Programa Ampliado de Inmunización en Colombia: PAI	121
2.12 Estrategia IAMI Instituciones Amigas de la mujer y la Infancia (IAM):.....	137
2.13 Visita Domiciliaria	149
2.13.1 Vivienda saludable	149
2.13.2 Hábitos en el consumo y manejo de alimentos.	150
2.13.4 Manejo de aguas sucias y excretas.....	151
2.13.5 Manejo de residuos sólidos	152
17.2. PROCEDIMIENTO: recolección y selección residuos.	152
17.3. ACTIVIDAD: Recolección y selección de residuos en el salón.	152
OBSERVACIONES.....	153
2.13.7 Control de vectores.....	153
2.13.8 Animales domésticos	153
2.13.9 Higiene de la vivienda	154
2.13.10 Manejo de riesgos.....	154
2.13.11 Prácticas de Autocuidado	157
2.13.12 . Resiliencia	161
2.13.13 Espiritualidad	162
2.13.14 Vínculo afectivo:.....	164
2.13.15 Metas del desarrollo.....	166
3. PROCESO DE APRENDIZAJE ORIENTAR LA ETNOEDUCACIÓN SEGÚN METODOLOGIAS Y CONTEXTO TERRITORIAL.....	168
3.1 ETNOEDUCACIÓN	168
3.1.1 Ley 115 de 1994. Artículo 55. DEFINICIÓN DE ETNOEDUCACIÓN.	168
3.1.2 Metodología	169
3.1.3 ¿Qué es un grupo étnico?.....	169
3.1.4 Estrategia	170
3.1.5 Instancias de concertación para el fortalecimiento de la política etnoeducativa.....	170

3.1.6 Panorama Regulatorio	171
3.1.7 Plan pedagógico:	172
3.1.8 Componentes	173

1. PROCESO DE APRENDIZAJE ORIENTAR A LA COMUNIDAD Y FAMILIA GESTANTE EL ACCESO A LA SALUD INTEGRAL SEGÚN PLAN DE DESARROLLO, Y PROPORCIONAR UNA ATENCIÓN BÁSICA DE ACUERDO A SUS NECESIDADES Y LINEAMIENTOS DE SALUD VIGENTES.

1.1 Ley 100 de 1993 (Sistema de Seguridad Social Integral)

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

1.1.1. Definición

El Sistema de Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

1.1.2. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) Libro II de la Ley 100 de 1993

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, creado por la Ley 100 de 1993, realiza un cambio fundamental sobre el sistema de aseguramiento, el cual incide notablemente en el modelo de atención y prestación propiamente dicha de los servicios de salud. Esta reforma se ha visto acompañada de otras leyes que fortalecen el proceso de descentralización del sector iniciado en 1990, dentro de estas se pueden mencionar la Ley 60 de 1990 y la Ley 715 de 2002. Desde el punto de vista teórico, el modelo es más descentralizado y con mucha más participación y solidaridad para obtener la cobertura total de la población.

Se define el aseguramiento en salud como el proceso por el cual las entidades aseguradoras del sistema promueven y ejecutan la afiliación, organizan el libre acceso a los servicios y recaudan las cotizaciones obligatorias. Los principales actores dentro de este sistema son las EPS, EPS-S, ESS, así como las Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL) y la red de prestadores como las IPS, E.S.E, clínicas y hospitales privados.

1.1.3. Fundamentos del Servicio Público

Artículo 153 de la Ley 100 de 1993. Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud las siguientes: 4. Libre escogencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios.

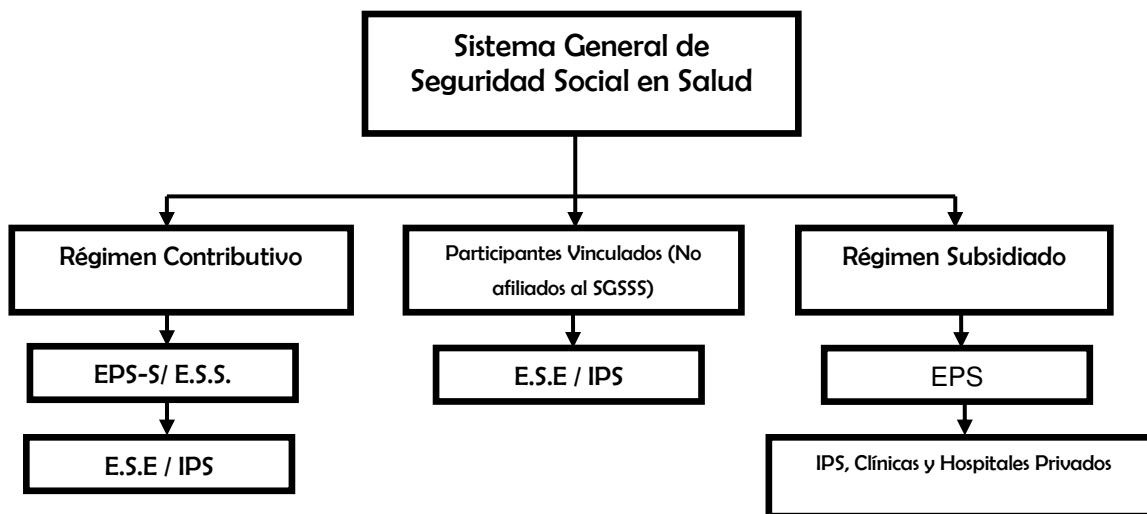
1.1.4. Intervención del Estado

Artículo 154 de la Ley 100 de 1993. señala que el Estado intervendrá el servicio público de Seguridad Social en Salud, para lograr entre otros la observancia de los principios constitucionales (universalidad, solidaridad y eficiencia), para asegurar el carácter obligatorio de la Seguridad Social en Salud y su naturaleza de derecho social para todos los habitantes de Colombia, para lograr la ampliación progresiva de la cobertura, para evitar que los recursos destinados a la seguridad social en salud se destinen a fines diferentes y para garantizar la asignación prioritaria del gasto público para el servicio público de Seguridad Social en Salud, como parte fundamental del gasto público social.

1.1.5. Tipos de Aseguramiento

Art 157 Ley 100 de 1993

El Sistema General de Seguridad Social en Salud se conforma de una organización mixta, constituida esencialmente por dos regímenes: el Subsidiado y Contributivo, que deben integrarse en su funcionamiento, tiene una coordinación nacional y canales financieros de solidaridad, el modelo incluye además vinculados transitorio



1.1.6. Rutas Acceso a los Servicios de Salud

Herramienta que define a los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación.

El MSPS establece tres tipos de RIAS, define 16 grupos de riesgo para la elaboración de las rutas integrales de atención.

Tipos de RIAS

- Ruta Integral para la promoción y mantenimiento de salud en curso de vida de carácter individual y colectivo.
- Rutas Integrales de Atención de Riesgo.
- Rutas Integrales de Atención Específica.

Las Rutas integrales de la Atención en salud se desarrollan en el marco de tres ordenadores:

- **Momentos del curso de la vida:** Aborda a las personas en diferentes momentos de la vida, reconociendo las características y los cambios que desde la particularidad de cada uno potencien el desarrollo y la salud de las personas, tiene en cuenta la edad como valor social y se interesa por el cambio de las personas a lo largo de la vida.
- **Destinatarios: Persona.** Se orienta todas aquellas intervenciones cuyo objetivo es lograr la atención integral en salud, incluyendo acciones de promoción en salud, detección temprana, protección efectiva, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. **Familia.** Conjunto de intervenciones procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos familiares a lo largo del curso de la vida. **Comunidad.** Intervenciones de políticas y programas que operan dentro o fuera del sector salud y que tienen un potencial de impactar la salud a nivel poblacional.
- **Entornos:** Escenario de vida cotidiana, donde los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica cultural y política de la sociedad a la que pertenecen.
Son escenarios configurados por dinámicas y condiciones; sociales, físicas, culturales, ambientales, políticas, económicas, donde las personas, familias y las comunidades conviven y donde se produce una intensa y continua interacción entre ellos.

1.2 Requisitos para la Inscripción al SGSSS y Obtención del Registro Civil

1.2.1 Registro Civil

El Registro Civil demuestra la situación jurídica que tiene la persona dentro de la sociedad en orden a sus relaciones de familia, de la cual se derivan derechos y obligaciones. El Registro Civil es el único documento público que prueba el Estado Civil de una persona ante su familia, la sociedad y el Estado.

Su importancia radica en que la persona nace a la vida jurídica (Artículo 14 C.N.)

El Nombre

El nombre es un derecho absoluto de la persona, por lo tanto: “Toda persona tiene derecho a su individualidad y por consiguiente al nombre que por ley le corresponde”. (Artículos 3º y 4º D.L. 1260/70)

Caracteres

- Inalienable e indisponible: Es un derecho personalísimo que carece de valor pecuniario. No puede venderse ni cederse gratuita ni onerosamente.
- Cumple una función identificadora: El nombre es un elemento necesario para la adecuada individualización de las personas, integrantes de un grupo social.
- Es irrenunciable: Siendo el nombre un derecho subjetivo que cumple una función social pública e identificadora de la persona como integrante del grupo social en que vive y dentro del cual es protagonista de relaciones jurídicas, la renuncia no está permitida, pues el nombre no solo contempla el interés individual del titular, sino el de toda una sociedad y el del mismo Estado.
- Es tutelado por la ley: Goza de la protección legal quien expresamente lo estatuye en el artículo 4º del Decreto Ley 1260/70.

Requisitos para obtener el Registro Civil

El Registro Civil es el instrumento jurídico y administrativo del cual se vale el Estado para el reconocimiento de los derechos y obligaciones de los colombianos frente a la sociedad y la familia.

Sin duda, la existencia, la nacionalidad, la filiación y la identificación de las personas sería de difícil determinación, sin un Sistema de Registro del Estado Civil que, de manera detallada y fidedigna, refleje todos aquellos hechos y actos que inciden en el transcurso de la vida de las mismas, desde su nacimiento hasta su defunción.

En este sentido, el proceso de registrar la vida civil de los colombianos, en orden a garantizar y posibilitar la efectividad de sus derechos y correlativamente la exigencia de sus deberes, constituye un sistema cuya organización, ejercicio y desarrollo es una responsabilidad primordial del Estado.

De ahí que, teniendo en cuenta la importancia que reviste esta función del Registro del Estado Civil de las personas, sea un compromiso permanente adelantar programas encaminados a ampliar su cobertura y a mejorarlo, que conlleven como natural estrategia la difusión y pedagogía de la regulación de este sistema entre sus operadores y usuarios, para crear así una cultura en torno a esta institución.

Con el registro civil de nacimiento el bebé nace a la vida jurídica, ya que el registro civil es un derecho de todos los niños y constituye la llave de acceso a los bienes y servicios del Estado.

Requisitos para la inscripción en el Registro Civil de Nacimiento:

- Acudir a cualquier Registraduría con el niño, para tomarle las huellas plantares.

- Si el bebé tiene un mes de nacido o menos, llevar el certificado de nacido vivo expedido por el centro hospitalario.
- Si no se cuenta con el certificado de nacido vivo, se debe hacer declaración bajo juramento de dos testigos que tengan noticia o hayan presenciado el nacimiento.
- Si el niño tiene más de un mes de nacido, se deben presentar alguno de los anteriores documentos, o la partida de bautizo.
- La inscripción en el registro civil es gratuita. La copia o certificado del registro civil tiene un costo de 7500, que se consignan en el Banco Popular o el Banco Agrario. Es importante que el ciudadano exija el adhesivo de seguridad en el registro civil, para garantizar un adecuado recaudo y seguimiento del dinero depositado.

1.2.3 Requisitos para la Afiliación al sistema de Seguridad Social en Salud:

- **Regimen contributivo.** Deben estar afiliados al regimen contributivo todos los trabajadores empleados o independientes (con ingresos totales mensuales, iguales o superiores a un (1) salario mínimo mensual legal vigente) y los pensionados.

Los empleados deberán ser afiliados por su empleador quien es la persona responsable de afiliarlo al regimen en la EPS que usted elija. El empleador paga el 8.5% y usted el 4%.

Pasos para la afiliación.

- Diligencie el formulario de afiliación junto con su empleador, incluya todos los beneficiarios y anexe los documentos requeridos. (documento de identidad, registro civil, tarjeta de identidad, registro civil de matrimonio o certificado de convivencia).
- Si es trabajador(a) independiente, empleador(a) o persona con capacidad de pago, diríjase a la EPS que elija y diligencie el formulario de afiliación.
- Recuerde que el empleador o el trabajador independiente deben realizar los aportes de salud, pensiones y riesgos profesionales a través del pago asistido (PILA), vía telefónica o vía Internet. Solicite mayor información a la Entidad Promotora de Salud o Fondo de Pensiones que usted elija.

Regimen subsidiado. pueden estar afiliadas clasificadas con el sisen 4 entre los grupos A1-C18 del ya que son consideradas como pobres y vulnerables, por consiguiente, se podrán afiliar al régimen subsidiado de salud y aplicar la novedad de movilidad según el Decreto 780 de 2016

Documentos de afiliación

- Tener aplicada la encuesta del sisen
- Documento de identidad del titular y de los beneficiarios

Aspectos a tener en cuenta

- Cuales hospitales, clínicas o instituciones de salud tienen contrato con la EPS que escogió.
- Identificar la EPS-S que presta servicios en su localidad.
- Tenga en cuenta que la EPS-S tenga oficina de atención al usuario cerca de su domicilio.
- Se debe elegir una sola ESP-S

1.3 Niveles de Atención de los Servicios de Salud

Según la Resolución No. 5261 de 1994 los servicios tienen niveles de responsabilidad y niveles de complejidad de la atención en salud.

Niveles de Responsabilidad de la atención en salud en Colombia:

- NIVEL I Médico General y/o personal auxiliar, y otros profesionales de la salud
- NIVEL II Médico General con Interconsulta, remisión, y/o asesoría de personal o recursos especializados.
- NIVEL III y IV Médico Especialista con la participación del médico general.
- Aclaración: La definición de niveles anteriores corresponde a las actividades, intervenciones y procedimientos y no a las instituciones.

De acuerdo con la complejidad de las actividades, procedimientos e intervenciones, los siguientes son los niveles de atención en salud.

1.3.1 Nivel I

Atención Ambulatoria:

- Consulta Médica General
- Atención Inicial, estabilización, resolución o remisión del paciente en urgencias.
- Atención Odontológica
- Laboratorio Clínico Básico
- Radiología Básica
- Medicamentos Esenciales
- Citología
- Acciones intra y extramurales de Promoción, Prevención y Control.

Servicios con internación: o Atención Obstétrica

- Atención no quirúrgica u obstétrica
- Laboratorio Clínico
- Radiología
- Medicamentos esenciales
- Valoración Diagnóstica y manejo médico

1.3.2 Nivel II

Atención Ambulatoria Especializada.

Defínase como la atención médica, NO quirúrgica, NO procedimental y NO intervencionista, brindada por un profesional de la medicina, especialista en una o más de las disciplinas de esta ciencia y en la cual ha mediado interconsulta o remisión por el profesional general de la salud. Tendrá el mismo carácter técnico-administrativo para los niveles 11 y 111 de complejidad atención, es decir consulta ambulatoria de cualquier especialidad o subespecialidad.

- Laboratorio Clínico Especializado
- Radiología Especializada
- Otros procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos.
- Procedimientos quirúrgicos derivados de la atención ambulatoria de medicina especializada en áreas como cirugía general, Ginecobstetricia, dermatología y otras.

1.3.3 Nivel III

Laboratorio Clínico.

Para el Nivel III de complejidad se establecen los exámenes de laboratorio superespecializados según el listado que aparece en el artículo 112 de la Resolución No. 5261 de 1994.

Imágenes diagnósticas

Para el nivel III de complejidad serán considerados TODAS las Tomografías axiales computarizadas, así como cualquiera de las gammagrafías o estudios de Medicina Nuclear y las ecografías no consideradas en los niveles I y II.

1.3.4 Nivel IV

Atención Ambulatoria Especializada.

Defínase como la atención médica, NO quirúrgica, NO procedimental y NO intervencionista, brindada por un profesional de la medicina, especialista en una o más de las disciplinas de esta ciencia y en la cual ha mediado interconsulta o remisión por el profesional general de la salud. Tendrá el mismo carácter técnico-administrativo para los niveles 11 y 111 de complejidad atención, es decir consulta ambulatoria de cualquier especialidad o subespecialidad.

Laboratorio Clínico Especializado

Radiología Especializada

Otros procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos.

Procedimientos quirúrgicos derivados de la atención ambulatoria de medicina especializada en áreas como cirugía general, Ginecobstetricia, dermatología y otras.

Oncología (O Tratamiento contra el cáncer).

Transplante Renal

Diálisis

Neurocirugía
Cirugía Cardíaca
Reemplazo de cadera
Manejo del quemado.
Manejo del Trauma Mayor.
Manejo de pacientes infectados por VIH.
Quimioterapia y radioterapia para cáncer.
Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos.
Tratamiento Quirúrgico de Enfermedades Congénitas.

1.4 Lineamientos en Salud Según Planes de Desarrollo Nacional, Regional y Local

1.1.7. Conformación del Sistema de Seguridad Social Integral

El Sistema de Seguridad Social Integral es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado con los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la Ley 100.



Componentes del Sistema de Seguridad Social Integral

1.4.1 Concepción de la salud integral

Es fundamental saber que cualquier consecuencia en la salud integral trasciende en todos los perímetros de la vida y afecta de forma física, mental y social.

Estudiamos la salud integral, porque es el estado de bienestar ideal, que sólo se logra cuando existe un equilibrio entre los factores biológicos, físicos, mentales, emocionales, espirituales y sociales, que admiten un conveniente desarrollo y crecimiento en todos los recintos de la vida.

La salud concede el desarrollo de las capacidades y habilidades que cada ser humano tiene, como ser individual y único.

1.4.2 Resolución 412/2000

Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

El Ministro de Salud, en uso de sus facultades legales, especialmente las conferidas por el artículo 173 de la Ley 100 de 1993, y

CONSIDERANDO:

Que al Ministerio de Salud le corresponde expedir las normas técnicas y administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y para las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud;

Que las Administradoras del Régimen Contributivo y Subsidiado tienen la obligatoriedad de prestar todos los planes de beneficios a su población, incentivando las acciones de Promoción y Prevención;

Que de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, al Ministerio de Salud le corresponde expedir las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en Salud Pública; Que los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben realizar las acciones conducentes a reducir el riesgo de enfermar y morir por causas evitables, alcanzar mejoría en los niveles de salud y garantizar la salud colectiva, buscando impactar positivamente las metas de salud pública del país.

Generalidades

Aspectos Generales.

Artículo 1. Objeto. Mediante la presente resolución se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Igualmente se establecen los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas que deben desarrollar estas entidades.

Artículo 2. Campo de aplicación. Las disposiciones de la presente resolución se aplicarán a todas las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado.

Artículo 3. Norma técnica. Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones costo-efectivas de obligatorio cumplimiento, a desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada, para el cumplimiento de las acciones de protección específica y de detección temprana establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Igualmente determinan las frecuencias mínimas anuales de atención y los profesionales de la salud responsables y debidamente capacitados para el desarrollo de las mismas.

Parágrafo. Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado, no podrán dejar de efectuar las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas. Tampoco podrán disminuir la frecuencia anual, ni involucrar profesionales de la salud que no cumplan las condiciones mínimas establecidas en la norma.

Artículo 4. Guía de atención. Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y a cargo de las Entidades

Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado.

Las guías de atención relacionadas con tuberculosis, lepra, leishmaniasis y malaria contienen elementos normativos de obligatorio cumplimiento.

Artículo 5. Demanda inducida. Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas.

Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán elaborar e implementar estrategias que le garanticen a sus afiliados, de acuerdo con las condiciones de edad, género y salud, el acceso a las actividades procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana así como la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Artículo 6. Protección específica. Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.

Artículo 7. Detección temprana. Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

CAPITULO II. NORMAS TÉCNICAS.

Artículo 8. Protección específica. Adóptansen las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud enunciadas a continuación:

a) Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI);

- b) Atención Preventiva en Salud Bucal;
- c) Atención del Parto;
- d) Atención al Recién Nacido;
- e) Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres.

Parágrafo. Los contenidos de las normas técnicas de protección específica serán actualizados periódicamente, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país, el desarrollo científico y la normatividad vigente.

Artículo 9. Detección temprana. Adóptense las normas técnicas contenidas en el anexo técnico 1-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, enunciadas a continuación:

- a) Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (menores de 10 años);
- b) Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años);
- c) Detección temprana de las alteraciones del embarazo;
- d) Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años);
- e) Detección temprana del cáncer de cuello uterino) Detección temprana del cáncer de seno;
- g) Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.

Parágrafo. Los contenidos de las normas técnicas de detección temprana serán actualizados periódicamente de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país y el desarrollo científico y la normatividad vigente.

CAPITULO III. GUÍAS DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA.

Artículo 10. Guías de atención de enfermedades de interés en salud pública. Adóptense las guías de atención contenidas en el anexo técnico 2-2000 que forma parte integrante de la presente resolución, para las enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

- a) Bajo peso al nacer;
- b) Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico calórica y obesidad);
- c) Infección respiratoria aguda (menores de cinco años) Alta: Otitis media, Faringitis estreptocócica, laringotraqueitis. Baja: Bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía;
- d) Enfermedad Diarreica Aguda /Cólera;
- e) Tuberculosis Pulmonar y Extra pulmonar;
- f) Meningitis Meningocócica;
- g) Asma bronquial;
- h) Síndrome convulsivo;
- i) Fiebre reumática;
- j) Vicios Retracción de Estrabismo, Cataratas;
- k) Enfermedades de Transmisión Sexual
(Infección gonocócica. Sífilis, VIF;

- l) Hipertensión arterial;
- m) Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo) Menor y Mujer Maltratados;
- o) Diabetes Juvenil y del Adulto;
- p) Lesiones preneoplásicas de cuello uterino;
- q) Lepra;
- r) Malaria;
- s) Dengue;
- t) Leishmaniasis cutánea y visceral;
- u) Fiebre Amarilla.

Parágrafo. Los contenidos de las guías de atención serán actualizados periódicamente de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país, el desarrollo científico y la normatividad vigente.

CAPITULO IV. OFERTA DE ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES DE DEMANDA INDUCIDA Y OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO.

Artículo 11. Red de prestadores de servicios. Las Entidades Promotoras de Salud. Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán garantizar en el municipio de residencia del afiliado, la prestación de la totalidad de las actividades, procedimientos e intervenciones contenidos en las normas técnicas de obligatorio cumplimiento y en las guías de atención, a través de la red prestadora de servicios que cumpla los requisitos esenciales para la prestación de los mismos.

Parágrafo. En el evento en que la red de prestadores de servicios de salud del municipio de residencia del afiliado, no pueda prestar la totalidad de los servicios establecidos en las normas técnicas y guías de atención, las Entidades Promotoras de Salud. Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deben asumir los gastos del desplazamiento a que hubiere lugar para la prestación de los mismos.

Artículo 12. Listado de prestadores de servicios. Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deben entregar al momento de la afiliación, el listado de las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios con su dirección y teléfono, indicando las diferentes actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento que las mismas prestan.

Artículo 13. Copagos y cuotas moderadoras. De conformidad con lo establecido en el Acuerdo 30 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, no podrán aplicarse copagos ni cuotas moderadoras a las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas y guías de atención a que se refiere la presente resolución.

Artículo 14. Cambio de régimen y traslados entre entidades. Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán garantizar la continuidad de las acciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, cuando por cualquier motivo un afiliado cambie de un régimen a otro o cuando se produzca el traslado de Entidad Promotora de Salud, Entidad Adaptada o Administradora del Régimen Subsidiado.

Para tal efecto la respectiva Entidad deberá proporcionar a aquella a la cual se traslade, la totalidad de la información relacionada con las actividades de detección temprana y protección específica realizadas al afiliado y a su núcleo familiar.

Artículo 15. Vigilancia y control. El Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, y las Direcciones Territoriales de Salud ejercerán las funciones de vigilancia y control de conformidad con las normas vigentes y lo establecido en el artículo 18 del Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 16. Programación, seguimiento y monitoreo permanente. Para la programación de actividades, el seguimiento y el fortalecimiento y perfeccionamiento de la gestión de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras de Régimen Subsidiado en relación con las acciones de protección específica, detección precoz y atención de enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo

Nacional de Seguridad Social en Salud, se adoptan la metodología única contenida en el "Anexo Técnico 3-2000 de Programación", en el "Anexo 4-2000 de Indicadores de Gestión" y los lineamientos establecidos en el "Anexo Técnico 5-2000 Sistema de Fortalecimiento de Gestión de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras de Régimen Subsidiado frente a las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública" los cuales forman parte integrante de la presente resolución.

Artículo 17. Requerimientos para el seguimiento y evaluación de la ejecución de las actividades de demanda inducida y obligatorio cumplimiento para los regímenes contributivo y subsidiado.

Las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Adaptadas, deberán radicar ante la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud o la dependencia que haga sus veces, el informe de gestión trimestral, dentro de los quince días calendario siguientes al vencimiento del respectivo trimestre, en forma impresa y en medio magnético, de acuerdo con el "Anexo Técnico 6-2000 Especificaciones para la transferencia de Datos sobre ejecución de Acciones de Protección Específica, Detección Temprana y Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública".

Las Administradoras del Régimen Subsidiado, deberán radicar ante las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud trimestralmente un informe de gestión correspondiente al trimestre y para cada uno de los contratos existentes, de acuerdo con los criterios técnicos anexos a esta resolución en el anexo

"Anexo Técnico para la Transferencia de Datos sobre Ejecución de Acciones de Protección Específica, Detección Temprana y Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública".

Parágrafo. Semestralmente las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud remitirán a la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud un informe sobre la gestión de las ARS de su departamento, presentando para cada una y por cada contrato el estado de los indicadores establecidos en el "Anexo de Indicadores de Gestión". Artículo 18. Control de la información. Con el objeto de garantizar la calidad de la información suministrada tanto para la programación como para la ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, la Dirección

General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud desarrollará un sistema de control sobre la información recepcionada.

Dicho proceso se realizará trimestralmente de acuerdo con los cortes de evaluación.

Cuando se comprueben fallas en la información, la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud o la dependencia que haga sus veces, dará aviso a la Superintendencia Nacional de Salud para que se establezcan los correctivos o sanciones pertinentes.

Artículo 19. Asistencia técnica. Una vez adoptadas las normas técnicas y guías de atención, el Ministerio de Salud adelantará la correspondiente fase de inducción a las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado, con el objeto de fortalecer la gestión de dichas entidades y de garantizar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente resolución.

Artículo 20. Vigencia y derogatorias. Esta resolución rige tres (3) meses después, contados a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial la Resolución 3997 de 1996, la cual continuará aplicándose mientras entra en vigencia la presente resolución.

1.5. Derechos sexuales y reproductivos:

En el marco de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, estos son considerados como los más humanos de los derechos, en tanto, hacen parte de la esfera más íntima de las personas. El contenido de los mismos, parte de la interpretación de los derechos humanos desde lo que implica la sexualidad y la reproducción en el curso de vida de las personas, en este sentido, el Estado colombiano debe garantizar el ejercicio de estos derechos de forma libre y autónoma, sin ningún tipo de estigma y discriminación, y proteger los derechos cuando estos son vulnerados bajo distintas formas coercitivas o de violencia. Tal como fue establecido por la Corte Constitucional de Colombia a través de la Sentencia T-274 de 2015, es necesario diferenciar los derechos sexuales, de los derechos reproductivos, en tanto que "...sexualidad y reproducción son dos ámbitos diferentes en la vida del ser humano, ya que la primera no debe ser entendida solamente como un medio para lograr la segunda". Igualmente, ha reconocido que ambos derechos están indudablemente relacionados, dado que la autonomía en las decisiones reproductivas contribuye a llevar una vida sexual sin riesgo de embarazos no deseados, lo que

quiere decir que cada una de estas categorías posee una definición y un contenido propio, pero parten de una base común.

1.5.1. Derechos sexuales.

Están encaminados a garantizar el ejercicio y desarrollo libre, informado, saludable y satisfactorio de la sexualidad, se fundamentan en el disfrute de la sexualidad y el erotismo, sin coacción y libre de toda forma de violencia, implican explorar y disfrutar una vida sexual placentera, sin miedos, vergüenza, temores, inhibiciones, culpa, creencias infundadas, prejuicios, que limiten la expresión de estos derechos. Para su ejercicio se requiere del acceso a servicios de salud sexual, para que se tomen medidas para la prevención y atención de Infecciones de Transmisión Sexual, y enfermedades y dolencias que afecten el ejercicio placentero de la sexualidad.

Son derechos sexuales, entre otros: Derecho al goce, la satisfacción y la gratificación sexual. Este derecho parte del reconocimiento que tiene toda persona a sentir placer, a disfrutar de su sexualidad, a autosatisfacerse y experimentar con los sentidos, implica que todas las personas tienen el derecho a vivir su sexualidad sin vincularla a la reproducción.

- Derecho a conocer y valorar el propio cuerpo. Este derecho parte de reconocer que cada persona es única e irrepetible, y por lo tanto cada persona tiene el derecho a conocer su cuerpo y valorar como es, con todas sus características. A partir de este derecho, se cuestionan los cánones de belleza impuesto social y culturalmente, puesto que influyen de forma negativa en la valoración de sí y en la autoestima.
- Derecho a decidir si se tienen o no relaciones sexuales. Este derecho parte de entender que las relaciones sexuales deben ser libres, autónomas y requieren de consentimiento previo. Este derecho entraña la facultad que tienen todas las personas a elegir la pareja sexual, a decidir cómo, con quién y cuándo tener relaciones sexuales
- Derecho a expresar la orientación sexual o identidad de género. Este derecho reconoce la libertad que tienen las personas en sentir atracción por personas de su mismo sexo, del otro sexo o hacia mujeres, hombres o personas intersexuales; y a la autodefinición que una persona hace de sí misma, como hombre, como mujer, o de la forma como se auto reconoce, independientemente del sexo biológico y binarios impuestos.
- Derecho a una vida libre de violencias. Todas las personas tienen el derecho a una vida libre de violencia física, psicológica, sexual, económica o patrimonial tanto en las relaciones familiares y de pareja como en ámbitos públicos: la escuela, la calle, el sitio de trabajo, el transporte público, entre otros.

La sexualidad debe ser vivida sin coacción y violencia alguna, la sexualidad en un marco de derechos humanos debe ser libre, autónoma y digna. Cualquier forma de violencia, amenaza o restricción de la autonomía o libertad para decidir cualquier manifestación de la sexualidad, es una forma de violencia sexual.

1.5.2. Derechos reproductivos

Se sustentan en la facultad que tienen todas las personas a tomar decisiones libres y sin discriminación, sobre la posibilidad de procrear o no, de regular su fecundidad y de la posibilidad de conformar una familia y disponer de la información y medios para ello.

Incluye el derecho a tener acceso a servicios de salud reproductiva que garanticen una maternidad segura, el derecho de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo, a la prevención de embarazos no deseados y la prevención y tratamiento de dolencias del aparato reproductor como el cáncer de útero, mamas y próstata.

Son derechos reproductivos, entre otros:

- Derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos. Este derecho parte de reconocer que todas las personas son libres, sin intromisión alguna, en decidir el número de hijos, y el intervalo entre ellos, e implica por parte del Estado poner a disposición la información, educación y medios para lograrlo.
- Derecho a decidir a ser padres o madres. Todas las personas tienen el derecho a decidir de forma libre, autónoma y responsable la posibilidad de ser madres o padres, y contar para ello con la información necesaria para garantizar el goce de este derecho.
- Derecho a conformar una familia. Este derecho se sustenta en la posibilidad que tienen todas las personas a conformar y configurar una familia, de forma libre y sin ningún tipo de estigma y discriminación.
- Derecho iniciar o postergar el proceso reproductivo. Todas las personas tienen derecho a decidir el momento en el que quieren iniciar su proceso reproductivo, este derecho entraña al acceso tratamientos preventivos, de dolencias del aparato reproductor o a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, este derecho incluye el derecho a la información y educación sobre su uso y efectos en la salud.
- Derecho de las mujeres a no ser discriminadas en razón del embarazo o la maternidad. Este derecho implica que desde los servicios de salud se debe garantizar una vida libre de violencias, sin discriminaciones o tratos desiguales, hacia las mujeres que deciden iniciar un proceso reproductivo, durante el embarazo o en la maternidad.
- Derecho a una maternidad segura. Todas las mujeres tienen derecho acceder a servicios salud y atención médica, que garanticen una maternidad segura, y libre de todo riesgo en todo el proceso reproductivo, es decir desde la intención reproductiva, la concepción, gestación, parto y puerperio.
- Derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. Todas las niñas y mujeres tienen derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, cuando: -

- La continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico.
- Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.
- Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

1.5 Rutas Integrales de Atención

La ruta integral de atenciones (RIA), se trata de un instrumento que sirve de referente para orientar a las autoridades territoriales y a los demás actores responsables de la implementación de la estrategia de atención integral a la primera infancia, respecto del conjunto de atenciones en procura de garantizar el pleno desarrollo de cada niña y cada niño. Así la RIA busca construirse en el instrumento para la excelencia que, en el pleno operativo, permite que se relacionen y materialicen los planteamientos que dan vida a la integralidad de la estrategia, puesto que permite ordenar la atención integral con la situación y características de los niños y las niñas de cada territorio, así como de sus respectivos contextos y es aplicable en cualquier momento del ciclo en la política pública.

Ordenadores de la RIA

Los momentos o grupos de edad de la niña o niño que se atiende.

- Preconcepción.
- Gestación.
- Nacimiento a primer mes.
- Primer mes a tres años
- Tres a seis años

Los destinatarios de las atenciones.

En cada momento o grupo de edad aparece un segundo organizador de atenciones según se trata de los destinatarios de estás.

1. Hombre, mujeres, familias y cuidadores que acogen a la niña o el niño en el seno de una familia.
2. Las niñas y los niños en primera infancia directamente.

Los entornos donde se presentan las atenciones.

- Entorno hogar. Es el espacio de acogida y de afecto en el que transcurre la mayor parte de la infancia de las niñas y niños, que gracias a labor de cuidado y crianza desempeñada por sus

integrantes les proporcionan los referentes sociales y culturales básicos con los cuales empiezan a moverse en la sociedad.

- Entorno Salud: Es la primera expresión institucional que acoge a las niñas y niños. Acompaña el proceso de preconcepción, gestación, nacimiento y de ahí en adelante con el propósito fundamental de preservar su existencia y autonomía en condiciones de plena identidad
- Entorno Educativo: Es aquel que propicia de manera intencionada acciones pedagógicas que les permite a los niños y a las niñas vivenciar y profundizar en su condición de sujeto de derechos, ciudadanos participativos, transformadores de si mismos y de la realidad, creadores de cultura y de conocimiento. En su entorno privilegiado para ahondar en la experiencia de vivir juntos, de conocer y respetar a las demás personas, interiorizar y construir paulatinamente normas básicas de convivencia.
- Entorno Espacio Público: Se compone de espacios abiertos (plazas, playas, parque, vías) caracterizados por el libre acceso y de lugares ubicados en infraestructura de acceso permitido a los cuales la comunidad atribuye valor político, histórico, cultural o sagrado (bibliotecas, ludotecas, casa de la cultura, museos, teatros, templos, malocas). Este entorno cumple un papel esencial en la construcción de la identidad de los niños y las niñas, el ejercicio ciudadano y en la formación democrática pues se constituye en un espacio vital y humanizante que les permite a niños y niñas integrar su condición de seres vivos, seres sociales y seres culturales.

Ruta de Atención Integral Materno Perinatal

Esta herramienta procura la gestión que da lugar a las atenciones e intervenciones en salud a partir de la promoción del bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades, las atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y las acciones de cuidado que se esperan de las personas para el mantenimiento o recuperación de su salud.

El objetivo de la ruta es garantizar la atención integral en salud a las gestantes, sus familias y comunidades, a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad en todo el continuo de atención, el logro de los resultados esperados en salud, la seguridad y aumento de la satisfacción de las usuarias y la optimización del uso de los recursos.

Esta ruta está centrada en las mujeres embarazadas, su gestación, su familia y comunidades, respetando opciones, cultura, contexto social y las necesidades específicas individuales, apuntando a una atención más segura y de calidad de una manera eficaz, eficiente y equitativa.



Ilustración 1. Ruta de Atención Integral en Salud Materno Perinatal. Campus Virtual ISABU.

<https://www.google.com/search?q=Ria+materno+perinatal&tbm=isch&ved=>

1.6 Ciclo Vital enfoque del desarrollo humano

1.6.1 Concepto

El ser humano es un supra sistema altamente complejo e integrado, el nivel de integración armónica determina el grado de desarrollo y madurez de su personalidad. Todo lo cual impone a la educación una misión ardua y difícil, la superación de las dificultades radica en un conocimiento teórico-práctico de los diferentes niveles de las áreas de desarrollo de la persona, y del profesional que trabaja con personas en desarrollo.

El ser humano no es un agregado de elementos yuxtapuestos; es un todo integrado que constituye un supra sistema dinámico, formado por muchos subsistemas perfectamente coordinados: el subsistema físico, el químico, el biológico, el psicológico, el social, el cultural, el ético-moral y el espiritual. Todos juntos e integrados constituyen la personalidad, y su falta de integración o coordinación desencadena procesos patológicos de diferente índole: orgánica, psicológica, social, o varias juntas.

Por esto, el llevar a un ser humano a su pleno desarrollo y madurez, en su realidad integral, constituye la empresa más difícil y ambiciosa que pueda proponerse una persona, una institución e, incluso, una sociedad completa. Sin embargo, caminar en esa dirección, abriendo horizontes e iluminando caminos, es la meta que se propone, en general, toda verdadera educación y desarrollo pleno del ser humano.

Como ya hemos visto, la psicología del desarrollo intenta explicar los cambios que tienen lugar en las personas a lo largo de su vida. El desarrollo es entendido como un proceso continuo, global y a la vez flexible. Estos cambios pueden ser explicados a través de diferentes factores como son la herencia y el ambiente, además es importante evaluar el contexto histórico y sociocultural donde se estudia a la persona.

No es simple definir el desarrollo, podríamos decir que está constituido por una serie de factores como son la herencia, la genética de cada persona, y otras variables externas como son el ambiente donde crece esa persona.

El concepto mismo de desarrollo, cuando está referido al ser humano, debe ser bien entendido. Deberá ser entendido en sentido estricto como despliegue o desenvolvimiento en los niveles de las estructuras físicas, químicas y biológicas; pero deberá ser entendido en sentido sólo metafórico al referirse a la configuración de estructuras psíquicas, sociales, culturales, éticas, espirituales u otras de nivel superior, ya que, en este nivel, no existe una sola meta prefijada genéticamente, como es el caso de las estructuras inferiores, sino múltiples posibilidades.

El desarrollo implica cambio, cuando nos referimos a cambio, aludimos a que pueden ser: cualitativos o cuantitativos. Los cambios cualitativos (calidad) se relacionan con la maduración, es decir, con la variación morfológica y química que experimenta el organismo. Los cuantitativos (cantidad) se relacionan con el crecimiento, es decir, con el incremento del tamaño de talla, peso, etc. Asimismo, los cambios cualitativos o cuantitativos pueden ser observables o no observables.

La amplitud y complejidad del desarrollo humano ha propiciado que múltiples disciplinas se hayan abocado a estudiar y tratar de desentrañar su realidad y enigmática naturaleza. Es así como la filosofía de la educación, la pedagogía, la biología genética, la psicología del desarrollo, la sociología educativa y muchas otras han dado aportes muy valiosos para guiar la acción práctica de las profesiones de ayuda.

1.6.2 Factores del desarrollo humano:

Factores Biológicos

La Herencia

Es la transmisión de ciertos rasgos y características de un individuo a sus descendientes, mediante la reproducción. Su estudio corresponde a la genética. El factor determinante para que los hijos sean semejantes a los padres es la herencia, ya que al aportar un espermatozoide y un óvulo 23 cromosomas cada uno para lograr la concepción, los cromosomas aportan los genes, que son partículas que contienen rasgos del padre y de la madre, transmitiendo características de los progenitores a los hijos.

Los genes son pequeñísimas partículas constituidas por cadenas de ácidos que contienen potencialmente rasgos y características provenientes del padre y de la madre, y a través de ellos de sus antecesores. Es cierto que los hijos heredan las deficiencias mentales de los padres, más aún cuando ambos padres la padecen. También se ha encontrado relación en las aptitudes mentales, motrices y rasgos temperamentales. Pero es necesario precisar que es muy difícil determinar exactamente en qué proporción influye la herencia, ya que ésta se halla influenciada por el medio.

La Maduración

Es un proceso por el cual el individuo llega a un estado de completo desarrollo en lo que se refiere a sus células, conexiones nerviosas, tejidos, etc.; y que al alcanzar esta maduración, el individuo es capaz de realizar las acciones o conductas correspondientes.

Las diferencias entre la maduración física y psicológica es que la maduración física se refiere a las modificaciones físicas que sufre el individuo durante los primeros años de vida, mientras que la maduración psicológica se refiere a las potencialidades desplegadas por el organismo, y que traen modificaciones a la conducta a través de las diversas etapas de la vida.

Factores Ambientales

El Aprendizaje

Es un factor fundamental en la vida del hombre, pues casi toda la conducta humana es resultado de dicho proceso. También es importante para la progresiva y constante adaptación del individuo a las condiciones de su ambiente social y cultural. Un ejemplo de la importancia del aprendizaje es el caso de un individuo que ha sido entrenado especialmente en un deporte, al cabo de un tiempo tiene un mejor desempeño que una persona que recién ha iniciado las prácticas.

Socialización

Es el proceso por el cual el niño va aprendiendo a conocer y a convivir con la gente, dentro de las normas y modos de conducta aceptados y aprobados por el grupo.

La socialización implica el aprendizaje progresivo de normas, costumbres, tradiciones y formas de valoración; y el contacto y la progresiva asimilación de los bienes culturales. La socialización dura toda la vida, porque el hombre, cualquiera sea su edad, tiene que aprender nuevas cosas y tiene que adaptarse a los cambios.

1.6.3 Ciclo Vital del Individuo Adulto

Erik Erikson -acerca de las edades del hombre que se despliegan siguiendo una secuencia determinada por el “principio epigenético”- plantea que cada etapa del desarrollo humano se halla guiada por un “orden natural interno” que actúa como una reprogramación biológica que interactúa con el medio tanto físico como ambiental, cada individuo tiene una biografía diferente.

Un segundo aporte de Erikson es su idea de la “crisis vital normativa”, que se refiere a las tareas propias de cada etapa, cada crisis lleva a un desenlace exitoso, posibilitando nuevos desarrollos. Si en vez de ser exitosos resultan negativos, se producirán detenciones pudiendo generar enfermedades físicas o psicológicas.

El ciclo vital del individuo adulto presenta las siguientes etapas:

Etapas de la lactancia (SUGIEREN COLOCAR NOMBRE CONFIANZA Y DESCONFIANZA)

El niño al nacer pasa desde el medio intrauterino a otro, sigue dependiendo directamente de la madre para sobrevivir biológicamente. Según Erikson cuando se obtiene el vínculo madre e hijo, el niño adquiere “confianza básica” en su medio circundante, y una actitud esperanzada y optimista con respecto a su vida. El alejamiento, depresión materna, etc.; crea en el niño una actitud de desconfianza, pesimismo en relación al ambiente.

Según Margaret Mahler, señala que este periodo se produce el “nacimiento psicológico” de la persona. Este a diferencia del nacimiento biológico, es un proceso lento en el cual se avanza desde una simbiosis inicial con la madre, a través de un proceso de separación/individuación.

Etapas muscular o segunda infancia

Comprende el periodo de 2 a 4 años cuando se produce la maduración neurológica.

Surge su capacidad de movilización, de control de musculatura y su capacidad de vocalización se desarrolla. Según Erikson, se adquiere el sentido de autonomía; el niño siente que posee voluntad propia, que es capaz de auto-controlarse. El exceso de protección por la madre produce en el niño sentimientos de duda, vergüenza o inseguridad en sí mismo.

Etapas preescolar o edad del juego

Comprende entre los 4 a 5 años; el niño se ha independizado, tanto psicológica como físicamente de la madre. El niño se percata más claramente de su medio externo. Cuando los padres u otros; definen los intentos del niño para tomar iniciativas y conseguir sus propios fines como algo negativo o malo, y son por lo tanto castigados, se puede generar una reacción de culpa. Cuando aparece el exceso de culpa, y no se concreta un sentido de finalidad claro, se abre la posibilidad de que en la vida adulta aparezcan cuadros neuróticos.

Etapas escolares

Comprende entre los 5 a 10 años; el niño comienza a pasar periodos cada vez más prolongados fuera del hogar y da mayor importancia al medio escolar. Surge el sentido de ser competente; el juego, los deportes competitivos y el rendimiento escolar son cruciales en la consolidación de un sentido de ser competente; en la medida que el niño rinde bien y se relaciona adecuadamente con sus pares. Cuando esto no sucede surge el sentimiento de inferioridad o de incompetencia.

Adolescencia

Periodo comprendido entre los 10 a 19 años; los cambios biológicos de la pubertad dan origen a respuestas psicológicas; el adolescente se separa en forma progresiva de la familia y se plantea el tema de la propia identidad.

La “identidad” es definida por Erikson como el sentido de continuidad y estabilidad de la persona a lo largo del tiempo. El sentido de la propia identidad se traduce en decisiones al final de la adolescencia con respecto a elecciones vocacionales y de pareja. Si esta consolidación no se logra, Erikson habla de “confusión de identidad”.

Etapas del adulto joven

Periodo comprendido entre los 20 a 40 años; constituye el de mayor capacidad física, y corresponde a la inserción activa en el mundo laboral y social. Generalmente, es el periodo de formación y consolidación de relación de pareja. Para Erikson el logro central de esta etapa es la capacidad de “intimidad” con el otro, y el riesgo más serio es el del “aislamiento”.

Etapas maduras o adultez media:

Periodo entre los 40 y 65 años; según Erikson se caracteriza por el desarrollo de la capacidad de “generatividad” la de quienes saben cuidar el desarrollo de los demás, sean los propios hijos o a las generaciones más jóvenes. La conciencia de la propia mortalidad, empieza a surgir en forma cada vez más real, ya sea a través de las señales físicas externas del paso del tiempo (canicie, calvicie, arrugas, etc.) o a través de los primeros signos de enfermedades crónicas del adulto (diabetes, hipertensión, etc.)

Cuando este periodo no es enfrentado exitosamente, suelen surgir conflictos familiares, uso excesivo de alcohol o de otras sustancias químicas, o cuadros ansiosos o depresivos crónicos.

Ortega y Gasset llaman a este periodo “generación dominante”, ya que en él se tiende a ocupar posiciones de mayor responsabilidad y poder social.

Senescencia o adultez tardía:

Periodo posterior a los 65 años. Para Erikson se llega aquí al final del ciclo vital, siempre que el individuo haya vivido plenamente y asegurado la sobrevivencia de la generación que le sigue. Este cierre se logra al aceptar la finitud de la vida biológica y la sucesión de las generaciones.

Según Erikson el desenlace negativo se da con la sensación de fracaso o de no completar el propio proyecto vital, en este caso surge la “desesperanza”, frecuente en los cuadros depresivos.

1.6.4 Teorías del desarrollo humano

El desarrollo humano es un proceso que aumenta las opciones y la libertad de las personas, permitiéndoles alcanzar un mayor nivel de potencial de habilidades y de bienestar.

- 2 Para lograr una mayor libertad, las personas necesitan educación, salud, seguridad, vivienda, etc. Además de estas cuestiones básicas, hay dimensiones más complejas, como relacionadas con el sistema político y la equidad de géneros.

Teorías Biológicas

Dentro de la controversia herencia-medio, este tipo de teorías dan claramente más importancia a la herencia como responsable de los cambios que se experimentan en las distintas etapas del desarrollo.. Estas teorías

contemplan la conducta humana desde una perspectiva evolucionista a partir de los estudios de Charles Darwin. Dentro de las teorías biológicas se distinguen dos tipos:

- Teoría de la maduración: Consideran que el desarrollo está dirigido desde el propio individuo, desde su propio proceso de maduración, de tal manera que el individuo va a desarrollar sus capacidades según el momento del desarrollo en el que se encuentre. El psicólogo más destacado dentro de estas teorías fue el norteamericano Arnold Gessel, el cual afirmaba que la capacidad para aprender nuevas habilidades no aparecía antes de que su proceso madurativo lo permitiera (Gessel, Ilg y Ames, 1940). En la actualidad, estas teorías reciben como crítica no dar la suficiente importancia al ambiente y al aprendizaje.
- Teorías etológicas: Trasladas las teorías evolucionistas de distintas especies animales al estudio del desarrollo y de la conducta humana. Los pioneros de estas teorías fueron los etólogos Konrad Lorenz y Niko Tinbergen, que al igual que otros investigadores, defendían que los cambios en las conductas de los individuos en las distintas etapas del desarrollo van dirigidos en todo momento a su propia supervivencia y a la de su familia

Teorías psicodinámicas

- Estas teorías surgen de las reflexiones del psicoanalista vienés Sigmund Freud sobre la motivación humana y su estrecha vinculación con el desarrollo sexual. Interpretan el desarrollo humano teniendo en cuenta en todo momento las demandas sociales que nos rodean, enfrentadas con los instintos humanos más básicos. De esta forma, tratan de explicar los distintos cambios en la conducta a lo largo del desarrollo, observando las primeras experiencias sexuales y emocionales del individuo. Son dos:
- Teoría psicosexual de Freud: Para Sigmund Freud, la conducta humana, desde la más temprana infancia, está motivada por la búsqueda del placer, impulsada por la fuerza vital a la que denomina libido, y la cual se encuentra en continuo conflicto con las demandas sociales (Freud, 1955). La teoría psicosexual distingue varias etapas en el desarrollo, teniendo en cuenta el desarrollo psicológico del individuo y las soluciones a los conflictos que caracterizan cada momento de su vida.
- Teoría psicosocial de Erikson: Describe el desarrollo emocional del individuo partiendo de la teoría psicoanalítica de Freud. Al igual que la anterior teoría, interpreta que la personalidad se desarrolla a través de la resolución progresiva de los conflictos entre las necesidades individuales y las demandas sociales. Erikson distingue ocho etapas psicosociales del desarrollo con sus respectivos conflictos, y describe las consecuencias de la resolución y no resolución de éstos (Erickson, 1982).

Teorías del aprendizaje

Estas teorías dan la mayor importancia al medio en la controversia entre lo heredado y lo adquirido. Mientras las anteriores teorías se basaban principalmente en la importancia de la propia persona en su

desarrollo, en este caso se acentúa el papel que juega en el desarrollo el ambiente, es decir, todo lo externo que rodea al individuo.

- Teoría del Condicionamiento: El condicionamiento clásico y el condicionamiento operante explican en estas teorías los cambios que se producen durante el desarrollo, y suponen que el entorno controla la conducta. Los psicólogos conductistas John B. Watson y B. F. Skinner son sus principales representantes, basándose en los trabajos del fisiólogo ruso Iván Pavlov.
- Teoría del Aprendizaje Social (Bandura): Considera que el aprendizaje se produce fundamentalmente por imitación, pero admite que existen mecanismos cognitivos implicados en la transmisión de información e interpretación de situaciones, y por tanto un control cognitivo de la conducta (Bandura y Walters, 1974).

Teorías cognitivas

Estas teorías se centran fundamentalmente en el funcionamiento y el desarrollo de la mente, y explican los distintos aspectos del desarrollo en términos cognitivos. Son tres:

- Teoría constructivista de Piaget: Esta teoría divide el desarrollo del niño en etapas o estadios en los que éste va construyendo de forma activa su conocimiento y adaptándose al medio a través de la asimilación (incorporación del medio al organismo) y la acomodación (modificación del organismo por el medio). Piaget destaca la importancia de la creación de conductas y conocimientos no presentes en el sujeto en determinados momentos del desarrollo, en captar el sentido de la experiencia con objetos, en la resolución de problemas y en la influencia del medio social. Asimismo afirma que todo cambio evolutivo puede explicarse por factores externos o internos al organismo, pero presta mayor atención a los internos. Para explicar el desarrollo, Piaget se basa en presupuestos biológicos, observando una continuidad entre los procesos biológicos de adaptación al medio y el desarrollo propiamente psicológico (ver por ejemplo Piaget, 1965)
- Teorías de la cognición social: Incluyen las propuestas de Piaget respecto al importante papel de la persona en su propio desarrollo, y la importancia de la cognición en el desarrollo social y de la personalidad. Se centran en la comprensión de los pensamientos, las emociones y el comportamiento, tanto ajeno como propio. Dentro de estas teorías destacan la teoría de Selman de las relaciones entre compañeros (Yeates y Selman, 1989) y la teoría del desarrollo moral de Kohlberg (Kohlberg, 1969)
- Teorías del procesamiento de la información: Basándose en la forma en la que procesan la información los ordenadores, estas teorías afirman que el ser humano maneja igualmente información en forma de símbolos que codifica, combina, almacena y devuelve al medio decodificados. Para los seguidores de estas teorías, el pensamiento y la conducta se construyen sobre una serie de procesos separados que manipulan y transforman representaciones codificadas (Kuhn, 1998)

Teorías humanistas

Estas teorías, desarrolladas entre 1950-1960 por Maslow y Rogers entre otros autores, abogan por la capacidad de la persona para dirigir su propia vida, enfatizando el papel de factores internos de la personalidad como son los sentimientos, los valores y las metas. Pretenden propiciar un desarrollo positivo y que cada persona conozca el significado de su existencia.

- Teoría de la Autorrealización (Maslow): Desde esta teoría existe una jerarquía de necesidades que motivan el comportamiento humano. Una vez satisfechas las necesidades básicas, la persona ha de esforzarse por alcanzar las superiores, hasta llegar a la autorrealización. Sin embargo, nadie alcanza la autorrealización plena ya que la persona sana se encuentra en constante crecimiento (Maslow, 1976).

Teorías culturales y contextuales

Estas teorías tienen en cuenta la influencia del momento histórico y cultural sobre los cambios en el desarrollo de los individuos de una sociedad, al limitar y orientar en muchos casos su conducta y sus estrategias de adaptación:

- Teoría socio-histórica de Vygotsky: Esta teoría pone el énfasis en la actividad y la interacción social como mediadores del desarrollo, y comprenden el desarrollo cognitivo como un proceso de adquisición de la cultura (Co1e, 1985; citado en Hoffman y colaboradores, 1995). Según el propio Vygotsky, el desarrollo humano no puede ser comprendido sin considerar la forma en que los cambios históricos y sociales afectan al comportamiento (Vygotsky, 1978).
- Teoría ecológica de Bronfenbrenner: La teoría ecológica se centra en el estudio de los niños en sus ambientes naturales (la escuela, el barrio, la casa donde viven, etc.), argumentando que los estudios de laboratorio no contemplan la situación real en la que se desarrollan sus conductas. Bronfenbrenner divide el ambiente que rodea al niño en diferentes sistemas (desde el más próximo al más remoto), e incluye en cada uno tanto el espacio físico como las personas que se encuentran en él, las cuales van a determinar las relaciones y los comportamientos (Bronfenbrenner, 1979).

2. PROCESO DE APRENDIZAJE EJECUTAR ACCIONES ENMARCADAS EN LA ESTRATEGIA DE SALUD INTEGRAL PARA LA PRIMERA INFANCIA.

2.1 Proceso de Gestación

2.1.1. Derechos de la familia gestante

Durante varios años, la atención recibida por la usuaria embarazada, se basaba en aspectos por lo general biológicos, ubicándose dicha atención, bajo una perspectiva de cuidado en muchos casos, únicamente reproductiva y con un enfoque de género, que la colocaba en desventaja, tanto en su vida personal, como en la atención misma, legado que aún en nuestros tiempos, exige cada vez más, buscar estrategias

de atención, tendientes a mejorar la calidad en el servicio recibido durante su atención obstétrica o ginecológica.

Considerando la situación anterior y con el compromiso profesional de mejorar cada día la calidad en la atención, durante varios años, los(as) Profesionales en Enfermería Obstétrica, con una visión futurista, intentamos desarrollar diferentes programas dirigidos a las usuarias en condición Obstétrica o Ginecológica, mejorando de ésta forma, su atención al recibir servicios de salud por parte de Profesionales en Enfermería.

Una de esas ideas, lo fue individualizar la atención de éstas usuarias, con un punto de vista no necesariamente biológica, como usualmente se había realizado, si no más bien, tratar de aplicar aspectos éticos en su atención y ubicando a éstas usuarias dentro de su ámbito social y comunitario, involucrando de ésta forma, a su núcleo social de convivencia, en la atención y manejo de la mujer embarazada, de modo que sean partícipes de su propia construcción de su salud y comprometiendo a la comunidad en la atención de su propia población obstétrica

Bajo ésta búsqueda constante de mejorar la calidad de atención, y como resultado del compromiso Profesional de Enfermería Obstétrica, con su población, se logró implementar una modalidad de atención, producto de la preparación académica del Programa de Maestría en Enfermería Obstétrica de la Universidad de Costa Rica.

Dicha propuesta fue coordinada con las instancias directivas y administrativas de la institución, y presentada a la comunidad Cartaginesa, como una forma de involucrar a los distintos grupos sociales de la población, de modo que favoreciera la participación social en la construcción de los modelos de atención, y definir de éste modo, el concepto de salud como construcción social, todo lo anterior, con el objetivo de mejorar a diario la calidad en la prestación de los servicios, cumpliendo de ésta forma con nuestro compromiso profesional

Bajo ésta perspectiva se desarrolló el modelo de atención de Enfermería Obstétrica bajo el concepto de Familia Gestante, concepto que se trata de aplicar en su atención, y que nos permite, entre otras cosas, compartir con usted y su núcleo social de convivencia, la siguiente información, de modo que usted conozca el contenido de dicho concepto que sirve de base, para que nosotros los Profesionales en Enfermería Obstétrica podamos atenderla.

2.1.2 Concepto de Familia Gestante

La institución debe ser receptora y constructora de servicios de salud considerando las relaciones con otros individuos y con el medio ambiente, para que se tome en cuenta la conciencia y capacidad para percibir el mundo que lo rodea, sus derechos de expresar sentimientos, favoreciendo el desarrollo de sus potencialidades individuales, considerando su modo, condiciones y estilos de vida.

- La atención debe abarcar tanto aspectos cuantitativos como cualitativos a nivel preconcepciones, concepcional y pos natal.
- La familia gestante debe conceptualizarse desde un punto de vista biótico y psicoafectivo que favorezca la transformación de la salud.
- La atención ética aplicada a la familia gestante debe garantizar el reconocimiento de igualdad entre hombres y mujeres como agentes éticos sociales capaces de cuidar su salud.
- No debe olvidarse el respeto a la autonomía de la mujer y su familia, su derecho a ser protegidas por un sistema de salud que garanticen una atención justa y humanizada de acuerdo con la concepción ideal de salud reproductiva.
- La atención ética en salud brindada a la familia gestante, debe garantizar el reconocimiento de igualdad entre hombres y mujeres como agentes éticos sociales capaces de cuidar su salud.

2.1.3 Desarrollo embrionario

Crecimiento fetal. 4-40 semanas



Ilustración 2 Desarrollo embrionario conceptos etapa y sus características.

<https://www.lifeder.com/desarrollo-embrionario/>

La vida humana comienza en el momento exacto de la unión del óvulo y el espermatozoide; es decir, con la fecundación. Cada gameto lleva en sí la capacidad intrínseca de la vida, y el ser que nacerá está dotado de una mezcla singular de información genética y de experiencia intrauterina, que no se volverá a repetir en ningún otro ser. Por esta razón, cada ser humano es único e irreemplazable, es un participante del ininterrumpido proceso de vivir.

El cigoto, expresión unicelular de la persona humana, crece y se desarrolla para convertirse en un ser completo, hombre o mujer, que nace y vive.

El nuevo ser vivo representado por el cigoto, experimenta ahora una serie de cambios que van a culminar con el desarrollo de un individuo que cuenta con todos los órganos y sistemas necesarios para desenvolverse en este mundo. Este nuevo habitante, desde que comienza siendo cigoto ya posee almacenada en su ADN todas las características funcionales, físicas, conductuales, etc., que expresará al interactuar con los demás seres humanos y su entorno. Por lo tanto, la persona humana está presente en el cigoto.

La fecundación suele producirse en una de las trompas de Falopio. Desde ese lugar el nuevo ser vivo, el cigoto, emprende un viaje que culmina en el útero materno. El útero ofrece las condiciones necesarias para su desarrollo durante el período denominado embarazo.

Embarazo es el periodo que se extiende desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide hasta el momento del parto.

En la especie humana el período de gestación o embarazo, dura alrededor de 270 a 280 días, o sea, entre 38 y 40 semanas. Durante este tiempo, el nuevo ser humano pasa por una serie de cambios que se suceden en tres fases: segmentación, morfogénesis y diferenciación.

- Segmentación es la etapa en que el cigoto, única célula, se divide numerosas veces para originar primero dos células, luego cuatro, ocho, etc. Las células resultantes se denominan blastómeros; son más pequeñas que el cigoto, y sin embargo ya poseen la misma información genética que él.
- Morfogénesis corresponde al proceso que dará origen a los futuros órganos del embrión. Durante esta fase se producen divisiones y migraciones celulares, lo que determina la presencia de tres capas de células: ectodermo, mesodermo y endodermo. Cada una de estas tres capas celulares será el origen de los distintos órganos y sistemas del cuerpo humano.
- Diferenciación corresponde al proceso que permite que las células de las tres capas celulares se diferencien para generar los distintos órganos del embrión. A pesar de que en esta etapa, el séptimo mes del embarazo, el nuevo ser vivo tendrá tejidos, órganos y sistemas listos para funcionar, aún depende de la madre para obtener oxígeno y los nutrientes indispensables para sobrevivir; esta función la cumplen los anexos embrionarios, que están presentes en el desarrollo de la mayoría de los animales vertebrados.

Anexos embrionarios son las estructuras encargadas de proporcionar protección, humedad y nutrientes al embrión durante su proceso de desarrollo.

Los anexos embrionarios son: el saco vitelino, el amnios, el alantoides y el corion.

- Saco vitelino: almacena una sustancia llamada vitelo que sirve de nutriente al embrión.
- Amnios: es una membrana que posee líquido en su interior denominado líquido amniótico y que rodea al embrión para protegerlo de golpes y de la desecación.
- Alantoides: se encarga de almacenar las sustancias de desecho del embrión y del intercambio de gases.
- Corion: es la membrana más externa que rodea a todas las demás y cuya función es el intercambio de gases, nutrientes y otras sustancias.

En la especie humana el saco vitelino y el alantoides disminuyen su nivel de importancia con relación al desarrollo fetal; no así el amnios, que conserva sus funciones. El corion en tanto, dará origen a un nuevo órgano: la placenta.

Placenta es el órgano que aporta los nutrientes y el oxígeno necesario para la supervivencia del embrión y elimina los desechos producidos por él.

La placenta está formada por tejidos de la madre y del feto, ambos ricos en vasos sanguíneos. Sin embargo, la sangre materna y la fetal nunca se mezclan directamente.

La comunicación fisiológica entre la madre y el feto se logra a través del cordón umbilical, que permite al feto nadar libremente dentro del amnios.

2.1.4 El embarazo: Desarrollo fetal y cambios fisiológicos.

El embarazo o período de gestación se divide en tres etapas. Durante la primera fase cigoto, luego embrión y luego feto.

El cigoto corresponde al huevo. El cigoto es el primer estadio de vida y aparece tras la unión del óvulo y espermatozoide (gameto femenino y masculino). Cuando se fusionan los gametos se forma una nueva célula con un núcleo y 46 cromosomas, 23 de origen materno y 23 paterno. Esto es lo que se conoce como cigoto.

A partir de la fusión de los dos núcleos de los gametos hasta la 8ª semana de gestación se produce el desarrollo del embrión. Es una etapa de fuertes cambios celulares.

En la tercera etapa, que va desde la novena semana hasta que termina el embarazo, el nuevo ser se denomina feto, desarrolla y diferencia órganos internos, crece y aumenta de peso en preparación para el nacimiento. Al final del embarazo, el feto pesa alrededor de 3,5 kilos.

Primer trimestre

Es la clave del desarrollo humano. En la segunda semana de vida el embrión alcanza una longitud aproximada de 1,5 milímetros, y empieza a desarrollarse el eje mayor de su cuerpo.

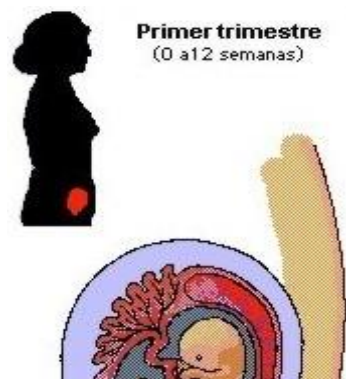


Ilustración 3. desarrollo de bebe por trimestres.
<https://www.menudospeques.net/embarazo/etapas-gestacion/desarrollo-trimestres>

En esta etapa del desarrollo embrionario, la mujer puede percibir un atraso, respecto de la fecha en que espera la llegada de la menstruación. Aunque no se puede decir con seguridad que se trate de un embarazo, es posible que la desaparición de la menstruación sea la clave para intuir que se ha concebido un hijo, si es que se han mantenido relaciones sexuales previamente.

Al término de la tercera semana, el embrión tiene una longitud de 2,3 milímetros aproximadamente y se empiezan a formar la mayoría de sus sistemas de órganos. El primero en desarrollarse es el sistema nervioso central, es decir, la médula espinal y el encéfalo. Alrededor de los 20 días de vida, el corazón que aún no tiene una forma definitiva, ya empieza a vibrar y luego a latir.

Una vez que el corazón del embrión comienza a latir, tan sólo a dos semanas y media después de la fecundación, no se detendrá hasta el final de la vida del individuo, latiendo unas 100.000 veces por día en su etapa adulta.

Posteriormente, la cabeza y el cuello van tomando su forma, y los ojos y los oídos inician su desarrollo. Alrededor de las cuatro semanas, el embrión mide 5 milímetros y su masa ha aumentado 7.000 veces desde su concepción (fecundación). A partir de esta etapa, comienza el desarrollo de músculos, huesos y tejidos conjuntivos. Se inicia la formación de los brazos, piernas, rodillas, dedos y las facciones del rostro. Hacia el final de las ocho semanas la longitud del embrión alcanza unos 3 centímetros, los huesos de sus brazos y piernas comienzan a endurecerse y adquieren una suave movilidad que la madre no puede percibir aún. La mandíbula empieza a definir la forma y la condición que capacitará al embrión para realizar sus primeros intentos de succión.

Al término del primer trimestre el embrión pasa a llamarse feto, mide unos 7 centímetros de largo y su masa es de unos 20 gramos. Su cabeza toma una forma más redondeada y representa las dos terceras partes del tamaño del cuerpo. Se desarrollan la mandíbula con 32 yemas dentales permanentes, y los reflejos como el del sobresalto y el de succión.

Además, se han formado todos los sistemas orgánicos principales y comienza el desarrollo de los órganos reproductores externos.

A partir del tercer mes, la función de la placenta es la nutrición del feto, que se encuentra unido a ella por el cordón umbilical. Hay intercambios de sustancias alimenticias y de desechos entre el feto y la madre, y traspaso de anticuerpos que protegerán al bebé de contraer enfermedades una vez que nazca. Por este vínculo, el cordón umbilical, el feto puede contagiarse de enfermedades infecciosas que la madre puede tener: rubéola, tifus, sarampión y SIDA, entre otras.

Segundo trimestre

El crecimiento del feto, que ha sido sorprendentemente rápido, continúa más lentamente. Las piernas y brazos alcanzan una longitud



proporcional al resto del cuerpo y su movimiento se hace tan evidente que la madre puede percibirlo.

El feto de cuatro meses mide unos 18 centímetros y pesa alrededor de 200 gramos.

A los cinco meses, su cuerpo se recubre de una pelusa llamada lanugo, posee cabello y su corazón late vigorosamente a una frecuencia promedio de unos 140 latidos por minuto.

El médico puede percibir la actividad del corazón al auscultar con un estetoscopio desde el exterior.

El feto de seis meses mide unos 33 centímetros y pesa alrededor de unos 670 gramos. Su piel es roja y arrugada y la cara está ya completamente formada y expresiva.

Los reflejos se presentan más decididos y el feto es capaz de responder a los estímulos del medio: se muestra sensible a los ruidos y puede responder con “pataditas” ante los más intensos y fuertes que le molestan.

En el intestino permanece el meconio, masa verde y pastosa formada principalmente por células muertas y bilis; éste se mantendrá en dicha cavidad hasta después de su nacimiento.

Los primeros meses del embarazo son los más críticos para el niño en desarrollo, ya que durante este periodo se forman su cerebro, brazos, piernas y órganos internos. Es por esta razón que una mujer embarazada debería tener especial cuidado antes de tomar ningún tipo de medicación si no es aconsejada por un médico que conoce su estado. También debería evitar los rayos X y el consumo de cigarrillo y alcohol.

Ilustración 4. Desarrollo del bebe por trimestres.
<https://www.menudospeques.net/embarazo/etapas-gestacion/desarrollo-trimestres>

Tercer trimestre

Durante el último trimestre del embarazo, el feto aumenta notablemente de tamaño y de peso. Este período se caracteriza por un evidente desarrollo del sistema nervioso y un considerable aumento del número de células cerebrales. Es fundamental que en esta etapa la madre tenga una alimentación rica en proteínas para ayudar a que el desarrollo del cerebro infantil se complete en buena forma.

Al séptimo mes de embarazo, el feto ha ocupado casi todo el espacio disponible en el útero y muchos bebés en esta etapa se acomodan tomando una posición invertida. Así, el movimiento de pies y rodillas se torna más libre y puede percibiéndose desde el exterior del vientre materno.

Si el nacimiento ocurre en este período, el bebé tiene un excelente pronóstico de supervivencia, siempre que cuente con el apoyo médico adecuado, y la posibilidad de mantener al bebé en una incubadora hasta que éste sea capaz de regular por sí mismo su temperatura corporal.

Al octavo mes, sólo falta que el bebé desarrolle ciertos tejidos pulmonares superficiales y una buena capa de tejido adiposo aislante, con el fin de estar listo para nacer.



Ilustración 5. Desarrollo del bebe por trimestres.
<https://www.menudospeques.net/embarazo/etapas-gestacion/desarrollo-trimestres>

En esta etapa el bebé suele presentar hipo, que puede ser causado porque traga y bota por la boca porciones de líquido amniótico.

En el último mes de embarazo, el bebé ya no tiene suficiente espacio en el útero por lo que sus movimientos son de menor amplitud.

En esta etapa de término, desciende por la cavidad de la pelvis, fijando firmemente su cabeza a ella. Mide entre 48 y 52 centímetros y pesa entre 2,7 y 4 kilos.

2.2. Cambios Anatomofisiológicos Durante el Embarazo

Fecundación, etapas de la gestación, Signos y Síntomas de Presunción Probabilidad y Certeza

Fertilización e implantación

Tras la relación sexual, sólo un espermatozoide puede atravesar la membrana celular del óvulo, y así fecundarlo, mezclando su carga genética –procedente del hombre–, con la del óvulo, –procedente de la mujer–. La célula resultante de este proceso, se llama cigoto. El cigoto contiene toda la información genética necesaria –ADN– para que esta nueva célula evolucione hasta un niño recién nacido. El cigoto emplea los siguientes días para desplazarse hasta el útero, cruzando antes la trompa de Falopio, y dividiéndose por el camino.

El conjunto de células que ha formado el cigoto, se llama blastocisto, o blástula, y se encuentra dividido en dos grupos de células; uno, más externo, y otro más interno. El grupo interno se convertirá en el embrión, y el exterior, en la membrana que lo protegerá y nutrirá durante el embarazo. El blastocisto llega al útero al quinto día tras la fecundación, y se implanta en la pared uterina, que ya está lista gracias al ciclo menstrual de la mujer. El blastocito se adhiere fuertemente a la pared uterina, y desde allí recibe los nutrientes que necesita para continuar su desarrollo, directamente desde el torrente sanguíneo de la mujer.

Periodo embrionario

Las células del embrión, inicialmente llamadas células madre totipotentes, se multiplican rápidamente, y comienzan a diferenciarse por funciones, diferencias que marcarán los distintos tipos de células humanas (sanguíneas, renales o nerviosas).

En el primer trimestre, el llamado, periodo embrionario, es cuando más susceptible es el embrión en desarrollo, a los posibles daños –alcohol, ciertos medicamentos, drogas estimulantes, infecciones, deficiencias nutricionales, radiografías o radioterapia entre otras–.

Semana 3: el cerebro, el corazón y la médula espinal comienzan a desarrollarse el tubo digestivo comienza a desarrollarse

Semanas 4 a 5:

- Las yemas o brotes de brazos y piernas se vuelven visibles
- El cerebro se desarrolla en 5 áreas y algunos nervios craneales son visibles
- Comienza el desarrollo de las estructuras del ojo y del oído
- Formación del tejido que se ha de convertir en las vértebras y algunos otros huesos
- Desarrollo posterior del corazón que ahora late a un ritmo regular
- Movimiento de sangre rudimentaria a través de los vasos mayores

Semana 6

- Los brazos y las piernas se han alargado y se pueden distinguir las áreas de los pies y de las manos
- Las manos y los pies tienen dedos (dígitos), pero pueden aún estar adheridos por membranas
- El cerebro continúa formándose
- Comienza la formación de los pulmones

Semana 7

- se forman los pezones y folículos pilosos
- los codos y los dedos de los pies son visibles
- todos los órganos esenciales se han comenzado a formar

Semana 8

- los párpados están más desarrollados
- las características externas del oído comienzan a tomar su forma final.
- continúa el desarrollo de las características faciales
- los intestinos rotan

Desarrollo fetal

Esta etapa comienza desde el momento en que se ha completado la etapa embrionaria, y hasta que se produzca el parto. Durante la vida fetal no se forman órganos o tejidos nuevos, sino que se produce la maduración de los ya existentes.

Semanas 9 a 12

- los párpados se cierran y no se vuelven a abrir casi hasta la semana 28
- la cara está bien formada
- las extremidades son largas y delgadas
- los genitales aparecen bien diferenciados
- los glóbulos rojos se producen en el hígado

- el tamaño de la cabeza corresponde casi a la mitad del tamaño del feto
- el feto puede empuñar los dedos
- aparecen los brotes dentarios

Semanas 17 a 19

- el feto puede oír
- el feto efectúa más movimientos
- la mujer puede sentir una agitación en la parte baja del abdomen.

Semana 20

- el lanugo cubre todo el cuerpo
- aparecen las cejas y las pestañas
- aparecen las uñas en pies y manos
- el feto es más activo con mayor desarrollo muscular
- la mujer puede sentir al feto moviéndose
- los latidos cardíacos fetales se pueden escuchar

Semana 24

- las cejas y las pestañas están bien formadas
- todas las partes del ojo están desarrolladas
- el feto presenta el reflejo prensil y de sobresalto
- se comienzan a formar las huellas de la piel plantar y de la piel palmar
- se forman los alvéolos pulmonares

Semanas 25 a 28

- desarrollo rápido del cerebro
- el sistema nervioso está lo suficientemente desarrollado para controlar algunas funciones corporales
- los párpados se abren y se cierran
- el sistema respiratorio, aunque inmaduro, se ha desarrollado al punto de permitir el intercambio gaseoso

Semanas 29 a 32

- Se presenta un aumento rápido en la cantidad de grasa corporal
- Se presentan movimientos respiratorios rítmicos, pero los pulmones no están totalmente maduros

- Los huesos están completamente desarrollados, pero aún son blandos y flexibles
- El cuerpo del feto comienza a almacenar hierro, calcio y fósforo

Semana 36

- el lanugo comienza a desaparecer
- se presenta un aumento en la grasa corporal
- las uñas de las manos alcanzan las puntas de los dedos

Semanas 37 a 40

- el lanugo desaparece excepto en la parte superior de los brazos y en los hombros
- las uñas de las manos se extienden más allá de las puntas de los dedos
- se presentan pequeñas yemas o brotes mamarios en ambos sexos
- el cabello de la cabeza ahora es más grueso, más áspero y más grasoso.

Síntomas Y Signos De Presunción

- Amenorrea: Se sospecha embarazo cuando ha pasado más de diez días desde la fecha inicial de la menstruación esperada.
- Cambios mamarios: Las mamas se agrandan y están hipersensibles, los pezones se oscurecen y aumentan de tamaño, para la segunda mitad del embarazo es posible obtener calostro, pueden aparecer tubérculos de Montgomery, que son pequeñas elevaciones en la areola.
- La vagina cambia de coloración, hacia la tonalidad azulosa y la pared vaginal está congestionada.
- A veces aparecen estrías en mamas, abdomen y muslos debido al estiramiento, rotura o atrofia del tejido conectivo profundo de la piel.
- Hay náuseas y vómitos casi siempre en la mañana, pero puede presentarse en cualquier momento del día con duración de pocas horas. Suelen desaparecer de manera espontánea cerca del final del primer trimestre.
- Sensaciones de movimiento en el abdomen. Ocurre entre la 16 y 20 semana después de la última menstruación.
- Polaquiuria: Por presión del útero en expansión sobre la vejiga, desaparece cuando el útero sale de la pelvis, reaparece cuando la cabeza fetal se encaja en la pelvis al final del embarazo.
- Fatiga, característica del principio del embarazo.

Síntomas y signos de Probabilidad:

- Agrandamiento del abdomen: Cerca del final del tercer mes, puede sentirse el útero debajo de la pared abdominal.
- Cambios en forma, tamaño y consistencia del útero.

- El útero aumenta de tamaño, se alarga y disminuye su grosor conforme avanza el embarazo.
- Signos de Hegar: El segmento inferior uterino se reblandece 6 a 8 semanas después de la menstruación.
- Cambios en el cuello uterino: A las 6 o 8 semanas de gestación, el cuello uterino esta considerablemente blando.
- Signos de Goodell: Se identifica por la blandura del cuello uterino.
- Si hay inflamación o neoplasia del cuello uterino durante el embarazo es posible que no pierda su consistencia.
- Contracciones intermitentes del útero (signos de Braxton - Hicks): Contracciones palpables, indoloras que ocurren a intervalos irregulares.
- Baloteo Fetal: Hundimiento y rebote del feto en el líquido amniótico. (Ocurre al 4 o 5 mes del embarazo).
- Delineación del feto a través del abdomen: Palpación abdominal en la segunda mitad del embarazo.
- Pruebas hormonales positivas para el embarazo (reacciones producidas por gonadotropinas en el plasma materno y la orina).

Síntomas Y Signos Positivos O De Certeza

- Latido cardiaco fetal (separado y diferente del de la madre), suele escucharse entre las 16 y 20 semanas de la gestación. Es posible sentir los movimientos fetales (después de cerca de 20 semanas de gestación).
- Visualización radiográfica del feto (después de la 16 semana de gestación). Datos sonográficos (después de las 8 semanas de gestación).

2.2.1. Cambios en el Aparato Reproductor y sexual

Útero

Aumenta el volumen, comprende el estiramiento.

Hipertrofia de células musculares.

Incremento del tejido fibroso, elástico, vasos sanguíneos y linfáticos.

Agrandamiento y engrosamiento de la pared uterina acentuado en el fondo.

Al final del tercer mes, el útero es demasiado grande para limitarse a la cavidad pélvica, es posible palparlo por encima del pubis.

A las 20 semanas el fondo ha llegado a nivel del ombligo.

A las 36 semanas el fondo está a nivel del apéndice xifoides.

Las últimas dos semanas, el útero desciende, el feto se encaja en la pelvis y la pared uterina se adelgaza.

Cambios en la contractilidad: En el tercer trimestre existen contracciones indoloras, irregulares denominadas de Braxton – Hicks.

Aumento progresivo en el aporte sanguíneo útero placentario durante el embarazo

Cuello uterino

Reblandecimiento acentuado, cianosis por la mayor vascularidad, edema, hipertrofia e hiperplasia de las glándulas cervicales.

Tapón de moco muy espeso que obstruye el conducto cervical.

Erosiones de cuello uterino, son frecuentes.

Ovarios

La ovulación cesa durante el embarazo.

Un cuerpo lúteo funciona durante las primeras ocho semanas y produce principalmente progesterona, que es la que mantiene el embarazo hasta que la placenta la empieza a producir.

Vagina y genitales externos

Aumento de vascularidad, hiperemia y reblandecimiento de tejido conectivo en piel y músculos de peritoneo y vulva.

Se observa el signo de Chadwick: Color violeta característico por aumento de la vascularidad y la hiperemia.

Vagina: La mucosa aumenta de grosor, el tejido conectivo se hace laxo y se hipertrofian células musculares pequeñas.

Las secreciones vaginales aumentan. El pH 3.5 a 6.0, por mayor producción de ácido láctico.

2.2.2. Cambios en los diferentes órganos y sistemas

Cambios en la Pared Abdominal

Suelen desarrollarse estrías rojizas en el embarazo deprimidas en la piel del abdomen, las mamas los muslos y glúteos. Se transforman en líneas plateadas después del embarazo.

Línea alba: se forma una línea de pigmentación oscura que va desde el ombligo hasta la sínfisis del pubis.

Puede ocurrir diastasis de los rectos. Separación de rectos abdominales.

Cambios en las Mamas

Son sensibles y con hormigueos en las primeras semanas.

Aumentan de tamaño en el segundo mes. Hipertrofia de alvéolos mamarios.

Los pezones crecen, se pigmentan intensamente y son más eréctiles al inicio del embarazo.

Puede expresarse calostro en el segundo trimestre.

Las areolas se ensanchan y se pigmentan.

Las glándulas de Montgomery producen secreción para la lubricación de la piel durante la lactancia materna.

Cambios en el Sistema Cardiovascular

El corazón es rechazado hacia la izquierda y arriba, y la punta desplazada a un lado.

La frecuencia cardíaca aumenta 10 – 15 latidos por minuto.

Soplos cardíacos: Son frecuentes los soplos sistólicos y suelen desaparecer después del parto.

El volumen cardíaco aumenta, lo cual ocasiona hipertrofia del miocardio y mayor gasto cardíaco.

Síndrome de hipotensión supina: En caso de posición supina, el útero comprime el retorno venoso de la parte inferior del cuerpo.

El metabolismo acelerado produce un exceso de calor que se disipa mediante un aumento en la circulación cutánea.

Los trastornos más frecuentes que podemos encontrar son:

- Edema: Están propiciados por los cambios electrolíticos (sodio y potasio) y por el aumento de la presión venosa en los miembros inferiores, debida principalmente a la dificultad del retorno venoso por la compresión que el útero ejerce sobre las venas cava inferior e ilíacas

- Hipotensión: Aparece con frecuencia el denominado «síndrome de hipotensión en decúbito supino», que se produce como consecuencia de la compresión del útero sobre la vena cava inferior. La fuerza de la gravedad hace que el útero comprima la vena cava, al estar la mujer en decúbito supino provocando un cuadro de palidez, mareo, frialdad e hipotensión que mejora de inmediato al cambiar de posición.

- Varices: La dificultad del retorno venoso por la mencionada compresión del útero sobre la cava inferior y las ilíacas, sumada a la acción de la progesterona, puede provocar varices en los miembros inferiores (con menos frecuencia en la vagina y la vulva) y también hemorroides.

Cambios Hematológicos

El volumen total de hematíes se eleva, sin embargo se puede presentar anemia dilucional por aumento del volumen sanguíneo.

El número de leucocitos llega hasta 25000 / cc o más durante el parto.

El proceso de coagulación de la sangre está aumentado, por aumento de los factores de la coagulación.

Cambios en las Vías Respiratorias

Hiperventilación

Alcalosis respiratoria leve.

El diafragma queda rechazado hacia arriba por el útero voluminoso.

La caja torácica se expande ya que la movilidad de las costillas es mayor y estas pueden elevarse.

La respiración acelerada y la reducción de PCO₂.

Cambios en las Vías Urinarias

Los uréteres se dilatan y alargan por presión mecánica y por efecto de la progesterona.

Puede haber glucosuria porque se aumenta la filtración glomerular y persiste casi hasta el final.

La proteinuria no es normal salvo algunas pequeñas cantidades durante el parto.

En los últimos días, la presión del producto impide el drenaje de sangre y linfa de la base de la vejiga, que es edematosa, se traumatiza con facilidad, es susceptible a infecciones.

Los trastornos que con más frecuencia aparecen durante el embarazo con relación al aparato urinario son: – Poliuria. – Polaquiuria. – Nicturia. – Glucosuria. – Pielonefritis

Cambios en el Sistema Endocrino

La hipófisis aumenta de tamaño.

La tiroides está agrandada por hiperplasia del tejido glandular y la hiper-vascularidad

Aumenta el metabolismo basal.

Cambios en los Tegumentos (Piel)

Cambios en la pigmentación porque la hormona estimulante de melanocitos se eleva en el segundo mes hasta el final.

Aparecen estrías grávidas como surcos rojizos, un poco socavados en la piel del abdomen y a veces en mamas muslos y glúteos. La localización de las estrías más frecuente la tenemos en: – Nalgas. – Abdomen. – Mamas. – Otros.

Se presenta Cloasma (Máscara del embarazo).

Se forman angiomas que son diminutas elevaciones en la cara, cuello, parte superior del tórax y brazos.

Eritema palmar.

Cambios en Sistema Músculo Esquelético

Los trastornos más usuales del aparato musculoesquelético son: – Calambres. – Lumbalgias. – Caries

Los cambios hormonales ocasionan aumento en la movilidad de las articulaciones sacro ilíaca, sacro coccígea y pélvicas.

Esta movilidad contribuye a un trastorno en la postura de la madre y a dolor de espalda.

En las últimas fases hay dolor, entumecimiento y debilidad de extremidades superiores debido a la lordosis que produce tracción del nervio mediano y cubital.

Los músculos rectos del abdomen se separan con la presión cada vez mayor sobre ellos hasta convertirse en diastasis de los rectos.

Cambios metabólicos

Aumento de peso 9 –12 Kg en total.

Feto 3.4 kg, placenta 0.6 Kg.

Líquido amniótico 0.9 kg

Hipertrofia del útero 1.1 Kg.

Mamas 0.4 Kg.

Aumento del volumen sanguíneo 1.6 Kg.

Aumento de las demandas de hierro.

Aumento de los lípidos en la segunda mitad.

Aumento de la glicemia, por la resistencia a la insulina, se presenta diabetes gestacional.

Cambios en el sistema digestivo

Encías pueden estar hiperémicas y reblandecidas y sangran con facilidad.

Puede haber pirosis.

Disminuye el tono de las vías digestivas.

Estreñimiento, pueden aparecer hemorroides.

Cuidados y signos de alarma por trimestre

Durante el embarazo pueden presentarse signos y síntomas de alarma, los cuales deben concurrir con su médico ginecólogo. Es importante que la mujer concurra al médico antes de quedar embarazada para tener una clara noción del estado general. El primer trimestre de embarazo es muy importante tener en cuenta algunos signos de alarma que pueden poner en riesgo el embarazo o la salud de la madre que afectará directamente en el feto. Es importante tener en cuenta que la mujer embarazada no puede tomar cualquier medicamento. Lo ideal es que no tome ninguno, pero si fuera necesario siempre debe ser indicado por el médico tratante.

- Las náuseas y vómitos persistentes pueden llevar a la madre a una deshidratación y a una pérdida de peso importante. En este caso la madre debe ser hospitalizada para recibir líquidos y los nutrientes perdidos vía intravenosa.
- Sangrado vaginal: Pequeñas cantidades, manchas de color oscuro o rojo, con o sin dolor del bajo vientre. Pero si lo que nota es un flujo con olor y un color verdoso, la causa puede ser una infección llamada vaginitis bacteriana.* Dolor o ardor al orinar: Si siente molestias o ardor al orinar debe consultar con el médico. Es necesario hacer un análisis de orina para poder descartar cualquier tipo de infección urinaria.
- Fiebre: Ante la aparición de fiebre, especialmente si es alta y de forma persistente, se puede estar en presencia de algún tipo de infección. Por eso es necesaria la consulta para poder actuar frente a cualquier tipo de mal que pueda afectar al feto. A una mujer embarazada con fiebre persistente se le puede adelantar el parto.
- Hinchazón de manos o pies en forma rápida.
- Aumento o disminución en la producción de orina. Está relacionado también con una infección urinaria.

- Pérdida de líquido amniótico. Sentirá un líquido tibio, de olor similar a la lejía y de un color blanquizco. La importancia de acudir al médico es para que no se genere una infección.
- Contracciones uterinas: un dolor que se asemeja al dolor en la menstruación. Puede sentirse en la espalda y en el bajo vientre.
- Trastornos visuales que pueden ser visión borrosa, destellos, visión doble.
- Vértigo: al igual que un dolor de cabeza persistente y dolores epigástricos, son los síntomas más comunes en la preeclampsia. El identificarlos con rapidez es importante. Con urgencia consulte al médico.
- Cefaleas persistentes: pueden llegar a ser la consecuencia de un cambio en la presión de la madre. Procurar evitar la hipoglucemia, controlar la presión arterial. La hipertensión es frecuente que se presente en el embarazo, puede relacionarse también con la preeclampsia, una enfermedad la cual sus consecuencias son muy importantes, consulte a su médico rápidamente.
- Dolor o calambres en la parte inferior del abdomen. Pueden darse también durante el coito. Es necesaria la consulta, y en el momento de sentir las quedarse tranquila y ver que sucede con el cuadro clínico.
- Disminución de movimientos fetales: Si los movimientos fetales disminuyen considerablemente o directamente están ausentes se debe concurrir al médico para realizar un monitoreo.

2.2.3. Estimulación Intrauterina

No existe una receta única para estimular al bebé dentro del útero. El amor que siente la madre hacia su hijo es el principal ingrediente de esta técnica, y no sólo de su madre, sino también del padre, los hermanos, los abuelos y todos aquellos cercanos que esperan su llegada expectante y ansiosa.

Existen algunas técnicas como ejercicio físico especializado para madres embarazadas, musicoterapia, color terapia y otras terapias alternativas para estimular al bebé en desarrollo. La idea de estas técnicas es que tanto la madre como el hijo se sientan cómodos, desestresados, satisfechos, seguros y felices. ¿Y cómo lograr esto? Se busca entonces los ejercicios, técnicas, lugares, aromas, colores y situaciones que nos otorguen paz, tranquilidad y dicha. El amor es el mejor estimulante para la salud y el aprendizaje, sirve a toda edad, cualquiera lo puede entregar ¡y es gratis!

Para que el bebé esté contento, saludable y tenga una buena disposición para futuros aprendizajes es necesario estar bien durante el embarazo. Realizar estas sencillas cosas nos hará sentirnos felices y esa felicidad le será transmitida a nuestro bebé. El vientre estará distendido, al igual que el útero. De esta forma la placenta tendrá más espacio y el bebé dentro de ella se sentirá más cómodo, podrá mover sus piernitas, bracitos... e incluso puede sonreír.

Sin amor ninguna técnica dará el resultado que estamos buscando: felicidad para nuestro bebé. Toque a su bebé, háblele, hágalo sentir parte de la familia, parte de este mundo. Presénteles a sus

parientes cuando ellos toquen su vientre, coméntele cuando es el papá. Conéctese con su hijo antes que nazca, pues está vivo y está sintiendo lo mismo que usted siente, de una forma netamente pura.

Si está en un lugar incómodo, escuchando música desagradable para usted, o en una situación problemática, su cuerpo se contraerá. Por lo mismo explicado anteriormente, el útero y la placenta reducirán su espacio y con esto el bebé se encontrará entre paredes rígidas, perderá movimiento y con esto, su bienestar. Evite situaciones estresantes, cosas desagradables para sus sentidos (alimentos, imágenes, sonidos, personas y situaciones).

2.4 Los primeros 1000 días

Esta etapa representa el momento más importante de una persona, es una ventana crítica en el desarrollo y además suministra beneficios nutricionales e inmunológicos para el resto de la vida. Asimismo genera desarrollo de inteligencia y hábitos saludables a futuro para evitar morbi-mortalidades, afectación en el desarrollo mental, motor y bajo rendimiento intelectual a largo plazo. Este desarrollo se establece a nivel epigenético desde el embarazo ya que la alimentación de la madre causa impacto sobre el crecimiento del feto como en el desarrollo durante la infancia.

La leche materna es un alimento único que aporta al infante los requerimientos calóricos y diversos nutrientes como proteínas, péptidos, lípidos, carbohidratos, vitaminas y minerales. Debe ser exclusiva durante los primeros 6 meses de vida porque ayuda en el proceso de crecimiento y alimentación adecuada en los lactantes, incluyendo la protección del niño frente a una variedad de problemas agudos y crónicos. Aporta efectos beneficiosos en el lactante como el desarrollo de la integridad de la mucosa intestinal, previene la diarrea, prevención de la atopia y la alergia, diabetes, obesidad, niveles altos de colesterol y enfermedades cardiovasculares. La leche materna además de tener compuestos bioactivos hace una estimulación activa para el desarrollo del sistema inmunológico del bebé. En relación con la inteligencia en los niños alimentados con leche materna se ha asociado a mayor inteligencia. Por el contrario niños alimentados con leche de fórmula por contraindicaciones de la lactancia o por leche materna improductiva genera riesgo de desarrollo de alergias, vómitos y otras manifestaciones en el lactante causadas por esta. La leche artificial es un producto que semeja la leche materna y se puede encontrar en varias

leche de soja, leche proteínas

artificial con compuestas a base son manipuladas leche maternizada, aporta moléculas inmunoglobulinas, enzimas. Por esto los

plazo mayor riesgo enfermedades de base inmunológica como asma, diabetes mellitus tipo 1, enfermedad celiaca, colitis ulcerativa y enfermedad Crohn. (OMS, Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría.)



presentaciones como artificial con hidrolizadas y leche aminoácidos, están de leche de vaca y para obtener una sin embargo esta no especiales como glóbulos blancos y niños tienen a largo de padecer

Hacia los seis meses de edad se inicia la alimentación complementaria y esta debe aportar los requerimientos energéticos y nutricionales en el bebé, los alimentos deben tener una cantidad, consistencia, variedad y frecuencias adecuadas. Si no se introducen los alimentos adecuados o no se inicia a esta edad puede afectar de manera negativa el crecimiento y desarrollo del niño. Debe continuarse la lactancia materna hasta los dos años de edad o más, en el primer año de vida la leche materna aporta el 50% del requerimiento energético y calórico del niño y a los dos años esta aporta un tercio.

La OMS y la Asociación Española de Pediatría (AEP) (Comité de Lactancia) recomiendan ofrecer leche materna exclusiva desde el nacimiento hasta alrededor de los 6 meses e introducir la alimentación complementaria a partir de entonces mientras se continúa el amamantamiento frecuente y a demanda hasta los 2 años o más.

¿Por qué hacerlo?

- Maduración digestiva.
- Maduración renal.
- Desarrollo psicomotor.

- Maduración inmune.

Se recomienda comenzar con raciones pequeñas, aumentando la cantidad a medida que el niño crece, mientras se continúa ofreciendo el pecho con frecuencia.

El número apropiado de comidas depende de la densidad energética de éstas y la cantidad que consuma en cada una de ellas. Como norma general para el lactante sano amamantado de nuestro medio, se aconseja:

- 2 a 3 comidas por día entre los 6 y 8 meses.
- 3 ó 4 comidas entre los 9 y 11 meses.
- 3 ó 4 comidas y 2 “aperitivos nutritivos” durante todo el segundo año.

Durante todo el primer año, la leche materna debe ser el principal alimento y es importante tener presente que la misión de la alimentación complementaria es ofrecer energía y nutrientes adicionales para complementar a la leche materna, pero no para sustituirla.

¿QUÉ ALIMENTOS?

Una oferta variada de alimentos de elevada calidad nutricional ofrece mayor seguridad de alcanzar las necesidades requeridas.

Alimentos de origen vegetal

Para asegurar el aporte de vitaminas, minerales y otras sustancias protectoras presentes en los vegetales, es necesario combinar la mayor variedad posible de verduras en la dieta.

- Cereales
- Patatas, legumbres, verduras y frutas

Alimentos de origen animal

Los alimentos de origen animal son ricos en proteínas, vitamina A, hierro y folatos fácilmente absorbibles. La carne y el pescado son las mejores fuentes de cinc y los productos lácteos son ricos en calcio. La carne, el pescado y el marisco son fuentes del hierro que mejor se absorbe, la forma hem, y además mejoran la absorción del hierro no hem presente en la comida. El riesgo potencial de transmisión de enfermedades por priones ha desaconsejado el uso de vísceras, en general, en la alimentación, en nuestro medio.

- Carne.
- Pescados y mariscos.
- Huevos.
- Leche y derivados.

Guía práctica de introducción de alimentos

6-7 meses

Estadio inicial: al inicio tienen suficiente con una o dos cucharadas. Puede que al principio al lactante le cueste coger el alimento o no sepa moverlo hasta el final de su boca y se le caiga o lo escupa, esto es normal. Lo mejor es ofrecer purés de un solo alimento, sin azúcar ni sal ni especias como: patata cocida o arroz o cereales sin gluten diluidos con un poco de leche materna o con agua, una o dos veces al día y siempre después del pecho.

Segundo estadio: una vez que el niño aprende a comer con cuchara se introducen nuevos sabores y mayor variedad de alimentos, en forma de purés aplastados y semisólidos, que además le ayudarán a desarrollar su habilidad motora. Es preferible ofrecer inicialmente sabores salados (sin sal añadida) y es importante no ofrecer alimentos excesivamente dulces.

8-11 meses

La mayoría de los lactantes a esta edad son capaces de comer alimentos blandos que pueden coger por sí mismos, llevárselos a la boca y masticarlos.

Los vegetales deben cocerse para ablandarlos y las carnes trocearse y triturarse en puré no muy fino. Se deben ofrecer alimentos para comer por sí solos con cada comida y el pan puede untarse con mantequilla o margarina o aceite. Los alimentos con azúcar añadido como las galletas, pasteles o bizcochos deben desaconsejarse. Los derivados lácteos sin azúcar añadido pueden estar presentes en la dieta desde los 9 meses. La lactancia materna debe continuar ofreciéndose a demanda y si se ofrecen otros líquidos es preferible ofrecerlos en taza o vaso.

12-23 meses

La mayoría de los niños son capaces de comer casi los mismos tipos de comida que los demás adultos de su casa, teniendo en cuenta que precisan alimentos con alta densidad nutricional y que en esta etapa es tan necesario darle de comer como estimularle para que se autoalimente. La leche materna sigue siendo una parte importante de la dieta y debe ser preferiblemente el principal líquido aportado durante todo el segundo año o más. Los alimentos pueden estar troceados o aplastados y la carne picada. Es importante ofrecer alimentos que puedan llevarse a la boca con las manos como trozos de pan, cereales, queso, frutas o verduras blandas. Se deben evitar alimentos que supongan riesgo de atragantamiento por consistencia o forma: frutos secos, uvas, zanahoria cruda, piel de salchicha o calamar, caramelos... Se debe evitar la oferta de alimentos ricos en calorías vacías (excesivamente grasos). Tampoco se debe añadir sal a las comidas.

Nutrición de la Gestante

Durante la gestación aumentan las necesidades nutricionales debido a que se deben cubrir no solo las necesidades nutricionales propias de la madre, sino también las demandas requeridas para la formación de las estructuras necesarias (glándulas mamarias, mayor volumen de sangre, útero y placenta) junto con las necesidades nutricionales para el crecimiento y desarrollo del feto.

Ingestas de nutrientes recomendadas para la mujer gestante:

Aumento de la ingesta de energía, es decir de kilocalorías. Así como en el primer trimestre el aumento no es tan significativo, durante el resto de la gestación es de unas 300 Kcal. Diarias aprox. Y para la mujer lactante aumenta a 500 kilocalorías diarias.

Aumento de la ingesta de proteína. La mujer gestante ha de ingerir aproximadamente 10 gramos diarios más de proteína que en situación no gestacional.

La proteína adicional es necesaria para apoyar la síntesis de tejidos maternos y fetales, y en este sentido, se observa que la eficacia de utilización de proteína en la embarazada es de aproximadamente un 70%.

Lípidos. En cuanto a los lípidos tenemos que tener en cuenta dos aspectos: La primera es que solamente durante la primera fase de la lactancia se ha de aumentar el aporte de lípidos. Y la segunda es que se ha de aumentar durante la gestación y especialmente durante la lactancia la ingesta del ácido docosahexaenoico. Esenciales para la formación de la retina y del sistema nervioso del neonato.

Vitaminas. Es común el consumo de suplementos vitamínicos, pero solamente es necesario aumentar el aporte de las vitaminas K, A, D y el ácido fólico. Dada la esencial necesidad del ácido fólico, la dieta de la gestante debe contener alimentos ricos en esta vitamina. Si desea una tabla con dichos alimentos rellene el La vitamina D es fundamental para la correcta absorción de calcio, se ha de aumentar por lo tanto su ingesta durante la gestación.

Minerales.

Se ha de aumentar principalmente el aporte de Calcio, Fósforo y Hierro. El aumento de las necesidades de calcio se debe a la calcificación ósea del feto.

Micronutrientes: Una alimentación balanceada antes y durante el embarazo, garantiza que el bebé sea saludable. Las vitaminas en la mujer embarazada también son muy importantes para el correcto desarrollo del feto.

Ácido Fólico: Una de las vitaminas más importantes durante el embarazo y que difícilmente se alcanza a suplir con la dieta es el ácido fólico. Aunque este elemento se encuentra en pequeñas cantidades en alimentos como vegetales verdes, el hígado y frutos secos, es necesario añadir una cantidad en suplemento vitamínico.

Beneficios del ácido fólico

El ácido fólico es una vitamina B que ayuda a prevenir los defectos congénitos relacionados con el cerebro y la médula espinal (llamados defectos del tubo neural). El tubo neural es la parte del embrión a partir de la cual se forman el cerebro y la médula espinal. Esta estructura, que comienza como una pequeña capa de tejido, normalmente se pliega para formar un tubo aproximadamente 28 días después de la concepción. Si este proceso no se realiza bien y el tubo neural no se cierra por completo, se pueden producir defectos en el cerebro y en la médula espinal.

Los estudios demuestran que si una mujer comienza a tomar ácido fólico por lo menos un mes antes de quedar embarazada, reduce de un 50% a un 70 % el riesgo de tener un bebé con malformaciones del tubo neural. Aquella madre que ya ha tenido un bebé con malformaciones del tubo neural puede reducir el riesgo de tener otro bebé con defectos similares a más de un 70 %. Los estudios también sugieren que el ácido fólico ayuda a prevenir otros defectos de nacimiento, como el labio leporino.

Además, esta vitamina cumple otras funciones importantes durante el embarazo: es necesaria para producir los glóbulos sanguíneos adicionales que la madre necesita debido al aumento del volumen de sangre, permite el rápido crecimiento de la placenta y del feto y es fundamental para producir material genético (ADN) nuevo a medida que se multiplican las células.

Modo de administración: En un embarazo planificado, la administración del ácido fólico debe empezar al menos un mes antes de la gestación y como mínimo durante los tres meses siguientes. El ácido fólico en fechas posteriores a las referidas ya no tiene este efecto protector aunque sí posiblemente otros efectos beneficiosos (durante el resto del embarazo y de la lactancia puede actuar como anti anémico).

Hierro: El hierro es un oligoelemento que forma parte de la hemoglobina de los glóbulos rojos, donde se transporta el oxígeno en la sangre.

Las necesidades de hierro en el embarazo aumentan de 1-2,5 mg/día al principio hasta 6,5 mg al final del embarazo. Esto puede hacer pensar que necesitan ingerir más cantidad de hierro, sin embargo una dieta equilibrada es suficiente puesto que este aumento de requerimientos se compensa con una mayor capacidad de absorción del hierro. A las 12 semanas de gestación la capacidad de absorción aumenta hasta un 7% y en la semana 36 llega a un 66%. Los alimentos que contienen más hierro son: carnes rojas magras, frutos secos, frijoles, lentejas, pescado y vegetales de hoja verde.

Es por esto que en forma rutinaria no son necesarios los suplementos de hierro. Serán formulados en caso de diagnosticarse algún tipo de anemia y el médico decidirá el tiempo del tratamiento. Es importante seguir las recomendaciones de su médico, no auto formularse ya que existen múltiples multivitamínicos en el mercado pero pueden no tener la cantidad de nutrientes requeridos y recordar que estas vitaminas no aumentan el apetito ni hacen ganar peso. Algunas pueden producir acidez estomacal por lo cual se recomienda tomarlas con las comidas o justo antes de acostarse.

2.5 Control Prenatal

Control prenatal se define como el “conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional”.

El control prenatal tiene los siguientes componentes:

- El análisis temprano y continuo del riesgo.
- La promoción de la salud, detección temprana y protección específica.
- Las intervenciones médicas y psicosociales

Con base en estos componentes se define una serie de objetivos generales que, a su vez, caracterizan a un buen control prenatal. Tales objetivos son:

- Identificación de factores de riesgo.
- Diagnóstico de la edad gestacional.
- Identificación de la condición y crecimiento fetal.
- Identificación de la condición materna.
- Educación materna y a su núcleo familiar en actividades de promoción y prevención.

El control prenatal debe ser:

- **Precoz:** propender a la atención preconcepcional o desde el primer trimestre.
- **Periódico:** varía según los factores de riesgo, los recursos disponibles en cada región y las normas establecidas.
- **De buena calidad:** propendiendo a la determinación adecuada de los factores de riesgo.
- **Integral:** incluyendo el fomento, la prevención, educación y recuperación de la salud.
- **Universal:** con cobertura total, es decir, a todas de las mujeres gestantes en un área determinada, conforme a lo definido en el sistema general de seguridad social en salud en relación con su identificación en el sistema y para la población más pobre y vulnerable, conforme a las modalidades definidas en la normativa vigente, por medio de subsidios en salud.
- **Libre escogencia:** garantizando la accesibilidad de la usuaria a la institución más cercana.

Objetivos

- Unificar criterios de diagnóstico, manejo e intervención de tal forma que los recursos se utilicen en forma racional dentro de parámetros óptimos de calidad.

Objetivos específicos

- Identificar e intervenir oportunamente los principales factores de riesgo materno y perinatal.
- Establecer parámetros que guíen la manera como se realiza el control prenatal.
- Disminuir la morbilidad materna y perinatal en Bogotá.
- Disponer de un instrumento que facilite la evaluación, seguimiento y ajuste de la red de atención materno perinatal de Bogotá.

Estrategias

- Capacitar al personal de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud en acciones preventivas y asistenciales, así como en los aspectos ético-legales relacionados con la atención materno perinatal y en las acciones pertinentes a cada nivel de atención, según lo establecido en esta guía.
- Realizar actividades educativas de mantenimiento de la salud y auto cuidado.
- Captar tempranamente a las pacientes, mediante la creación de una conciencia de vulnerabilidad, que permita a las beneficiarias evaluar su propio riesgo.
- Desarrollar canales eficientes de comunicación entre los diferentes niveles de atención.
- Establecer un sistema de información oportuno y eficiente para la toma de decisiones adecuada.
- Incentivar, capacitar y apoyar el desarrollo de investigaciones que permitan el ajuste permanente de las directrices preventivas y asistenciales del manejo materno-perinatal.
- Implementar un sistema permanente de monitoreo de calidad y seguimiento.

2.5.1 Control y exámenes

Consulta preconcepcional

Una de las campañas que ha exigido mayor esfuerzo en los últimos años es la implantación de la consulta preconcepcional, que tiene como objetivo mejorar las condiciones maternas para una futura gestación. Esto se logra con la historia clínica completa, examen físico e identificación de las condiciones psicosociales de la paciente.

Los componentes de la consulta preconcepcional son:

Historia clínica preconcepcional, con énfasis en:

- Inmunizaciones previas.
- Viajes a zonas endémicas de enfermedades que puedan poner en riesgo la gestación (malaria, fiebre amarilla, dengue, hepatitis B, entre otras).
- Medicaciones.
- Síntomas actuales.
- Antecedentes obstétricos.
- Características de los embarazos previos.
- Características de los ciclos menstruales.
- Métodos de planificación.
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Antecedentes genéticos en la familia.
- Historia de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción.
- Hábitos dietarios.
- Nivel socioeconómico.
- Exposiciones en el sitio de trabajo a factores de riesgo para la gestación.
- Soporte social.
- Violencia potencial.

- Hábitos de ejercicio.
- Laboratorios pre-concepcionales como: toxoplasma Ig G, HIV, CH, parcial de orina, hemoclasificación, VDRL, glicemia, citología cervico vaginal (esquema 1-1-3), Ac IgG an-tirubéola.
- Compañero sexual actual: riesgo ETS, edad, riesgo genético (antecedentes familiares).
- En la consulta preconcepcional el suministro del *ácido fólico* debe incluirse desde el momento en que la paciente manifieste su deseo de embarazo y hasta el primer trimestre de la gestación.
- Primera consulta prenatal
- Debe llenarse el instrumento de historia clínica de control prenatal y el carné, este último debe ser entregado a la gestante. La historia clínica perinatal por utilizar es la del Centro Latinoamericano Asociado de Perinatología (CLAP).

Guía de control prenatal y factores de riesgo

La historia clínica debe constar de:

- Identificación del prestador de los servicios.
- Identificación de la embarazada. Datos básicos: edad, estado civil y nivel de instrucción, ocupación, procedencia y teléfono.
- Aspectos psicosociales, con énfasis en el nivel socioeconómico, acompañamiento o apoyo familiar, ansiedad, depresión, violencia intra familiar, entre otras.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales.
- Antecedentes obstétricos.
- Datos del embarazo actual.
- Evolución de la gestación.
- Examen físico.
- Laboratorio clínico.
- Vacunación.

La paciente es valorada integralmente por el médico general y por enfermera jefe, y de acuerdo con la valoración del riesgo será valorada por el médico ginecoobstetra. Si bien está demostrado que un profesional bien entrenado, sea médico, enfermera o profesional especializado, ofrece los mismos resultados en calidad de atención prenatal en gestantes de bajo riesgo, puede contemplarse la posibilidad, dada por el recurso humano, de que una institución decida ofrecer el control prenatal a toda gestante, por obstetra.

La valoración del riesgo permite elaborar el plan de manejo de la paciente, que se orienta a la identificación y el manejo de los factores de riesgo, al igual que su remisión posterior al nivel de atención requerido.

2.5.1.2 Seguimiento y periodicidad de los controles

Pacientes de bajo riesgo

Las consultas de seguimiento deben ser, idealmente, mensuales hasta la semana 32; después cada 15 días hasta la semana 36, y luego quincenal o semanal hasta el parto.

Los últimos dos controles prenatales deben ser efectuados por médico, con frecuencia

Semanal o quincenal, para orientar a la gestante y a su familia sobre el sitio de atención del parto y del recién nacido, explicar los factores de riesgo y diligenciar, completa, la nota de remisión.

Pacientes de alto riesgo

El intervalo con que se realice el control se establecerá de acuerdo con la patología y a criterio del especialista. Idealmente, toda gestante debe ser valorada por el médico ginecoobstetra, para confirmar o determinar el factor de riesgo. Se recomienda que esta valoración se efectúe en la segunda consulta y en el último trimestre del embarazo, preferiblemente entre las semanas 32 a 34.

Control prenatal por médico

El médico general realiza el control prenatal de las gestantes cuyas características y condiciones indiquen una gestación sin factores de riesgo. En caso de confirmarse la presencia de un embarazo de alto riesgo, deberá asegurar a la paciente su atención en el nivel correspondiente.

La duración de la consulta de seguimiento y control prenatal por médico es, en promedio, así: la consulta de primera vez de 30 minutos, y los controles de 20 minutos. La consulta inicial, de seguimiento y control prenatal por médico incluye: Revisión de la historia clínica anterior y controles previos. Si la historia clínica prenatal no se ha hecho, debe iniciarse en cualquier momento como en la primera cita.

Valoración ginecológica:

- Realizar examen de senos y genitales que incluye valoración de pelvis ósea, de cuello uterino, toma de citología (de acuerdo con esquema), tamaño y posición uterina y anexos, comprobar la existencia del embarazo, descartar gestación extrauterina e investigar patología anexial, evaluar posibles infecciones genitales.
- En caso de identificar una nueva patología, solicitar exámenes complementarios, si son necesarios, y realizar actividades según el nivel de atención.
- Si se identifica cualquier factor de riesgo que amerite su remisión a un nivel superior de atención, remitir a la paciente junto con resumen de la atención recibida, carné materno actualizado y paraclínicos
- Solicitud de exámenes paraclínicos: véase el punto respectivo.
- Análisis de las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino y presión arterial media y de paraclínicos.
- Formulación de micro nutriente a todas las gestantes.
- Se deberá formular suplemento de sulfato o fumarato ferroso en dosis de 200 mg/ día, que corresponden a 60 mg de hierro elemental /día (se absorbe 30% de la sal ferrosa, dependiendo del nivel de ferritina y hierro sérico) y un miligramo día de ácido fólico durante toda la gestación y hasta el sexto mes de lactancia. Además, debe formularse calcio durante la gestación, hasta completar una ingesta mínima diaria de 1.200-1.500 mg. Información y educación sobre la

importancia de la atención del parto institucional, sobre condiciones particulares y sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente tales como: sangrado genital, ruptura prematura de membranas, edema, vértigos, cefalea, dolor epigástrico, trastornos visuales y auditivos, cambios en la orina.

- Remisión a curso de preparación para el parto.
- Informar, educar y brindar consejería en planificación familiar. Solicitar firma del consentimiento informado de la gestante en caso de elegir método permanente para después del parto.
- Educar y preparar para la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y con alimentación complementaria hasta los dos años.
- Si no se ha presentado algún factor de riesgo que haya ameritado remisión previa, al llegar a la semana 34 a 36 se remitirá para última consulta de valoración al médico o institución que atenderá el parto (la gestante debió haber sido valorada por GO I a la semana 20 y 32 para confirmar el bajo riesgo).
- Remitir a la paciente junto con el resumen de la atención recibida, carné materno y paraclínicos al nivel de atención requerido según los factores de riesgo.
- En el último control deben darse instrucciones a la madre para que presente su remisión a la institución en la que se le atenderá el parto.
- Diligenciar y entregar el carné y dar indicaciones sobre el siguiente control, según condiciones y criterio médico. En el último control deben darse instrucciones a la madre para que presente su carné materno en la institución en la que se atenderá el parto.

Control prenatal por enfermera

Es el conjunto de actividades realizadas por la enfermera profesional a las gestantes clasificadas por el médico en la primera consulta como de bajo riesgo, para hacer seguimiento al desarrollo normal de la gestación y detectar oportunamente las complicaciones que puedan aparecer en cualquier momento.

El control por enfermera por primera vez debe ser de 30 minutos, y los siguientes de 20 minutos, y deben incluir:

- Anamnesis: indagar sobre cumplimiento de recomendaciones y aplicación de tratamientos y remitir si hay presencia de signos o síntomas
- Examen físico completo.
- Análisis de las curvas de ganancia de peso, crecimiento uterino, presión arterial media.
- Análisis de los resultados de exámenes paraclínicos: este proceso debe permitir verificar los hallazgos de laboratorio y en caso de anormalidades remitir al médico.
- Información y educación sobre la importancia de la atención del parto institucional, sobre condiciones particulares y sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, tales como: sangrado genital, ruptura prematura de membranas, edema, vértigos, cefalea, dolor epigástrico, trastornos visuales y auditivos, cambios en la orina.
- Remisión a curso de preparación para el parto.

- Informar, educar y brindar consejería en planificación familiar. Solicitar firma del consentimiento informado de la gestante en caso de elegir método permanente para después del parto.
- Educar y preparar para la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y con alimentación complementaria hasta los dos años.
- Diligenciar historia clínica y dar indicaciones sobre el siguiente control según condiciones de la paciente. En el último control con enfermera deben darse instrucciones a la madre para que asista al siguiente control con médico.
- Diligenciar y entregar el carné y dar indicaciones sobre el siguiente control según condiciones y criterio médico. En el último control deben darse instrucciones a la madre para que presente su carné materno en la institución en la que se atenderá el parto.
- Remitir a la gestante a la consulta médica si encuentra hallazgos anormales que sugieren factores de riesgo, o si los exámenes para-clínicos reportan anormalidades.

Laboratorio clínico

- **Exámenes básicos de laboratorio**
- A toda paciente, en su primer control prenatal, se le solicitarán los siguientes exámenes:
- **Cuadro hemático (*se hará cada trimestre*)**
- **Glicemia:** únicamente antes de la semana 20; luego, a todas las gestantes se solicitará el test de O'Sullivan-tamizaje de glucosa (semanas 24 a 28). Si el resultado está en el límite o es dudoso, deberá complementarse con una prueba confirmatoria: curva de tolerancia a la glucosa con carga de glucosa de 100 g. El tamizaje consiste en darle a ingerir a la gestante, en ayunas, 50 gramos de glucosa. Pasada una hora, se le toma una muestra de sangre. Valor normal: < 135 Mg%. Si el tamizaje es positivo (resultado entre 135-180 mg %) se practicará la prueba de tolerancia a la glucosa a las 1, 2 y 3 horas con carga de 100 g; si el resultado es superior a 180, es positivo y diagnóstico, y en este caso no es necesario hacer curva de tolerancia y la gestante debe ser remitida a segundo o tercer nivel.

Valores normales

En plasma Sangre capilar

Ayunas: 105 90

1 hora: 190 170

2 horas: 165 145

3 horas: 145 125

Un valor por encima de 180 mg en la prueba de tamizaje. En la curva de tolerancia a la glucosa dos valores alterados confirman el diagnóstico de diabetes gestacional.

- **Creatinina.** Sólo para pacientes con riesgo de acuerdo con su evolución.
- **Hemoclasificación.** Sólo en la primera consulta en caso de desconocerse.
- **Serología.** En primera consulta y tercer trimestre.
- **Parcial de orina.** Cada trimestre.
- **Citología vaginal.** Si la última citología cubre el periodo de la gestación, se hará sólo en casos de factores de riesgo y a toda gestante que no haya cumplido con el esquema 1-1-3

- **Frotis vaginal**, y cultivo si la paciente lo requiere.
- **Ecografía**. Solicitar en la primera consulta de control prenatal independiente de la edad gestacional. Si inicia control prenatal temprano se solicitará a las semanas 8 a 10 (transvaginal) y repetir a las 20-24, y en el último trimestre a criterio médico, preferiblemente en el sitio en el que se va atender el
- parto. Si la paciente llega por primera vez después de la semana 32 y antes del trabajo de parto, se le efectuará una ecografía.

Laboratorios especiales:

- **Coombs indirecto**. Si la madre es Rh negativa debe solicitarse en el primer control y repetir semana 24 a 28 y posparto. Si el coombs es positivo, debe remitirse al tercer nivel.
- **Urocultivo**. Solicitar en casos de presentar bacteriuria persistente o diagnóstico de IVU a repetición o de difícil manejo. Solicitar a toda paciente con IVU tratada.
- **Estudio de tamizaje genético**. Se practicará según criterio del ginecoobstetra
- **IgG – IgM de toxoplasma**. Se debe solicitar IgG inicial en la primera consulta a todas las gestantes. Si sale negativo debe repetirse por lo menos IgG a la semana 26-28 (para identificar seroconversión durante el embarazo), pero si sale el IgG inicial positivo se solicitará un IgM. Si la IgM sale positiva se hace diagnóstico de toxoplasmosis y la paciente debe remitirse a tercer nivel para iniciar, inmediatamente, estudio y tratamiento. Si la IgG inicial es dudosa (pruebas de Elisa o IFI), debe repetirse a las 3-4 semanas (si esta última sube 4 veces su nivel inicial, se hace diagnóstico de toxoplasmosis y debe remitirse para tratamiento y seguimiento; pero si continúa dudosa se solicita IgM). Diagnosticada la toxoplasmosis debe remitirse a tercer nivel para continuar estudio e iniciar, de inmediato, el tratamiento.
- **HIV y Ags superficie de hepatitis B**. Se solicitarán a todas las gestantes en la primera consulta prenatal, previa consejería y consentimiento informado de la paciente.
- **Pruebas de función renal**. Se practicará según criterio del médico general (aplicables a todas pacientes con nefropatías, trastornos hipertensivos y vasculopatías)
- **Estudio hemodinámico fetal y materno**. A criterio del ginecoobstetra o del médico especialista.

Mediciones hormonales

- Gonadotropina coriónica humana fracción beta (BHCG). Cuando se sospecha de embarazo ectópico o enfermedad trofoblástica del embarazo. A criterio del médico general o ginecoobstetra según la disponibilidad de laboratorio.
- Progesterona. A criterio de ginecoobstetra. Hormonas tiroideas. TSH: a criterio del médico general y del ginecoobstetra. Debe ser remitida al tercer nivel en caso positivo.
- T3 y T4: a criterio del médico especialista.
- Prolactina. A criterio del médico general o especialista.
- Estudios inmunológicos. En casos de lupus, artritis reumatoidea y síndrome de anticuerpos antifosfolípidos y otros. A criterio del médico general o especialista.
- **Consejería pre y pos. Consentimiento informado**. Anexar a prueba de VIH.

- Vacunación

El esquema de vacunación para la mujer gestante es el siguiente:

- Iniciar esquema de vacunación en el segundo trimestre
- La tercera dosis de TT puede ser aplicada de seis a doce meses después de la segunda, o durante un embarazo posterior. Después es suficiente con aplicar un refuerzo por embarazo, o anual, sin sobrepasar en total cinco dosis (Minsalud 1996).

Remisión a consulta odontológica general

El control prenatal es una oportunidad para fortalecer conductas y hábitos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Durante este periodo se presenta una mayor incidencia de enfermedades periodontales y, por tanto, con el fin de valorar el estado del aparato estomatognático, controlar los factores de riesgo para enfermedad periodontal y caries, así como para fortalecer prácticas de higiene oral adecuadas, debe efectuarse una consulta odontológica en la fase temprana del embarazo. Esta remisión debe hacerse de rutina, independiente de los hallazgos del examen médico o tratamientos odontológicos en curso.

2.5.2 Signos y Síntomas de Alarma por Trimestre

Son los signos y los síntomas que pueden poner en peligro la salud o la vida del feto o la madre. Si alguno de ellos se presenta se debe acudir inmediatamente al médico.

Sangrado vaginal: Nunca un sangrado vaginal durante el embarazo se considera normal. En el primer trimestre puede significar amenaza de aborto y durante el segundo o tercer trimestre puede significar desprendimiento de la placenta. En todos los casos el sangrado constituye un signo de peligro para la vida del feto incluso para la vida de la madre.

Salida de líquido amniótico: Este puede presentarse durante el segundo o el tercer trimestre, cuando la bolsa que recubre al bebé tiene la suficiente cantidad de líquido, de tal manera que si se sale, la madre lo logra percibir. Es un signo grave, pues si es moderada o en gran cantidad, deja sin líquido al bebé (oligoamnios), lo cual lo llevará a la muerte. Si es en leve cantidad implica que las membranas rotas pueden facilitar la infección del feto por ascenso microbiano, afectando su salud y su viabilidad.

Visión borrosa o con luces: Puede significar aumento de la presión arterial, lo que se denomina hipertensión inducida por el embarazo o Pre-eclampsia. Usualmente se asocia a dolor de cabeza y a inflamación de las piernas.

Dolor de cabeza: El dolor de cabeza por sí solo no representa peligro a menos de que se encuentre acompañado de visión borrosa, visión con destellos de luz, inflamación de los miembros inferiores, intensidad severa, que la despierte en la noche o se asocie a vómito o a alteraciones en la fuerza, la sensibilidad o el estado de conciencia. En estos casos urge la consulta en el menor tiempo posible.

Edema o inflamación de las piernas: Si se presenta al final de la tarde, es transitorio y leve, se considera normal por la acumulación de líquidos. Sin embargo si éste se asocia a dolor intenso, enrojecimiento de un miembro inferior o aumento del diámetro de una pierna con relación a la otra, puede tratarse de un trombo. La consulta debe ser rápida pues se corre el riesgo de que el trombo suba al pulmón. El tratamiento en caso de evidenciar Trombosis Venosa es la anti-coagulación. La forma de evitar que esto suceda es el uso de las medias anti-várice, evitar el sedentarismo y el reposo prolongado como en viajes largos.

Fiebre: Cualquier elevación de temperatura por encima de 38,3°C se considera fiebre. La fiebre es uno de los mecanismos mediante el cual el organismo alerta que "algo anda mal". Los estados febriles significan en la mayoría de los casos causas infecciosas que se deben tratar con prontitud, pues pueden afectar al bebé.

Flujo vaginal: El flujo vaginal normal es hialino o blanquecino, escaso y no tiene ningún síntoma. Si el flujo vaginal es abundante, amarillento, grumoso, que rasque o tenga mal olor, puede tratarse de una infección vaginal. Las vaginitis o vaginosis no tratadas pueden significar la ruptura prematura de membranas o el parto antes de tiempo.

Ardor al orinar: Debe realizarse un examen de orina para descartar infección. Al igual que las infecciones vaginales, las infecciones urinarias se asocian con ruptura de membranas y afectan la viabilidad del feto.

Ausencia de movimientos fetales: Los movimientos fetales los percibe la madre desde el 5to mes. La cantidad de movimientos fetales oscila entre 4 y 5 movimientos en una hora. Si hay disminución marcada de los movimientos fetales (3 o menos/hora) durante más de 24 horas o si pasan varias horas sin percibirlos, se debe consultar con prontitud para hacer un monitoreo de la salud del bebé, ya que puede significar asfixia fetal y preceder a la muerte in útero.

Contracciones: Se consideran normales las contracciones de baja intensidad y corta duración durante cualquier etapa del embarazo, sin embargo, si éstas son frecuentes, de intensidad marcada o se asocian a expulsión de líquido claro por la vagina, expulsión de tapón de moco o sangrado antes del término, se consideran anormales y pueden llevar a un parto pretérmino donde la supervivencia del bebé puede verse comprometida dada su falta de desarrollo y su inadecuado crecimiento.

2.6 Nacimiento: trabajo de parto, parto, puerperio.

El trabajo de parto es el conjunto de acontecimientos que se suceden para permitir el nacimiento de tu bebé. Este conjunto tiene un inicio, una evolución y una finalización. A continuación explicaremos cada una de estas etapas.

El inicio

Puede ser espontáneo, cuando las contracciones se generan por si solas y contribuyen al descenso del bebé y a la dilatación del cuello uterino, o bien inducido, cuando por alguna razón es necesario finalizar el embarazo porque su continuación puede ser perjudicial para la mamá o para el bebé. Son las llamadas causas de inducción del parto.

La evolución

Puede ser eutócica, cuando el médico solo controla los acontecimientos que se producen naturalmente, o bien conducido cuando el médico decide intervenir utilizando técnicas que favorezcan la prosecución del parto como la rotura artificial de bolsa, el goteo oxitócico o la analgesia para el parto.

La finalización

Determina la forma en que se producirá la salida del bebé y puede ser vaginal o abdominal. El parto vaginal es el que utiliza el canal del parto para la salida del bebé y la placenta. El parto abdominal es el que requiere de una cirugía para la extracción del bebé y la placenta y se denomina cesárea. A su vez, el parto vaginal puede ser natural, es decir que se produce por el efecto de los pujos maternos, o artificial, cuando se utilizan distintos instrumentos para ayudar a la salida del bebé como el fórceps o la ventosa extractora.

2.6.1 Trabajo de parto

Para describir el trabajo de parto lo dividiremos en tres etapas. La primera, llamada período dilatante, en dónde el cuello del útero se ablanda y dilata como consecuencia de la acción de las contracciones uterinas y el apoyo del polo fetal (cefálico o pelviano). La segunda llamada período expulsivo, en donde se produce la salida del bebé por los genitales ayudado por los pujos con cada contracción, y la tercera llamada alumbramiento, en donde se produce la salida de la placenta. A continuación explicaremos a fondo cada una de ellas.

2.6.2 Período de dilatación

Anatómicamente, el cuello uterino es un cilindro de unos 3 cm. de longitud que encierra un conducto llamado canal cervical que tiene 2 orificios, uno interno y otro externo. Sus paredes tienen alrededor de un centímetro de grosor. Por el efecto de las contracciones y la presión que ejerce el polo fetal, el cuello se acorta hasta borrarse totalmente y se dilata hasta lograr la circunferencia necesaria para permitir el paso del bebé.

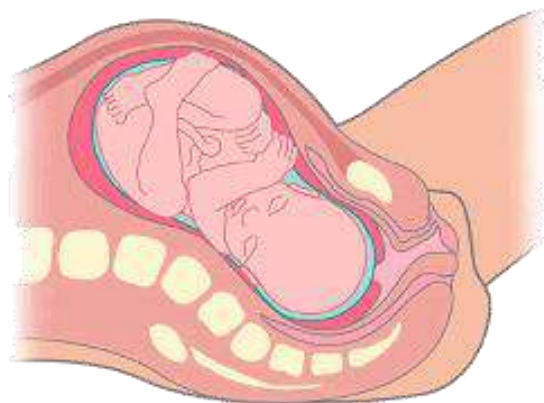


Ilustración 6. Fases del Parto. Fase inicial latente.<https://madreshoy.com/fases-de-parto-la-dilatacion/>

Simultáneamente, el bebé desciende por el efecto de la gravedad y por el impulso de las contracciones uterinas. Para descender, el bebé debe efectuar distintos movimientos para acomodarse en la pelvis de la mamá. En primer lugar debe decidir que diámetro de la pelvis le es más cómodo para introducirse en el canal del parto. Luego de tomar esta decisión debe reducir al máximo los diámetros del polo que ofrece (la cabeza o la cola) para poder atravesar este obstáculo óseo. Cuando lo logra, se dice que se ha encajado pues ya no puede regresar a una posición anterior

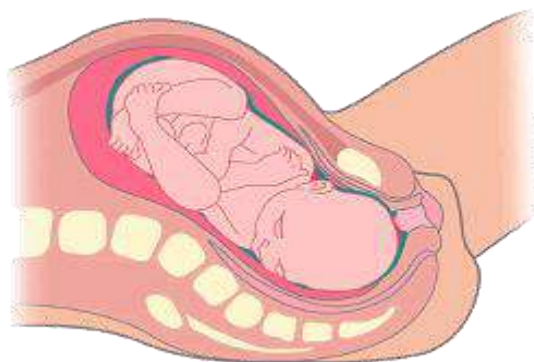


Ilustración 7. Fases del Parto. Fase Activa (Dilatación Servical). fase.<https://madreshoy.com/fases-de-parto-la-dilatacion/>

Luego debe rotar sobre sí mismo para que una parte firme del polo ofrecido (la cabeza o la cola) se contacte con el pubis para ejercer un movimiento de tipo bisagra que lo impulsará hacia el mundo exterior durante el período expulsivo.

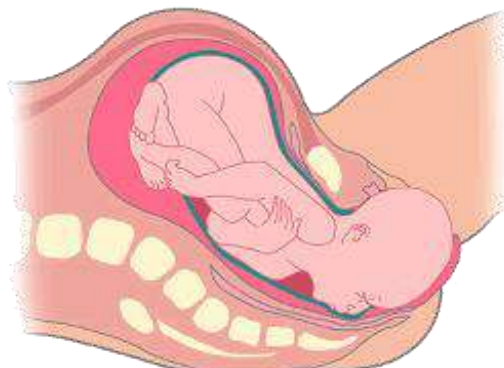


Ilustración 8. Fases del Parto. Fase Expulsión. <https://madreshoy.com/fases-de-parto-la-dilatacion/>

Durante este período, el médico puede intervenir de varias maneras para ayudar, ya sea favoreciendo el descenso con la rotura artificial de la bolsa o incrementando las contracciones si son insuficientes con el goteo oxitócico o si el dolor es intolerable para la mamá utilizando analgesia para el trabajo de parto.

2.6.2. 1 El período expulsivo

El período expulsivo es el instante más esperado de todo el trabajo de parto porque se produce la salida del bebé por los genitales, ayudado por los pujos de la mamá durante cada contracción. Durante esta etapa, el médico decide la necesidad de realizar la episiotomía. Una vez que se exterioriza el polo fetal (cabeza o cola) el médico realiza una serie de maniobras para ayudar a que el resto del cuerpo atraviese el canal del parto. Una vez que el bebé ha nacido, se procede al clampeo y corte del cordón umbilical, porque a partir de este momento, se produce el cambio de la circulación fetal y el bebé se oxigenará a partir del aire que ingresa a su propio pulmón. A partir de este momento tu bebé es un ser totalmente autónomo.

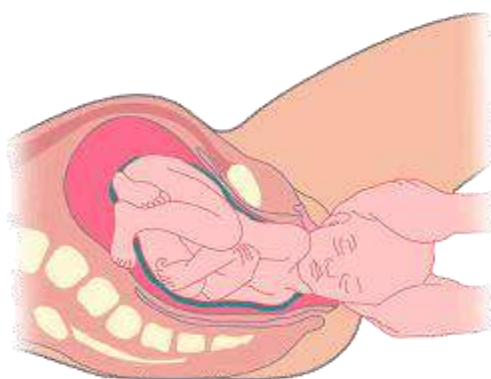


Ilustración 9. Fases del Parto. Fase Alumbramiento. <https://madreshoy.com/fases-de-parto-la-dilatacion/>

2.6.2.2 El periodo de alumbramiento

El alumbramiento es la expulsión de la placenta y las membranas ovulares (la bolsa que alberga al bebé) secundaria a potentes contracciones uterinas. Se produce habitualmente antes de transcurridos 30 minutos del nacimiento. El alumbramiento va acompañado por una hemorragia de mediana cantidad que cede en las primeras horas del postparto y continúa en mucha menor cantidad por un período de 20 a 50 días, denominado comúnmente cuarentena. Esta hemorragia se origina en la herida que deja la placenta sobre el útero al desprenderse.

2.7 Desarrollo integral, dimensiones del desarrollo del niño y de la niña desde su gestación hasta los 6 años de edad.

2.7.1 Perspectivas teóricas del desarrollo infantil.

Etapas Prenatal

Se desarrolla en el vientre materno, desde la concepción del nuevo ser hasta su nacimiento. Pasa por tres periodos:

Periodo cigótico:

Se inicia en el momento de la concepción, cuando el espermatozoide fecunda al óvulo y se forma el huevo o cigoto. Unas 12 horas después de la fusión de los cromosomas, se produce la primera división celular. El óvulo tiene ahora dos células, cada una de las cuales contienen genes de la madre y del padre. Se va moviendo lentamente hacia el útero, impelido hacia delante por millones de cilios de la trompa de Falopio. Cada 12 o 15 horas, las células se dividen de nuevo y aumenta de tamaño hasta formar el embrión, que al final de la segunda semana se arraiga en el útero.

Periodo embrionario:

Dura unas 6 semanas, en esta etapa se desarrollan los principales órganos y sistemas (respiratorio, digestivo y nervioso) del cuerpo humano. El embrión es vulnerable a las influencias ambientales, ya que casi todos los defectos congénitos ocurren durante los tres primeros meses de embarazo.

A partir de este momento es posible distinguir dos capas: el ectodermo (que formará las uñas, dientes, cabello, órganos sensoriales, la parte exterior de la piel y el sistema nervioso, que incluye el cerebro y la espina dorsal) y el endodermo (que formará el sistema digestivo, hígado, páncreas, glándulas salivales y sistema respiratorio). Posteriormente se desarrolla una tercera capa que se llama mesodermo, que formará la parte interna de la piel, el esqueleto y los sistemas circulatorio y excretor. En esta etapa se originan los órganos de nutrición y protección: la placenta, el cordón umbilical y el saco amniótico. Su corazón comenzará a latir entre los 18 y 25 días.

Periodo fetal:

Es la culminación del embrión. A las ocho semanas aparecen las primeras células óseas y el embrión comienza a convertirse en feto. El feto ya tiene la definida forma de un ser humano, durante los últimos

dos meses en el útero, el feto desarrolla una capa protectora de grasa sobre la dermis. Esto le aporta energía y ayudará en la regulación del calor después del nacimiento. Su peso aumenta unos 200 gramos por semana. Después de desarrollarse aceleradamente durante 7 meses, abandona el claustro materno en el acto del nacimiento.

2.7.2. Influencia de la etapa prenatal en el desarrollo emocional del niño

Las numerosas investigaciones coinciden en que las actitudes y sentimientos de la madre en la etapa prenatal influyen en la personalidad del niño. El bebé, antes de nacer no sólo es capaz de experimentar a través de sus sentidos y de aprender, es capaz de sentir y percibir emociones, sentimientos, mensajes que le son transmitidos en el útero a través de ella. Esto nos da a conocer la poderosa fuente de aprendizaje que es la madre; sus alegrías, la satisfacción y el amor que tiene le son transmitidos al bebé, como también sus penas, miedos y angustias.

El Dr. Verny es uno de los estudiosos del desarrollo del psiquismo fetal en la etapa prenatal, según sus investigaciones el bebé tiene en el vientre “experiencias” y que estas son almacenadas en su memoria y posteriormente se presentan en la vida adulta a manera de “huellas”. Los bebés, incluso antes de nacer, tienen una necesidad de amor que es alimentado por los sentimientos y pensamientos de la madre. Sobre esto comenta: "el amor de una madre hacia su hijo/a, las ideas que se forma de él, la riqueza de comunicación que establece con él, tienen una influencia determinante sobre su desarrollo físico, sobre las líneas de fuerza de su personalidad y sobre sus predisposiciones de carácter’.

El profesor P. Fedor-Freybergh, de la Universidad de Estocolmo (Conferencia de Marie-Andrée BERTIN, 2001) narra el caso de una recién nacida que desde su nacimiento, rechazaba obstinadamente el pecho de su madre, mientras que se abalanzaba sobre el biberón cuando se le presentaba, y se aferraba al pecho de otra mujer mamando vigorosamente. Una intuición del Profesor le hizo preguntar a la madre: "Señora, ¿verdaderamente deseaba Ud. tener este hijo?" "No, admitió ella. Yo quería abortar. Pero mi marido deseaba tenerlo y entonces decidí tenerlo". Según Freybergh la niña había percibido el rechazo de su madre y se lo devolvía como un espejo. La madre lo entendió, su niña le había tocado el corazón, cambió de actitud y las cosas se arreglaron.

Es la etapa comprendida entre el nacimiento y los seis o siete años.

Desarrollo físico y motor: El neonato pesa normalmente entre 2.5 a 3 Kg y tiene una estatura promedio de 0.50 m. Tiene una cabeza desproporcionada en relación con su cuerpo y duerme la mayor parte del tiempo. Pero no es un ser completamente pasivo ya que gradualmente va reaccionando a la variedad e intensidad de los estímulos de su nuevo ambiente.

- Aparecen los primeros actos reflejos: Succión del pecho materno, contracción pupilar, reacción ante sonidos fuertes y ante diversos sabores.
- Realiza movimientos espontáneos e indiferenciados: agita y retuerce su cuerpo, mueve los brazos y piernas (pedalea)

Reacciones emocionales indiscriminadas de agitación y excitación que acompañan a los movimientos espontáneos y que se producen ante estímulos agradables o desagradables. En el desarrollo motor observamos lo siguiente:

- A las 15 semanas: puede coger un objeto perfectamente.
- A las 25 semanas: se sienta solo.
- A las 45 semanas: gatea
- A los 15 meses: ya camina solo.
- A los 2 años: sube las escaleras solo.
- A los 3 años: Corre de una manera más uniforme, puede lavarse y secarse las manos solo, alimentarse con una cuchara sin ensuciar demasiado, ir al baño, responder a instrucciones.

2.7.3. Desarrollo cognoscitivo:

Según Piaget, el infante, hasta los 6 o 7 años, pasa por los siguientes periodos de desarrollo de la inteligencia:

Periodo de inteligencia sensomotora: El infante se interesa en ejercitar sus órganos sensoriales, sus movimientos y su lenguaje que le van permitiendo el ir afrontando determinados problemas. Así, entre los 5 y 9 meses, el bebé moverá su sonaja para escuchar el ruido.

Periodo de la inteligencia concreta:

Fase del pensamiento simbólico (2 – 4 años) Aquí el niño lleva a cabo sus primeros tentativos relativamente desorganizados e inciertos de tomar contacto con el mundo nuevo y desconocido de los símbolos. Comienza la adquisición sistemática del lenguaje gracias a la aparición de una función simbólica que se manifiesta también en los juegos imaginativos. Por ejemplo, el niño que le regalaron una pelota grande y de colores que está colocada como un adorno. Sus hermanos salen a jugar (sin llevar la pelota de siempre, sucia y pequeña) y le dicen al niño que traiga la pelota; él llevará la que está de adorno porque para él no hay más pelota que la que le regalaron.

Fase del pensamiento intuitivo (4 – 7 años) Se basa en los datos perceptivos. Así dos vasos llenos de la misma cantidad de bolitas, el niño dirá que hay más en el vaso largo. En este periodo el desarrollo del niño va consiguiendo estabilidad poco a poco, esto lo consigue creando una estructura llamada agrupación. El niño comienza a razonar y a realizar operaciones lógicas de modo concreto y sobre cosas manipulables. Encuentra caminos diversos para llegar al mismo punto (sabe armar rompecabezas).

En la infancia se produce el egocentrismo, es decir, todo gira en torno al "yo" del infante y es incapaz de distinguir entre su propio punto de vista y el de los demás. También en este periodo predomina el juego y

la fantasía, por lo que el infante gusta de cuentos, fábulas y leyendas. Mediante su exaltada fantasía dota de vida a los objetos y se crea un mundo psicológico especial.

2.7.4. Desarrollo afectivo, sexual y social

Se distinguen tres fases:

Fase oral: El niño nace preparado a conservar la vida mamando, y mientras se nutre tiene las primeras relaciones con los demás, creando de este modo un nexo entre afecto y nutrición y entre necesidad de los otros y actividad oral. El niño llevará -para experimentar y comunicar con los demás- todo a la boca, (siente placer).

La relación oral incluye la comunicación a través del tacto, el olor, la posición del cuerpo, el calor, los nexos visuales, el rostro de la madre, etc. Esta etapa se supera, pero siempre nos quedan rezagos tales como masticar chicle, fumar, llevar objetos a la boca.

Fase anal: Se denomina así porque el niño ya comienza a controlar sus esfínteres y obtiene un placer reteniendo los movimientos intestinales que estimulaban la mucosa anal. Hay que tener en cuenta que el efectivo control de la defecación se alcanza sólo luego que ha sido posible el control muscular a través de la maduración de los rasgos nerviosos de la médula espinal. Por tanto una educación prematura a la limpieza lleva a fijar a la persona en el carácter anal; por ejemplo: el avaro; el coleccionar objetos es un rezago de analidad.

Fase edípica: El infante desarrolla un intenso amor por el progenitor del sexo opuesto. El niño se apega a la madre y la niña al padre. El niño es posesivo, de aquí que el padre es sentido un intruso y un rival (complejo de Edipo). En esta rivalidad frente al padre, el niño teme ser destruido por el padre (complejo de castración). Al mismo tiempo nace una angustia en el niño o por el temor confirmado de poder ser destruido por el padre o por su hostilidad frente a un padre que, pese a todo, lo quiere (sentimiento de culpa). Finalmente el niño descubre que para llegar a poseer a su madre tiene que llegar a ser todo un hombre como su padre (principio de identificación). Aquí es cuando el niño comienza a interiorizar las normas de los padres conformándose el "Súper yo". Analógicamente se llega a la identificación de la niña con su madre.

La mayoría de los problemas en las etapas posteriores tienen su origen en un Edipo no resuelto. Son manifestaciones de una fijación en esta etapa cuando hay falta de identificación con su propio sexo. Concluimos afirmando que, en esta etapa, el niño aprende a ser varón y la niña a ser mujer.

2.7.5. Desarrollo del cerebro en la edad temprana.

Investigaciones afirman que el cerebro evoluciona de manera sorprendente en los primeros años de vida y es el momento en el que hace más eficaz el aprendizaje, esto porque el cerebro tiene mayor plasticidad,

es decir que se establecen conexiones entre neuronas con mayor facilidad y eficacia, esto proceso se presenta aproximadamente hasta los seis años de edad, a partir de entonces, algunos circuitos neuronales se atrofian y otros se regeneran, por ello el objetivo de la estimulación temprana es conseguir el mayor número de conexiones neuronales haciendo que éstos circuitos se regenere y sigan funcionando.

2.7.6. El juego como pilar para el desarrollo

EDAD	JUEGO	JUGUETES
1 mes	ritmo mecido de la mama	hamacas, columpios y mecedoras
1-3 m	Todo lo que coge con las manos y lo que lleva a la boca	Chapotear con el agua coger objetos que flotan
4-6m	El juego con el agua y los paseos por el campo observan animales tocan e imitan	Las pelotas de colores sonajeros frutas trapos para taparse.
6-9m	Le gusta arrastrarse y gatear	Peluche o cobijita inseparable
9-12m	Le gusta esculcar cajones tapar y destapar cajas empujar cosas y arrastrarlas	Son los objetos de la casa la arena el agua su cuerpo y el de los demás
12-18m	Le fascina arrastrar objetos es feliz corriendo y trepando montar a caballito en un palo.	Son objetos comunes y corrientes que el niño va coleccionando.
18-24m	Como coger un palo y ponerlo a volar como avión una cajita un carro	El agua la arena cajas grandes canastos y costales
2-3 años	Le gusta jugar con agua y arena palitos y regletas.	Le encanta jugar debajo de la mesa o en una casita.
3-4 años	Las actividades al aire libre tirar la pelota y patear el balón	Son los muñecos y objetos pequeños.

4-5 años	Los juegos tradicionales la golosa escondidizos las rondas juegos de grupo	Trepar los arboles saltar obstáculos saltar la cuerda montar en sancos etc.
5-6 años	Realiza visita a sus amigos para compartir conversaciones y actividades juegan a la finca la familia médicos bomberos.	Tiene afición por cortar papel picar rellenar y colorear.

Para desarrollar la inteligencia, el cerebro necesita de información. Los bebés reciben información de diversos estímulos a través de los sentidos, lo hacen día y noche; si estos estímulos son escasos o de pobre calidad, el cerebro tardará en desarrollar sus capacidades o lo hará de manera inadecuada, por el contrario al recibir una estimulación oportuna el infante podrá adquirir niveles cerebrales superiores y lograr un óptimo desarrollo intelectual. Así por ejemplo, al escuchar la voz de su madre, percibir el olor del biberón o recibir una caricia: se produce una catarsis eléctrica que recorre su cerebro, para despertar conexiones neuronales aún dormidas.

2.8. Puericultura: definición, importancia en las diferentes etapas del ciclo vital humano.

Definición: La Puericultura es una especialidad dentro de la Medicina que se ocupa de desarrollar planes para darle un excelente cuidado a los niños, muchos la designan informalmente como el arte de la crianza. La puericultura se ocupará del cuidado del niño tanto en su aspecto físico, psíquico y social durante los primeros años de su vida. Además, da a conocer y pone en práctica todas aquellas normas tendientes a evitar las enfermedades y a asegurar el perfecto desarrollo fisiológico de un niño.

Importancia en las diferentes etapas del desarrollo del ciclo vital

La puericultura se divide en preconcepcional, intrauterina y postnatal, subdividiéndose esta última en de primera, segunda y tercera infancia. La puericultura preconcepcional tiene por objeto la obtención de una descendencia fuerte y sana mediante el cuidado y la selección de los generadores, antes de la concepción; comprende también, la eugenesia (eu-bien y genos-engendrar).

A la puericultura intrauterina concierne el conjunto de normas higiénicas, la asistencia médica durante el periodo en que el feto se encuentra en el claustro materno, así como durante el parto, conducentes a la obtención de un producto de la gestación en perfectas condiciones fisiológicas. Su importancia es muy grande si se consideran las cifras elevadas de mortalidad que son atribuibles al peligro congénito, evitando los abortos, los traumatismos obstétricos, los partos prematuros y las demás complicaciones que pueden sobrevenir como consecuencia del parto.

La puericultura postnatal abarca los distintos periodos en que la infancia está dividida; la puericultura de

la primera infancia se extiende desde el nacimiento hasta el fin de la primera dentición que tiene lugar a los dos años y medio.

La puericultura de la segunda infancia comprende desde los dos años y medio hasta que comienza la segunda dentición, es decir, hacia los siete años. La puericultura de la tercera infancia se extiende desde los siete años hasta la pubertad, en cuyo periodo el niño y la niña se transforman en hombre y mujer respectivamente, fenómeno que ocurre entre los once y los dieciséis años, dependiendo esta oscilación de diversos factores, entre los que figuran la latitud geográfica, el clima, etc.

2.9. Programa de Crecimiento y Desarrollo

Conceptos, Objetivos y Población

El 90% del desarrollo físico y psíquico, ocurre durante los primeros años de vida; esto quiere decir, que el ser humano sólo tiene una oportunidad de desarrollarse y ésta debe protegerse hasta donde sea posible. Las enfermedades perinatales, las infecciones respiratorias agudas, las diarreas, las enfermedades inmuno - prevenibles, los accidentes y la desnutrición, son la causa de más de 50.000 muertes en Colombia. Éstas y otras enfermedades y problemas como la carencia afectiva, el retardo mental, las enfermedades bucales, las alergias y trastornos visuales y auditivos, impiden el bienestar de los niños y de las niñas y dificultan su desarrollo. Las mencionadas situaciones se pueden prevenir y controlar a través de la vigilancia y el acompañamiento adecuado del proceso de crecimiento y desarrollo.

Por estas razones, es necesario asumir un compromiso social que dé la máxima prioridad a los niños y las niñas, que permita un abordaje más equitativo, le asigne a la niñez los recursos suficientes para la promoción y fortalecimiento de los factores protectores, la prevención y control de los factores de riesgo, para lograr así, el mejoramiento de su salud, bienestar y calidad de vida.

«Los niños son seres únicos e irrepetibles, gestores de su permanente proceso de crecimiento y desarrollo y los adultos, tenemos el compromiso ineludible de acompañarlos con inteligencia y amor en este proceso: El Niño Sano»

Objetivo

Disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad por causas evitables mediante la prevención e identificación oportuna de los problemas que afectan a los niños y niñas menores de diez años.

Ofrecer educación individual y orientación a los padres y madres sobre los cuidados y la trascendencia de la salud integral para potenciar sus posibilidades.

Definición

Se entiende la Atención para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas menores de diez años, como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a esta población, mediante las cuales se garantizan su atención periódica y sistemática, con el

propósito de detectar oportunamente la enfermedad, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte.

Concepto de Crecimiento

Es un proceso que se inicia desde el momento de la concepción del ser humano y se extiende a través de la gestación, la infancia, la niñez y la adolescencia. Consiste en un aumento progresivo de la masa corporal dado tanto por el incremento en el número de células como en su tamaño; es inseparable del desarrollo y por lo tanto ambos están afectados por factores genéticos y ambientales.

Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico (esta de gran importancia en los dos primeros años de vida posnatal), perímetro torácico, envergadura y segmento inferior. Al nacer, los niños(as) deben pesar en promedio entre 3200 y 3500 gramos, y medir entre 49 y 51 cm.

Concepto de Desarrollo

El desarrollo está inserto en la cultura del ser humano; es un proceso que indica cambio, diferenciación, desenvolvimiento y transformación gradual hacia mayores y más complejos niveles de organización, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, ético, sexual, ecológico, cultural y social. Para la evaluación del desarrollo se han diseñado varios instrumentos, entre los cuales el más usado en Colombia es la Escala Abreviada de Desarrollo, como se verá más adelante.

Población Objeto

Los beneficiarios de esta norma técnica son todos los niños y niñas afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, desde su nacimiento, hasta los diez años.

Características del servicio

Las actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las normas básicas mínimas que deben ser realizadas por las instituciones responsables de la atención a los niños y niñas menores de diez años, las cuales deben tener capacidad resolutorias, disponer del talento humano como médicos y enfermeras debidamente capacitados en el tema del crecimiento y desarrollo; con el fin de brindar atención humanizada y de calidad, que garantice intervenciones eficientes, oportunas y adecuadas.

Además de la obligación administrativa y técnica, estas normas implican por parte de sus ejecutores, un compromiso ético para garantizar la protección y el mantenimiento de la salud de los niños y niñas menores de diez años.

Se deben hacer intervenciones en edades claves del crecimiento y desarrollo; brindar a los niños, a las niñas y a sus familias, además de la atención profesional eficiente, apoyo psicológico, consejería y trato amable, prudente y respetuoso.

Idealmente la inscripción para la valoración del crecimiento y desarrollo debe hacerse desde el nacimiento e iniciarse desde el primer mes de vida, pero deben ingresarse a cualquier edad.

Percentil de crecimiento

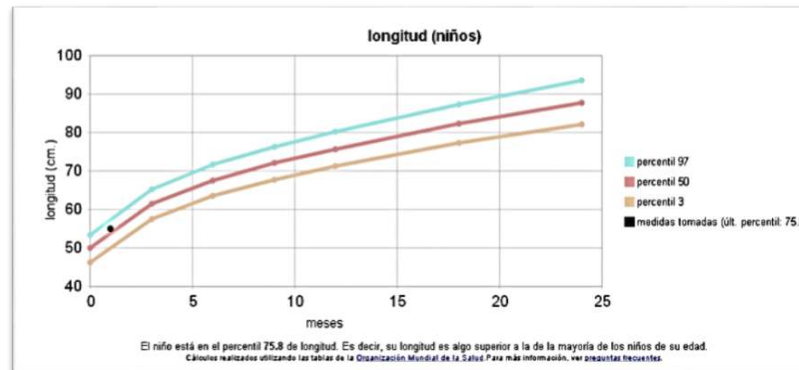


Ilustración 10. Gráfica de Longitud. PGN.

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Gráfica_longitud.png?uselang=es?uselang=es

El **percentil de un bebé o un niño** es un dato que se obtiene de la comparación de la medida de longitud, peso o perímetro craneal de un bebé o un niño con las medidas tomadas a un gran número de bebés o niños de la misma edad.

Uso de las gráficas de percentiles

Las gráficas de percentiles y las curvas de crecimiento estándar son una ayuda muy importante a la hora de detectar anomalías en el desarrollo normal de un niño. Dichas anomalías pueden detectarse observando las desviaciones que se produzcan en las diversas medidas que se le toman al bebé o al niño de forma periódica.

Uso de desviaciones estándar / Contendida en Resolución 2465 de 2016

Teniendo en cuenta que es posible expresar los indicadores antropométricos en términos de puntuaciones Z, percentiles o porcentajes de la mediana, el Comité de expertos de la OMS de 1995, señaló la preferencia en el uso de las puntuaciones Z, ya que cuando se utilizan en poblaciones tienen la ventaja de poder ser objeto de estadísticas como la media y la desviación estándar. Así mismo, se resalta la concordancia con la distribución de referencia, la escala lineal que permite dar datos estadísticos resumidos, criterios uniformes en todos los índices y es útil para detectar cambios en los extremos de las distribuciones. Por lo anterior, los indicadores antropométricos y sus respectivas gráficas se presentan en este documento en términos de desviaciones estándar y no de percentiles.

Puntuación Z (Z Score): es la diferencia entre el valor individual y el valor medio de la población de referencia, para la misma edad o talla, dividido entre la desviación estándar de la población de referencia,

es decir, identifica cuán lejos de la mediana (de la población de referencia) se encuentra el valor individual obtenido.

Las líneas de puntuación Z de las curvas de crecimiento están enumeradas positivamente (+1, +2, +3) o negativamente (-1, -2, -3). En general, un punto marcado que está lejos de la mediana a cualquier dirección (por ejemplo, cerca de la línea de puntuación Z +2 o -2) puede representar un problema, sin embargo deben considerarse otros factores, como el propio patrón o tendencia individual de crecimiento y las condiciones de salud del niño.

Canales de crecimiento

Las gráficas muestran canales de crecimiento, los que están destacados con líneas curvas. La mediana de cada indicador de acuerdo con la referencia OMS 2006 - 2007 aparece representada por una línea más gruesa de color verde y se identifica por el número cero (0). Las líneas de color amarillo situadas sobre la mediana y por debajo de la mediana respectivamente corresponden a +1 y -1 DE. Las líneas punteadas de color rojo corresponden a +2 y -2 DE, y las líneas continuas también de color rojo corresponden a +3 y -3 DE. La zona entre +1 y -1 DE corresponde al rango donde se espera ubicar la mayor cantidad de individuos, sin embargo, factores genéticos o valores de peso y talla de nacimiento fuera del rango habitual pueden determinar diferentes canales de crecimiento, lo que debe ser analizado a través de un diagnóstico nutricional y de salud más completo que incluya antecedentes de la gestación, peso al nacer, tendencia y velocidad de crecimiento, situación de salud, lactancia materna y también de factores socioeconómicos.

Uso de las gráficas

En primer lugar, debe establecerse la edad, el peso y la estatura del niño o niña. La clasificación para cada indicador se obtiene con la intersección de la línea vertical con la línea horizontal. La unión de los puntos en controles de crecimiento sucesivos permite expresar gráficamente la tendencia de crecimiento del niño o niña y detectar precozmente alteraciones del mismo. Si un niño o niña tiene un patrón de crecimiento normal, la curva generada por la unión de los puntos debe desplazarse a lo largo de un canal siguiendo una línea paralela a la mediana de la población de referencia. Aplanamientos de la curva de crecimiento o cambios en el canal en niños que evolucionaban en el rango normal deben ser debidamente investigados y evaluados. Las gráficas deben imprimirse mínimo en tamaño de media hoja oficio, con el fin de garantizar una correcta ubicación de las variables de peso, talla y edad y permitir un adecuado seguimiento en los controles.

A continuación, v

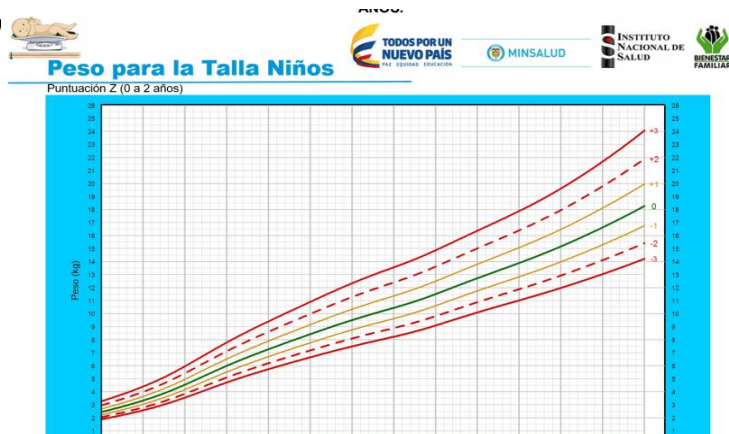


Ilustración 11. Peso para la talla de los niños. ICBF.

https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/anexo_tecnico_3_y_4_resolucion_no._2465_de_2016.pdf

Revisión obligatoria: Link de acceso. Peso para la talla niños ICBF
https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/anexo_tecnico_3_y_4_resolucion_no._2465_de_2016.pdf

Escala abreviada del desarrollo EAD3 (actualización)

El propósito de la EAD – 3 es identificar, de forma temprana, el riesgo de rezagos en el desarrollo de niños y niñas colombianos hispanohablantes hasta los 7 años de edad cumplida. En general, el rezago en el desarrollo es un término que se emplea para evaluar a un niño o niña que no alcanza los hitos de desarrollo esperados para su edad, incluso después de considerar la amplia variación de la normalidad (7).

Organización de la EAD-3 Considerando que esta es una actualización de la EAD – 1, la estructura general de la escala continúa siendo la misma. A continuación, se encuentra la denominación de cada área a partir de la cual se generó la selección de los indicadores comportamentales en cada una de ellas (los textos han sido extraídos del documento “Diseño y Normalización de la Escala Abreviada de Desarrollo EAD-1. Para valoración del niño menor de 5 años - Informe Técnico”

Área de Motricidad gruesa Durante los primeros años, esta área es uno de los mejores indicadores de maduración neurológica. Se incluyen aquí comportamientos que implican control de tono y postura, coordinación motriz de cabeza, tronco y miembros superiores e inferiores.

Área Motricidad Finoadaptativa Se refiere más específicamente a la capacidad de dominar movimientos que implican mayor control voluntario y mayor destreza para su ejecución; implica gran coordinación intersensorial: ojo-mano, control para la solución de problemas que implican prensión fina, cálculo de distancias y seguimiento visual.

Área de Audición Lenguaje Pretende establecer la evolución y perfeccionamiento del habla y el lenguaje; incluye específicamente indicadores relacionados con: orientación auditiva, intención comunicativa, vocalización y articulación de fonemas, formación de palabras, comprensión de vocabulario, uso de frases simples y complejas, nominación, comprensión de instrucciones, expresión espontánea.

Área Personal-Social Esta área incluye procesos relacionados con la iniciación y respuesta a la interacción social, dependencia e independencia, expresión de sentimientos y emociones, aprendizaje de pautas de comportamiento relacionadas con el autocuidado del niño.

Revisión Obligatoria: Escala abreviada del desarrollo 3.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Escala-abreviada-de-desarrollo-3.pdf>

2.9.1. Factores que pueden intervenir en el Crecimiento y Desarrollo

FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
DEL NIÑO • Inteligencia promedio • Buena salud física • Temperamento equilibrado, buena autoestima y autorregulación • Creer en la capacidad de resolver sus problemas • Conocer que puede acudir a apoyo parental, o de la autoridad, o de la familia extendida • Tener buena comunicación y relaciones con sus pares	DEL NIÑO • Prematuridad • Malformaciones de nacimiento • Ganancia muy rápida de peso en las primeras semanas de vida. • Enfermedad del niño recurrente, crónica o grave • Tener temperamento pasivo • Discapacidad física o mental • Trauma psicológico

2.9.2 Alimentación complementaria.

Definición: Se entiende como **alimentación complementaria** aquella que se ofrece a los bebés a una edad determinada con el fin de complementar el alimento principal que no es otro que la leche ya sea materna o artificial.

Se recomienda comenzar a introducir alimentos complementarios sobre los seis meses, en pequeña cantidad, cuando el bebé demuestre interés por la comida del resto de la familia. Los más adecuados para empezar son arroz cocido, plátano maduro, papa, zanahoria o calabacín aplastados con el tenedor, fruta en trocitos, jamón yogurt, pescado desmenuzado, queso tierno o fresco, pan, legumbres, purés, triturados tanto de fruta como de verdura.

Al principio deben darse en cantidades pequeñas tres veces al día y aumentar diariamente a cinco veces a los 12 meses. Empezar con unas pocas cucharaditas y gradualmente aumentar la cantidad y variedad. Es importante animar activamente al niño a comer. Puede que un niño no coma bastante por sí solo. Al

preparar estos alimentos, asegurarse de que todos los utensilios estén limpios. Dar los alimentos complementarios con una cuchara desde una taza o cuenco y no usar una mamadera. Los alimentos deben usarse dentro de dos horas de su preparación si no se guardan en un refrigerador.

Los alimentos complementarios deben ser:

- Ricos en energía y nutrientes
- Limpios y seguros
- Fáciles de preparar
- Localmente disponibles y económicos
- Fáciles y agradables para el gusto del niño
- No demasiado sazonados o salados.

Anotar en una tabla el peso del niño. El monitoreo del crecimiento es una manera útil de saber si el niño está comiendo lo suficiente y está saludable.

Los alimentos complementarios necesitan contener suficiente energía, proteínas, minerales y vitaminas para cumplir con las necesidades nutricionales del niño que crece. Las necesidades nutricionales más difíciles de satisfacer son por lo general de energía, hierro, cinc y vitamina A.

Hierro y zinc

Los alimentos altos en **hierro** y **zinc** incluyen la sangre, carnes rojas, hígado, riñones y otros tipos de menudencias. Las yemas de huevo, hojas verdes oscuras y legumbres también son altas en hierro, pero este hierro no es tan fácil de absorber en el cuerpo. Sin embargo, el comer fruta rica en vitamina C (por ej: naranjas, papayas), en la misma comida mejorará la absorción de hierro.

El uso de alimentos básicos locales

Toda comunidad tiene un *alimento básico* que es la comida principal del lugar. Esta puede ser un cereal (tal como el arroz, el trigo, el maíz, el mijo) o un tubérculo (como la yuca, ñame, papa), o las frutas con carbohidratos (como el plátano y fruta del árbol del pan). En áreas rurales, las familias gastan a menudo mucho de su tiempo en cultivar, cosechar, almacenar y procesar el alimento básico. En áreas urbanas el alimento básico a menudo se compra y la opción depende del costo. Para usar como alimentos complementarios, el alimento básico cocinado normalmente puede majarse (por ejemplo, el arroz, los tallarines, la yuca, la papa), o ablandarse con una cantidad pequeña de líquido (por ejemplo, el pan y las tortillas).

A menudo se usan papillas preparadas con alimentos básicos como alimentos complementarios a temprana edad. Sin embargo, éstas son normalmente aguadas y contienen poca energía y pocos

nutrientes. También se usan normalmente sopas las que también son aguadas, así que tienen los mismos problemas.

Los alimentos básicos proporcionan energía. Los cereales también contienen proteínas, pero la mayoría de los otros alimentos básicos tienen muy poca proteína. Sin embargo, los alimentos básicos no son muy buenas fuentes de hierro, cinc, calcio y algunas vitaminas, los que son todos necesarios para satisfacer las necesidades nutritivas del niño que crece.

Alimentos complementarios útiles

Con el alimento básico deben comerse otros alimentos para satisfacer las necesidades nutritivas y de energía. Los tipos de alimentos que satisfacen mejor estas necesidades son:

- **Las legumbres** (como guisantes [arvejas], frijoles, y chufas) y **las semillas oleaginosas** (como las pepas de sésamo). Estas son buenas fuentes de proteínas. Algunas, como las chufas, bambarra, los frijoles de soja y las semillas oleaginosas también son ricas en grasa, y por lo tanto, tienen alta energía.
- **Los alimentos de procedencia animal y de peces** estos son fuentes ricas de muchos nutrientes pero son a menudo caros. Además, algunas personas no comen carne debido a sus creencias religiosas o personales. La carne y las menudencias (como el hígado, corazón, y riñones), así como la leche, yogur, queso y huevos son buenas fuentes de proteínas. Los alimentos elaborados de la leche y cualquier alimento que contengan huesos comestibles (por ej: pescados pequeños, pescado en conserva, o pescado seco machacado) son buenas fuentes de calcio, necesarias para desarrollar huesos fuertes.
- **Las hojas verdes oscuras y las frutas y verduras de color naranja** son todas ricas fuentes de vitaminas a y c.
- **Los aceites, las grasas** (como margarina, mantequilla, ghee) y **las azúcares** son fuentes concentradas de energía. El agregar una cucharadita de aceite o grasa a una comida da energía adicional. El aceite rojo de palma también es muy rico en vitamina a.

El mezclar alimentos complementarios es la mejor manera de hacer que ciertos niños consigan suficiente energía, proteína y micronutrientes para el crecimiento y desarrollo saludables.

Para el día, una buena mezcla es:

- una alimento básico + una leguminosa + una carne + hojas verdes o una verdura o fruta de color naranja.
- Las familias pueden usar todos estos alimentos para hacer una comida o pueden usar, por ejemplo: alimento básico + leguminosa + hojas verdes en una comida
- Alimento básico + carne + fruta en otra comida.
- Agregar una cantidad pequeña de grasa o aceite para dar energía extra si ninguno de los otros alimentos en la comida es rico en energía.

Alimentar bien a los niños es darles con amor los nutrientes que su cuerpo necesita para crecer y desarrollarse sanos y fuertes.

Para que los alimentos les sirvan a los niños y los nutran deben cumplir cinco requisitos:

- a. Calidad: higiénicamente preparados y frescos.
- b. Cantidad: de acuerdo con su edad en su propio plato así:

EDAD	CANTIDAD
0 a 6 meses	Solo se necesita leche materna (por lo menos 8 veces de día y de noche)
6 a 11 meses	Empiece con tres cucharas del alimento sugerido 3 veces al día y aumente poco a poco hasta llegar a 10 o 14 cucharadas
1 a 2 años	14 a 16 cucharadas, o más de ½ taza en cada comida, come con su mano hasta que llega a consumir la mitad de lo que consume un adulto.
2 a 4 años	16 a 20 cucharas o 1 taza en cada comida.

- c. Frecuencia: Mínimo 5 veces durante el día y la noche; desayuno, merienda, almuerzo, merienda, cena.
- d. Consistencia: De acuerdo con su edad la consistencia de los alimentos debe ir variado: en puré, papilla, compota, machacado, en trocitos. No aguados.
- e. Amor: Estimularlo y acompañarlos para que coma. Es un momento educativo para compartir.

2.9.3 Tipos de alimentos según la edad

En los primeros años de vida el ritmo de crecimiento es muy fuerte y las necesidades de nutrientes también lo son. Cualquier carencia puede provocar enfermedades.

Las recomendaciones son tomar alimentos de cada grupo de nutrientes, controlar la ingesta de grasas provocadas por el consumo excesivo de bollería que eleva la cifra de colesterol entre los escolares.

Las cantidades diarias recomendadas son:

- De dos a cuatro vasos de leche y derivados.
- Tres huevos a la semana, una ración de carne y otra de pescado.
- De una a tres raciones de pan al día.
- Una o dos raciones de arroz o pasta diaria.
- De dos a cuatro piezas de fruta por día.
- De tres a cinco raciones de verdura y hortalizas.

Hay que tener en cuenta que es en esta edad cuando se empiezan a crear los hábitos alimentarios y que si desde los primeros años de vida se empieza a tomar una dieta equilibrada, lo más fácil es que después se cumplan todas las normas de una dieta sana. En la actualidad se está observando un cambio en la alimentación de los escolares de los países desarrollados. Este cambio consiste en un aumento del consumo de grasas y una disminución en la ingesta de hidratos de carbono y de fibra, debido al bajo consumo de cereales, verduras y fruta.

Precaución

Recomendaciones para una alimentación saludable permite prevenir uno de los males que afecta a nuestra sociedad, el sobrepeso y la obesidad.

Hay que estimular en los niños el consumo de frutas, ya que aporta beneficios de nutrientes y vitaminas para su adecuado desarrollo. Como hemos dicho en alguna ocasión, también es recomendable consumir bocadillos elaborados en casa e intentar prescindir de la bollería y alimentos preparados que aportan excesivas grasas al niño y propician la obesidad o el sobrepeso.

Consumir productos que no sean muy grasos como el pollo o el conejo y siempre combinando los días de la semana para que el aporte de pescado, ya sea blanco o azul, sea más abundante. El número de comidas mínimas que un niño debe hacer son cuatro y siempre se deben respetar los horarios establecidos, picar entre horas no es tampoco recomendable y hay que intentar evitar esta acción.

2.10 Atención Integral A Las Enfermedades Prevalentes En La Infancia (AIEPI)

2.10.1 Generalidades

Durante los primeros años de la década de los 90, OMS y UNICEF trabajaron en conjunto para diseñar una estrategia que integre todas las intervenciones de prevención, tratamiento y de promoción de la salud que puedan contribuir a reducir la mortalidad y morbilidad en la niñez y a fomentar mejores condiciones para la salud y el desarrollo de los niños y niñas durante los primeros cinco años de edad: AIEP.

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia que combate las principales causas de muerte en la niñez, a través de la prevención y del tratamiento mejorando las habilidades del personal de salud, los sistemas de salud y las prácticas de la familia y la comunidad.

La estrategia de AIEPI- es la intervención de mayor impacto que permite mejorar las condiciones de salud de los niños menores de 5 años, en particular, y reducir la carga de enfermedad general en la población; su diseño incluye acciones de detección precoz y tratamiento apropiado así como intervenciones de prevención y de promoción de la salud. Integra la evaluación sistemática y atención de los problemas de salud que afectan al niño, con medidas preventivas y de promoción de la salud que contribuyen a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población respecto al cuidado del niño en el hogar

Esta estrategia permite al personal de salud: identificar, evaluar, clasificar y tratar la mayoría de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños menores de cinco años; efectuándose una evaluación más completa de su estado de salud. La estrategia AIEPI contempla una secuencia ordenada de pasos que permiten al personal de salud evaluar, clasificar y tratar diferentes problemas de salud que el niño puede presentar y que habitualmente no son detectados, al focalizar la atención solo en el motivo de consulta expresado por los padres. Incorpora elementos de los programas de control de enfermedades

diarreicas, e infecciones respiratorias agudas, así como los programas de control de malaria, nutrición, vacunación, promoción del buen trato, hábitos de higiene y evaluación del desarrollo entre otros.

La estrategia beneficia también al niño que acude al control de crecimiento y desarrollo, ya sea el motivo por morbilidad o atención del niño sano, se pretende que en primer lugar se busque activamente signos que podrían agravarse rápidamente si no son detectados oportunamente y además sistematizar la evaluación de aspectos preventivos promocionales para brindar una atención más completa de la que actualmente se ofrece.

Misión

Orientar el diagnóstico y toma de decisiones con relación a los problemas que afectan la salud del niño, así como orientar los cuidados que deben recibir en el hogar, incluyendo prevención de las enfermedades a través de la promoción de los factores protectores como son: vacunación, lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y una adecuada alimentación complementaria, pretendiendo reducir los factores de riesgo de estas enfermedades y sus complicaciones.

Visión

Motivar la participación de la comunidad en el cuidado y protección de la salud del niño a través de la educación para la salud que permita mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres y/o cuidadores con relación de la atención del niño en el hogar.

Componentes

La estrategia Atención Integrada a la Enfermedades Prevalentes de la Infancia se operacionaliza a través de tres componentes:

- **Mejoramiento del Desempeño del Personal de Salud**, para brindar una atención de calidad a menores de cinco años y sus familias.
- **Mejoramiento de los sistemas y servicios de salud**, se propone mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud para garantizar la adecuada prestación de servicios integrales a la niñez.
- **Mejoramiento de las Prácticas Familiares y Comunitarias** incluye las intervenciones que se hacen desde el servicio de salud, cuando se atiende a la madre y al niño, para mejorar los conocimientos y las prácticas para el cuidado y atención de las madres las niñas y niños en el hogar. Con la incorporación de este componente se pretende abrir las puertas de los servicios de salud para extender las acciones a la comunidad, en relación con la prevención y control de las enfermedades, y a la promoción de hábitos de vida saludables que beneficien al niño y sus familias.

Objetivos

- Reducir la mortalidad por enfermedades prevalentes en los niños menores de 5 años, específicamente las muertes producidas por EDA, ERA, DNT, malaria e inmunoprevenibles.
- Reducir la morbilidad por estas enfermedades.
- Garantizar una adecuada calidad en la atención de los niños menores de 5 años en los servicios de salud como en el hogar.
- Fortalece aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la niñez en la atención de los servicios de salud y en la dinámica familiar, comunitaria y local.
- Apoya los esfuerzos dirigidos a fortalecer el desarrollo local para la atención de la salud mejorando las actitudes, habilidades y destrezas en la familia, la comunidad y los sectores para el cuidado de los menores de 5 años y la protección del ambiente.

Características

La Atención Integrada a las enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) está basada en un enfoque que considera que el acceso a una buena atención para el niño es un derecho, que se caracteriza por las siguientes condiciones:

- Aborda los principales problemas de salud del niño: El enfoque está dirigido a evaluar en forma sistemática en la atención de todos los niños, las causas más importantes de mortalidad, morbilidad, los antecedentes de vacunación, los problemas de alimentación, lactancia materna, desarrollo, afecto entre otros.
- Asegura la identificación precoz, de todos los niños gravemente enfermos, con enfoque de riesgo.
- Responde a la demanda actual de atención de la población: 3 de cada 4 niños que acuden diariamente a hospitales, centros de salud y proveedores de atención de salud, tienen una de las cinco enfermedades a cuyo control está dirigida la estrategia.
- Promueve la aplicación de acciones de promoción y de prevención como condición necesaria para propiciar salud integral a la niñez, posicionando a la familia y a la comunidad como actores principales en el mejoramiento de las condiciones de vida de los niños y niñas.
- Es eficaz en función del costo y su disminución. El Banco Mundial clasificó AIEPI entre las 10 intervenciones más eficaces en función del costo para los países de ingresos bajos y medianos.
- Mejora la equidad. La estrategia AIEPI asegura una atención de calidad en el primer nivel de atención a través de la incorporación de medidas preventivas y curativas sencillas que protegen al niño de la muerte por neumonía, diarrea, sarampión, malaria y desnutrición, disminuyendo de esta manera la inequidad en la atención de salud.
- Refuerza el concepto de integralidad. Modifica la atención del niño, ya que su abordaje se hace desde su condición de salud y no solo por la enfermedad que pueda presentar.
- Fortalece la capacidad de planificación y resolución del primer nivel de atención, poniendo a disposición del personal de salud y de los agentes comunitarios de salud, las herramientas para la

resolución adecuada de los problemas más frecuentes que afectan la salud del niño, y son motivo de consulta.

- Fortalece la participación de la comunidad en el cuidado, protección y promoción de la salud del niño. La educación para la salud, la comunicación y la información permiten conocer, intercambiar y/o mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres, maestros y otras personas encargadas de su atención en el hogar y en la comunidad.
- Posee ámbitos de aplicación en el servicio de salud y en la comunidad. Enfatiza en el servicio de salud el manejo de casos y en la comunidad la promoción, prevención y factores protectores

Principios:

Integralidad: Entender y atender al niño como un ser con cuerpo, mente, espíritu y sentimientos, que depende de la familia, la sociedad y la comunidad para desarrollarse. Evaluar la integralidad del niño, para no pasar por alto problemas o enfermedades que deben ser atendidos en conjunto.

Coordinación Intersectorial

- Empleo,
- Alimentación
- Vivienda proceso de salud enfermedad
- Infraestructura sanitaria
- Cultura educación

Transporte

Infraestructura Social acceso a servicios de salud

Poder adquisitivo

- **Trabajo en Equipo:** Permite explorar diferentes formas de intervención de cada uno de los sectores presentes en la localidad para trabajar juntos en el desarrollo de espacios de protección de la salud en los que la interdisciplinariedad de paso a la construcción colectiva.
- **Participación Social:** Favorece la creación de espacios organizados de participación activa, es el conjunto de decisiones tomadas consciente e intencionalmente a partir o como resultado de un proceso enseñanza – aprendizaje. Busca fortalecer o cambiar comportamientos en pro de la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.

Proceso de atención integrada

- Entrevista y comunicación
- Evaluación
- Clasificación (código de colores)
- Identificación del tratamiento.
- Proporcionar tratamiento, medicamentos, alimentación y control.

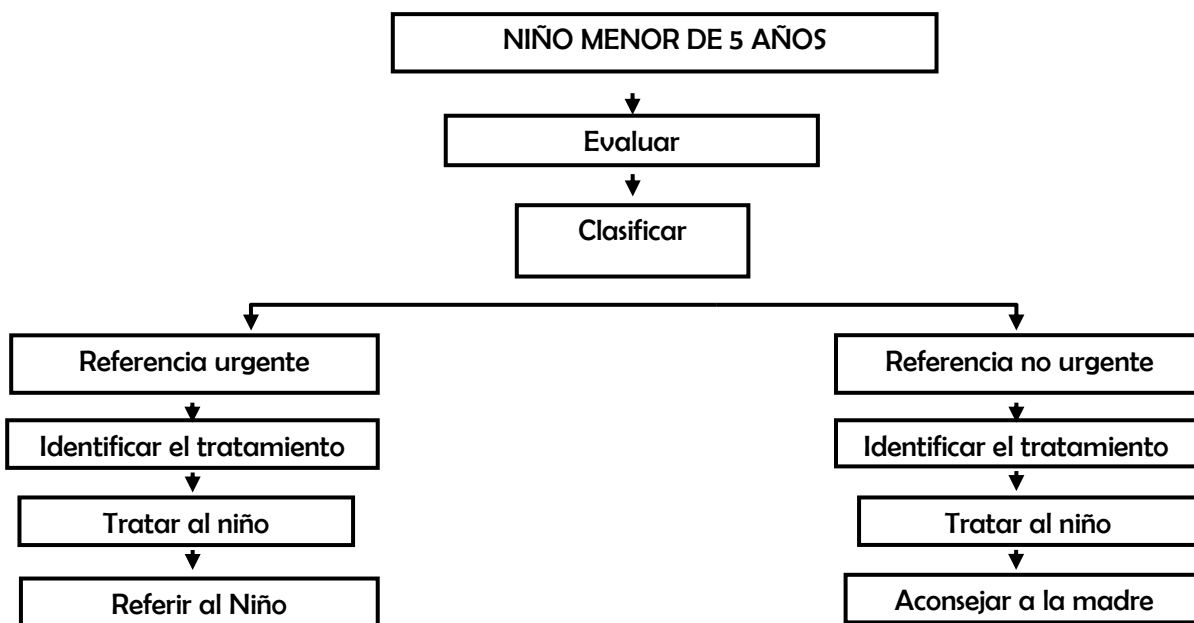
- Evaluar alimentación, conserjería.
- Atención de seguimiento

Instrumentos necesarios

- Cuadro de procedimientos
- Tarjeta para la madre
- Libro de curso clínico
- Rejillas nutricionales
- Escala abreviada desarrollo.
- Carne salud infantil
- Rota-folios educativos.

Cuadro de procedimientos

- Tratamiento a la madre durante el embarazo.
- Tratamiento al recién nacido.
- Tratamiento al lactante menor de 2 meses.
- Tratamiento del niño entre dos meses y 5 años.





Las intervenciones de la estrategia AIEPI en el hogar son:

- Educar a la madre y otros responsables del cuidado, del niño o niña.
- Enseñar los signos generales de peligro para la búsqueda oportuna de atención.
- Manejo precoz de los casos.
- Búsqueda apropiada de atención
- Brindar atención de seguimiento para controlar la evolución del niño o niña a partir del tratamiento indicado, o de las recomendaciones para su cuidado.

2.10.2 Componente Comunitario AIEPI

Esta estrategia parte de la premisa de que las familias y las comunidades tienen la responsabilidad de proveer atención a sus niños, y en la mayoría de casos ellos no han sido efectivamente involucrados o consultados en el desarrollo e implementación de programas dirigidos a la salud, la nutrición, el crecimiento y el desarrollo de la niñez. Considerando que el éxito en la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil requiere de la participación activa de las comunidades, y del trabajo conjunto con los trabajadores de salud y de las familias con el apoyo de su comunidad, entonces estas necesitan ser fortalecidas con conocimientos y habilidades relacionadas con la salud y el desarrollo del niño.

El componente comunitario y familiar del AIEPI busca iniciar, reforzar y sostener las prácticas familiares que son importantes para la supervivencia infantil, crecimiento y desarrollo dentro del marco de desarrollo comunitario. Con este fin las comunidades necesitan ser movilizadas y motivadas.

La vida de los niños es patrimonio común de la sociedad y, por tanto, debe ser protegida por todas y todos, más si las causas del problema son manejables en la familia y la comunidad. El componente comunitario propone que las familias incorporen prácticas saludables para el desarrollo seguro del niño protegiendo su crecimiento sano, previniendo para que no se enfermen, dando cuidados adecuados en el hogar cuando están enfermos, detectando oportunamente signos que manifiestan que requieren tratamiento inmediato para buscar ayuda.

En consecuencia el componente comunitario de la estrategia AIEPI pretende promover 18 comportamientos esenciales para el desarrollo físico y mental (lactancia materna, alimentación complementaria, micronutrientes, desarrollo mental y social), para la prevención de enfermedades (vacunación, higiene, protección contra malaria, VIH/SIDA), para asegurar la atención adecuada en el hogar (alimentación durante enfermedades, tratamiento en el hogar, accidentes, abuso, participación del hombre), y búsqueda de ayuda

fuera del hogar (identificación de enfermedades, uso de servicios adecuados, referencia y uso de medicamentos)

Prácticas en AIEPI Comunitario

- Práctica 1: Fomentar la lactancia materna exclusiva: A los niños hay que alimentarlos con leche materna hasta los seis meses de edad.
- Práctica 2: Alimentación complementaria después de los seis meses de edad: A partir de los seis meses a los niños hay que darles, además de la leche materna, alimentos frescos de calidad y en cantidad suficiente de acuerdo con su edad.
- Práctica 3: Consumo de micronutrientes: Los micronutrientes, sobre todo Vitamina A, Hierro y Zinc, se encuentran en cierto tipo de alimentos que se les deben dar a los niños o dárselos como suplemento, es decir, además de sus alimentos.
- Práctica 4: Afecto, cariño y estimulación temprana: Hay que darles mucho cariño y ayudarlos a progresar, atender sus necesidades, conversar y jugar con ellos.
- Práctica 5: Hay que vacunar a todos los niños: Hay que llevarlos al establecimiento de salud para que reciban todas las vacunas según el esquema establecido para la edad.
- Práctica 6: Saneamiento básico: A los niños hay que darles un ambiente limpio, sin heces y sin basura. Agua apta para el consumo y estimular la práctica del lavado de manos.
- Práctica 7: Prevención de malaria y dengue: En zonas de malaria y dengue hay que protegerse de zancudos y mosquitos con ropa adecuada y mosquiteros tratados con insecticida, a la hora de dormir.
- Práctica 8: Prevención contra el VIH SIDA: Los padres deben tener comportamientos adecuados para evitar la infección por VIH/SIDA. Las personas afectadas, en especial los niños y las madres gestantes, deben recibir atención, cuidados y orientación
- Práctica 9: Llevar a los niños al odontólogo desde los primeros meses de edad: Visite al odontólogo cada seis meses como mínimo, o menos, si el odontólogo lo cree necesario.
- Práctica 10: Proteger a los niños que tienen contacto con personas con tuberculosis: “Proteja a los niños que tienen contacto con personas enfermas de tuberculosis que viven con ellos o los visitan frecuentemente; asegúrese que sean llevados a la institución de salud para ser evaluados. Si se descarta la enfermedad, a los niños menores de cinco años, se les debe suministrar el medicamento preventivo”.
- Práctica 11: Alimentación del niño enfermo en el hogar: Cuando el niño está enfermo debe recibir la alimentación de siempre y más líquidos, y en especial leche materna.
- Práctica 12: Tratamiento en casa del niño enfermo: El niño debe recibir los cuidados y el tratamiento apropiado en casa durante su enfermedad.
- Práctica 13: Buen trato y cuidado permanente de los niños: Se debe evitar el maltrato y el descuido de los niños y, tomar las medidas necesarias si esto ocurre.

- Práctica 14: Participación del hombre en el cuidado del niño y de la mujer gestante: El hombre debe participar activamente, al igual que la mujer, en el cuidado de la salud de los niños y, en las decisiones sobre la salud de la familia.
- Práctica 15: Prevención de accidentes en el hogar: A los niños hay que darles una casa segura y protegerlos de lesiones y accidentes.
- Práctica 16: Identificar signos de peligro: Hay que saber reconocer las señales de peligro de la enfermedad para buscar la atención del personal de salud.
- Práctica 17: Seguir las recomendaciones del personal de salud: Hay que seguir los consejos del personal de salud acerca del tratamiento, el seguimiento o la referencia a otro servicio.
- Práctica 18: Atención a la mujer gestante: La mujer embarazada tiene que recibir controles, vacuna antitetánica y orientación alimentaria. Debe también recibir apoyo de su familia y de la comunidad al momento del parto, después del parto y durante la lactancia.

Problemas de Garganta

Cuando la madre o el cuidador lleven al niño al centro asistencial debemos evaluar el dolor de garganta teniendo en cuenta las respuestas indicadas a continuación:

¿Puede beber el niño?

Se debe observar y palpar:

- Palpe los ganglios del cuello, que están en la parte delantera del cuello para ver si están abultados y sensibles.
- Ver si hay exudado en la garganta
- Enseñar a la madre o cuidador los cuidados en casa:
- Indique a la madre remedios suavizantes para mantener húmeda la garganta.
- Ofrecer líquido a tolerancia.
- Puede aliviar el dolor dándole bebidas calientes y dulces.
- Como tratar la fiebre.
- Tratar el dolor también con acetaminofén según orden médica.
- Enseñar a la madre como administrar los antibióticos recordando la importancia de cumplir el tratamiento aun sintiendo el niño mejoría.

PROBLEMA DE GARGANTA	
PREGUNTE:	OBSERVE Y PALPE
Puede beber el niño	Palpe los ganglios en la parte delantera del cuello. Vea si hay exudado en la garganta.
CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD:	

SIGNOS	No puede beber	Ganglios del cuello sensible y abultado. Exudado blanco en la garganta.	Secreción y exudado nasal. Garganta roja. Dolor o ardor de garganta.
CLASIFIQUE COMO:	Absceso De Garganta	Infección De Garganta (Estreptocócica)	Faringitis Viral.
TRATAMIENTO	Refiéralo al hospital Dele penicilina Trate la fiebre Trate el dolor	Darle un antibiótico Tratar la fiebre Tratar el dolor	Indicaciones sobre el cuidado en la casa. Dar un medicamento suave para suavizar el dolor de garganta Tratar el dolor Tratar la fiebre Ofrecer líquidos Decirle a la madre que regrese si empeora.

Problemas de Oído

Una madre puede llevar a su hijo al centro de salud porque tiene dolor de oído o porque está supurando. Si el trabajador de la salud tiene un otoscopio y sabe usarlo, puede valorarlo.

Evalúe – Pregunte

- ¿Tiene el niño dolor de oído?
- ¿Le está supurando el oído?
- ¿Desde cuándo?

Observe y palpe

- Observe si está supurando el oído, o tiene el tímpano rojo.
- Palpe detrás de la oreja para ver si tiene inflamación sensible.

Recordemos:

- El dolor de oído puede significar que hay infección.
- El oído supurante es signo de infección, incluso si el niño ya no tiene dolor.
- También se observa si hay cuerpos extraños.
- En los lactantes la inflamación puede estar sobre la oreja.

Enseñar a la madre a cuidar el niño en la casa:

- Niño con oído supurante.
- No dejar nada en el oído

- No poner aceite ni ningún otro liquido en el oído.
- No dejar que el niño nade o se introduzca agua al oído.
- La madre debe mantener el oído seco, hasta que deje de salir material purulento, esto puede de uno a dos semanas.
- Aplicar a la madre el uso de las mechas.
- Calmar la fiebre.
- Tratar el dolor.
- Enseñar a la madre como administrar el medicamento.

CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD.			
SIGNOS	Inflamación sensible detrás de la oreja.	Esta supurando el oído hace menos de 2 semanas. Dolor de oído. Tímpano rojo.	Oído supurando hace más de 2 semanas o menos
CLASIFIQUESE COMO	Mastoiditis	Infección Aguda Del Oído	Infección Crónica del Oído
TRATAMIENTOS	Refiéralo con urgencias al hospital. Dar primeras dosis de antibiótico. Trátele la fiebre. Trate el dolor.	Dale antibiótico oral Seque el oído con mecha Haga otra evaluación en 5 días Trate la fiebre si hay Trate el dolor.	Seque el oído con mecha. Trátele la fiebre si hay. Trate el dolor.

Enfermedad Respiratoria Aguda

La ERA es la segunda causa de mortalidad infantil y comprende un conjunto de afecciones del aparato respiratorio causadas por virus, bacterias, hongos y otros agentes infecciosos que después de un período de evolución no mayor a quince días, originan varios síntomas y signos como por ejemplo: tos, rinorrea, odinofagia, disfonía, otalgia, dificultad respiratoria y respiración ruidosa; los cuales pueden o no estar acompañados de fiebre.

El medio ambiente, el hospedero y el agente infeccioso son los tres componentes que interaccionan y condicionan la aparición de los síntomas y signos de la ERA.

Factores Ambientales:

La contaminación ambiental y la existencia de sustancias irritantes en el aire aumentan hasta diez veces la posibilidad de desarrollar uno o varios episodios de ERA. Entre estos tenemos:

- Humo de Cigarrillo.
- Humo de Madera o Desechos Orgánicos.
- Exposición a Irritantes Industriales o Domésticos (gas de cocina, lanas, pelusas, aserrín, etc.).
- Hacinamiento.
- Malas condiciones higiénicas.

Factores del Hospedero

- Bajo peso al nacer y menores de dos meses.
- Vacunación Incompleta.
- Falta de Lactancia Materna.
- Malnutrición.
- Deficiencia de Vitamina A.
- Alta prevalencia de adultos asintomáticos portadores de bacterias patógenas.
- Factores del Agente Infeccioso:
 - El 90% de los casos de ERA del tracto respiratorio superior en los niños son causados por virus, los cuales originan cuadros clínicos de baja severidad, aunque también pueden conducir a lesiones importantes de las vías inferiores. También es importante considerar que las infecciones virales abren las puertas a la sobre infección bacteriana. Los virus respiratorios más comunes son el Sincitial Respiratorio, Adenovirus, Influenza, Para-influenza, Rinovirus, Citomegalovirus, Sarampión y Varicela.

Las bacterias ocupan un importante papel en la producción de infecciones respiratorias, especialmente en países como Colombia en donde las condiciones de la población infantil no son óptimas para desarrollar un sistema inmune competente. Esta situación no debe ser argumento para que ante todo niño con ERA se plantee la necesidad de iniciar una terapia con antibacterianos, sino que por el contrario se impone el conocimiento de la epidemiología, los síntomas y los signos de las diferentes entidades que conforman este síndrome. Entre las bacterias más frecuentes tenemos el *Streptococcus pneumoniae*, el *Haemophilus influenzae* y el *Staphylococcus aureus*.

Entre las patologías incluidas en la ERA, la neumonía cobra entre un 30% y 70% de defunciones, por lo tanto es la entidad que debe lograr un diagnóstico oportuno y un tratamiento eficaz, con el objetivo de disminuir la gran mortalidad que origina.

La clasificación de la ERA utilizada en el programa AIEPI está basada en la severidad, dirigida al diagnóstico precoz, a la atención inmediata, metódica e integral. El nivel de atención de los niños con ERA debe ser:

- Enfermedad Grave y Neumonía Grave → Médico – Hospital.
- Neumonía, Otitis y Amigdalitis → Auxiliar de Enfermería, Enfermera o Médico.
- No Neumonía (Resfriado Común) → Madre o Cuidador.

Actividades de enfermería

- Enseñar a la madre o cuidador a cuidar el niño en la casa.
- La atención en la casa es muy importante para el niño con ERA, una buena atención en la casa significa que la madre:
- Aumente la lactancia
- Alimentar al niño para evitar que pierda peso
- Aumentar el líquido para evitar que se deshidrate.
- Aliviar la tos y el dolor de garganta.
- Vigilar los signos que indique que el niño se está poniendo más enfermo y deba llevarlo de vuelta al hospital (respira con dificultad, la respiración se vuelve rápida, no puede beber, la salud del niño empeora).
- Enseñar a la madre como administrar el medicamento.
- Si no sabe leer, dibuje una imagen sencilla.
- Explicarle que debe darle el antibiótico por 7 días.
- Terminar el tratamiento incluso si el niño parece sentirse mejor.
- Asegurarse que la madre entienda todas las instrucciones, pidiendo que repita las instrucciones.

Para un lactante

- Mantener abrigado al lactante
- Continuar la lactancia
- Limpiar la nariz si interfiere con la alimentación.
- Un lactante pequeño empeora con mucha rapidez, se le indica a la mama que lo lleve al hospital rápidamente si presenta (respiración con dificultad, respira rápidamente, es difícil alimentarlo, salud empeora).

Prevención de rinofaringitis viral o problemas de oído y garganta

- Ponga todas las vacunas.
- Evite contacto con fumadores.
- Tape la boca y la nariz del niño al salir de un lugar cerrado al aire libre.

- Si vive en zonas no pavimentadas, rocíe permanentemente para evitar el polvo.
- No cocine con leña, no haga quemas esto genera contaminación, si barre no lo haga cerca del niño o niña.
- No utilice almohadas, cobijas o prendas de material que boten plumas o motas, pueden ser aspiradas.
- No de alimentos en biberón; use vaso o cuchara y nunca lo alimente acostado.

Fiebre

La fiebre es la segunda causa más frecuente de consulta en Atención Primaria después del dolor. Se trata de un signo que puede ser manifestación de muy distintas patologías.

En individuos sanos la temperatura media axilar es de $36,8 \pm 0,5^{\circ}\text{C}$. La temperatura rectal es $0,6^{\circ}\text{C}$ mayor que la axilar. La temperatura basal varía según un ritmo circadiano, con valores mínimos durante la madrugada y máximos por la tarde (entre las 16 y las 18 horas). La fiebre corresponde a valores de temperatura corporal a partir de los 38°C como respuesta fisiológica del organismo a diversas agresiones (infecciones, inflamaciones, tumores, etc.). La febrícula es la temperatura corporal entre 37 y $37,9^{\circ}\text{C}$.

Generalmente la fiebre se acompaña de otros síntomas como por ejemplo astenia, adinamia, taquicardia (la frecuencia cardiaca aumenta 10 latidos por grado de temperatura elevado), taquipnea, cefalea.

Los sitios más utilizados para medir la temperatura son las cavidades bucal y rectal, y los pliegues axilares o inguinales. Siempre que sea posible, la temperatura debe medirse en la boca y el recto, porque la medición en la axila es menos exacta. El termómetro debe dejarse en estos sitios por un tiempo mayor a dos minutos. En la axila la temperatura normal es de $36,5$ grados, en la boca 37 y en el recto $37,5$.

El personal de enfermería debe realizar la medición periódica de la temperatura y dibujar una Curva Térmica, la cual puede ser relevante para llegar a un diagnóstico adecuado. Según la forma de esta curva térmica, la fiebre puede ser clasificada en:

- Fiebre Continua: Es aquella que no tiene una variación diaria mayor a un grado, sin que la temperatura llegue nunca a su nivel normal.
- Fiebre Remitente: Las variaciones de la temperatura son mayores a un grado, pero tampoco se llega a un nivel normal.
- Fiebre Intermite: Es aquella en que la temperatura desciende hasta lo normal, pero vuelve rápidamente a subir a los niveles previos.
- Fiebre Recurrente: Caracterizada por episodios febriles que alternan con períodos de temperatura normal que pueden extenderse por días o semanas.

Se resalta que no todas las causas de fiebre son infecciosas; este síntoma puede ser originado por tumores malignos, enfermedades del colágeno como el lupus, hemorragias, politraumatismos severos, trauma craneoencefálico severo y deshidratación severa.

A la hora de evaluar la causa de fiebre se debe tener en cuenta el tiempo de evolución de este síntoma y la procedencia del paciente: si la fiebre ha estado presente por más de siete días, el paciente debe ser estudiado, preferiblemente intra-hospitalariamente, para descartar enfermedades neoplásicas o crónicas; por otra parte, si el paciente vive o ha estado en áreas geográficas endémicas de algunas enfermedades tropicales como la malaria, el dengue, la fiebre amarilla; o zonas epidémicas de sarampión, debe ser sometido a pruebas diagnósticas para descartar estas patologías.

Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

En la última década del siglo XX las Enfermedades Diarreicas Agudas continúan siendo uno de los problemas de salud pública más serios en los países en desarrollo, en los que constituyen una de las causas principales de enfermedad y muerte en los niños menores de 5 años, causando aproximadamente 3.2 millones de muertes al año por esta causa. En promedio, los niños padecen 3.3 episodios de diarrea al año, pero en algunas áreas esta cifra es superior a los nueve episodios anuales. Dentro de este grupo de edad los niños menores de dos años son los que sufren mayor morbilidad y mortalidad. Se estima que aproximadamente 80-90% de las muertes por diarrea ocurren en estos niños

El Cólera ataca proporcionalmente más a la población de niños mayores, jóvenes y adultos con tasas de ataque muy altas. Sin embargo, con el tratamiento apropiado la mortalidad por Cólera es baja.

Se estima que del total de muertes que ocurren por diarrea en todo el mundo, más del 90% ocurren en menores de 5 años y son causadas por diarreas diferentes al Cólera.

En Colombia, a pesar de los logros alcanzados en la última década, las Enfermedades Diarreicas Agudas continúan ocupando los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en la población menor de cinco años, especialmente en los municipios con menor grado de desarrollo.

La diarrea es un síndrome clínico de etiología diversa, que se acompaña de la expulsión frecuente de heces de menor consistencia de lo normal. Es causada principalmente por agentes infecciosos como bacterias, virus y parásitos, pero también puede ser producida por ingestión de fármacos o toxinas, alteraciones en la función intestinal, intolerancia a algunos alimentos, reinstauración de nutrición enteral después de un ayuno prolongado.

Factores de riesgo

Factores De La Conducta	No lactancia materna exclusiva (durante los primeros 6 meses de vida) Uso biberones. Conservar los alimentos a temperatura ambiente durante varias horas antes de su consumo. No lavarse las manos después de defecar o antes de tocar los alimentos, no desechar correctamente las heces. Deficiencias en higiene personal, doméstica y/o ambiental.
Factores Del Huésped	Desnutrición. Inmunosupresión
Variaciones Climáticas	Diarreas virales se incrementan durante el invierno. Diarreas por bacterias se incrementan en épocas de sequía.

Factores Protectores

- Lactancia materna exclusiva durante un mínimo de 6 meses.
- Alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses
- Inmunizaciones.

Infecciones asintomáticas

La mayoría de las infecciones entéricas son sintomáticas. La proporción de las asintomáticas se incrementa después de los 2 años de edad, por el desarrollo de la inmunidad activa que evita que algunas infecciones intestinales se manifiesten clínicamente. Los sujetos con infecciones asintomáticas, las cuales pueden durar varios días o semanas, eliminan en sus heces fecales virus, bacterias o quistes de protozoos. Las personas con este tipo de infecciones juegan un papel importante en la diseminación de muchos patógenos entéricos, principalmente porque no saben que están infectadas, no toman precauciones higiénicas especiales y se movilizan de un sitio a otro como normalmente lo hacen, ya que no se sienten enfermas.

Por mecanismo las diarreas pueden ser:

- Diarrea osmótica: Presencia de solutos no absorbido, laxantes.
- Diarrea secretora: Virus, bacterias, parásitos, trastornos asociados a VIH.
- Diarrea motora: Diabetes mellitus, hipertiroidismo, síndrome de intestino inestable.
- Diarrea exudativa: Infecciones bacterianas (*salmonella*, *clostridium*), *Entamoeba*, enfermedad de Crohn, enterocolitis, proctocolitis.

Etiología

- Infecciosas:
- Bacterias: *E. coli*, salmonella, síguela, *vibrio cholerae*, *streptococcus aureus*
- Protozoos: *giardia lamblia*, *entamoeba histolitica*
- Virus: Rotavirus, adenovirus
- Hongos: *cándida albicans*
- No infecciosa: cuando la diarrea no está asociada a la presencia de microorganismos patógenos: Enfermedad inflamatoria del intestino de etiología variable (por ejemplo, autoinmune), alteraciones de la motricidad por afecciones sistémicas como la diabetes, alimentos hiperosmolares, intolerancia a alimentos, etc.

Signos y síntomas

- Aumento de la frecuencia de las deposiciones
- Disminución en la consistencia de las heces, con o sin presencia de moco, sangre o pus. Relacionado con la etiología, se pueden dar algunos cambios característicos en el aspecto de las heces, como por ejemplo, aspecto de agua de arroz en la diarrea por cólera.
- Dolor abdominal tipo cólico
- Distensión abdominal
- Náusea o vómito
- Fiebre
- Cefalea
- Malestar general, asociado a mialgias y artralgias
- Irritación perianal
- Expulsión de parásitos

Diagnóstico:

- Básicamente clínico, con excepción de aquellos cuadros que generan la necesidad de establecer el agente causal por razones epidemiológicas, o por evolución tórpida, que hace necesario el manejo medicamentoso específico.
- En los niños reviste gran importancia la evaluación de su hidratación (que se expresa en términos del grado de DHT), dado que la mayoría de las muertes se asocia precisamente es a la pérdida profusa de líquidos y electrolitos, con alteración de la homeostasis y los parámetros vitales. Entre los signos de DHT están:
 - Fontanela deprimida en los lactantes
 - Enftalmos
 - Mucosa oral seca

- Llanto sin lágrimas
- Ánimo irritable o alteración de la conciencia, que puede ir desde somnolencia leve hasta el coma.
- Pliegue cutáneo prolongado
- Taquicardia
- Llenado capilar retardado

Tratamiento

- Lo más importante: restablecer el estado de hidratación con el uso de sales de rehidratación oral (SRO) o líquidos endovenosos (LEV)
- Uso de tratamiento específico según el agente causante: antibióticos en las diarreas bacterianas, imidazoles en las de origen protozario, antimicóticos para las diarreas micóticas. Las diarreas virales no poseen tratamiento específico.

Desnutrición (DNT)

Es un estado patológico inespecífico y potencialmente reversible que se origina de una deficiente utilización por parte de las células del organismo de cantidades adecuadas de nutrientes esenciales con manifestaciones clínicas diversas, y de intensidad variable de acuerdo con factores individuales y ecológicos ya que reviste diversos grados de intensidad

En los niños la desnutrición se caracteriza por retardo en el crecimiento, peso y estatura bajos, aspecto débil, anemia, raquitismo, retardo en la dentición, piel delgada, cabello fino, uñas quebradizas; en los casos severos la piel se mancha y se descama, se presenta hepatomegalia, abdomen distendido, edema generalizado, entre otras.

Clases de desnutrición:

- Primaria: cuando se consume poca cantidad de alimento y de mala calidad.
- Secundaria: cuando hay dificultad o alteración en la digestión, en la absorción, por falta de apetito, dieta inadecuada o enfermedad.
- Mixta: cuando se combinan las anteriores.

Signos de desnutrición

- Cambios en el cabello: pelo ralo o zonas de calvicie, despigmentación (señal de bandera), cambios de textura.
- Piel: áspera, seca, fría, sin brillo, descamación, lesiones pelagrosas, despigmentación, fisuras en sitios de flexión, escaras, manchas negras en áreas de la piel expuestas a luz solar.
- Dientes: disminución de esmalte dental y caries.
- Ojos: alteración de la córnea (manchas, úlceras), sequedad conjuntival, falta de lágrimas), pérdida de grasa que genera ojos hundidos, mejillas deprimidas.
- Uñas: finas, quebradizas, sin brillo, crecen poco.

- Abdomen: globoso con edema en algunas ocasiones, puede haber pérdida del tejido graso (emaciación: que puede comprometer cintura escapular y pelviana).
- Mucosas: lengua con glositis rojo vivo o violeta, puede haber aumento en el tamaño de las papilas gustativas, lesiones de las encías, labios rajados sangrantes y lesiones comisurales.
- Extremidades: edemas de los segmentos distales (frío, no doloroso, blando, localizado inicialmente en miembros inferiores, manos, cara y antebrazo) que pueden llegar a generalizarse.
- Comportamiento: actitud postrada sobre la cama; miembros flexionados, inmóviles o en la posición en que se los deje, apáticos y adinámicos. Irritabilidad e intranquilidad.
- Emaciación: inicialmente puede no estar presente, hasta constituirse en rostro (macilento, cara de mono) y extremidades; signo del pantalón grande o flojo.

Cada una de estas manifestaciones está relacionada con un tipo específico de carencias. La altura refleja carencias nutricionales durante un tiempo prolongado, mientras que el peso es un indicador de carencias agudas. De ahí las distintas categorías de desnutrición.

- Desnutrición crónica: Un niño que sufre desnutrición crónica presenta un retraso en su crecimiento. Se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad. Indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño. El retraso en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, cuando el niño aún está en el útero de su madre. Si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto su vida.
- Desnutrición aguda moderada: Un niño con desnutrición aguda moderada pesa menos de lo que le corresponde con relación a su altura. Se mide también por el perímetro del brazo, que está por debajo del estándar de referencia. Requiere un tratamiento inmediato para prevenir que empeore.
- Desnutrición aguda grave o severa: Es la forma de desnutrición más grave. El niño tiene un peso muy por debajo del estándar de referencia para su altura. Se mide también por el perímetro del brazo. Altera todos los procesos vitales del niño y conlleva un alto riesgo de mortalidad. El riesgo de muerte para un niño con desnutrición aguda grave es 9 veces superior que para un niño en condiciones normales. Requiere atención médica urgente.

Factores de riesgo	Características
Socio-económicos	Consumo limitado por el bajo nivel de ingresos Limitación en la disponibilidad de los alimentos Escasa escolaridad de los padres Aislamiento social, alto crecimiento demográfico Estructura de edades de la población
Ambientales	Falta en el suministro de agua potable, servicios higiénicos inadecuados, alcantarillado insuficiente y falta de eliminación de desechos sólidos y líquidos.

Biológicos	Antecedente de prematuridad, Enfermedades crónicas. Defectos congénitos (labio leporino, paladar hendido) Defectos genéticos (síndrome de Down, fenilcetonuria) Infecciones gastrointestinales frecuentes que se acompañan de una reducción del apetito del consumo de alimentos y de la absorción de nutrientes Cirugía gastrointestinal, traumatismo, diálisis renal Problemas dentarios Disminución de la capacidad física para comprar alimentos o preparar una comida.
Nutricionales	Abandono de la lactancia materna antes de los seis (6) meses de edad Ablactación antes del segundo mes o después del sexto mes de edad Inclusión temprana e inadecuada de sucedáneos de la leche materna y otros alimentos Hábitos alimentarios: creencias y costumbres alimentarias inadecuadas Trastornos de la alimentación caracterizado por el rechazo a comer, anorexia, bulimia Alergias alimentarias reales o imaginarias Ignorancia sobre una buena nutrición o la preparación adecuada de alimentos
Psicosociales y comportamentales	Las perturbaciones emocionales, donde se observan casi todos los tipos de trastornos psicológicos, incluidos la ansiedad, la culpa, la frustración, la depresión y los sentimientos de rechazo y vulnerabilidad. Trastornos mentales Alcoholismo, tabaquismo y consumo de sustancias psicoactivas
Otros	Medicamentos que afectan la ingestión de alimentos, la absorción, utilización o eliminación de nutrientes (quimioterapia, esteroides catabólicos, estrógenos, etc.)

Como objetivo en el manejo de la desnutrición se busca lograr una mejoría del estado nutricional, aumentando el aporte calórico proteico del individuo, mediante tratamiento con dieta y educación para disminuir el riesgo de desnutrición y sus complicaciones.

Factores de riesgo

La mayor parte de las alteraciones del estado nutricional no están condicionadas a una sola causa, sino que presentan una combinación de condiciones necesarias y propicias que influyen en el estado de la población: factores sociales, económicos, culturales, nutricionales, entre otros, que influyen en la disponibilidad, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos.

Características de la atención:

- Todos los pacientes que presentan desnutrición proteico-calórica, deben recibir manejo nutricional por Nutricionista-Dietista.

- Se realiza una valoración nutricional completa, se hace el diagnóstico pertinente, prescripción del tratamiento, entrega y explicación de la dieta, como se describe a continuación y con el tiempo suficiente para desarrollarlo en forma completa e individualizada.

Recomendaciones en DNT

- En la atención de la población infantil es necesario tener en cuenta los factores protectores para aliviar o disminuir el riesgo de desnutrición.
- El personal de enfermería debe educar, recalcar y fortalecer conocimientos respecto a la importancia de:
 - La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y con alimentación complementaria hasta los 2 años de edad.
 - Alimentación complementaria adecuada.
 - El compartir la alimentación en familia permite el fortalecimiento del afecto: es importante informar a la población de la importancia de compartir en familia por lo menos una comida al día.
 - El fácil acceso a los alimentos.
 - Ingreso económico estable.
 - Buena salud oral.
 - Manejo adecuado de los niveles de estrés.
 - Higiene y conservación adecuada de los alimentos.
 - Estilos de vida saludables.
 - Educar a los cuidadores del niño la importancia de asistencia a control de crecimiento y desarrollo.
 - Realizar una evaluación nutricional a la madre teniendo en cuenta: antecedentes maternos, edad, peso, talla, antecedentes de lactancia materna, antecedentes de enfermedades previas.
 - Vigilancia estrecha de trastornos alimentarios (anorexia- bulimia).

Anemia

La anemia se define como una concentración baja de hemoglobina en la sangre. Se detecta mediante un análisis de laboratorio en el que se descubre un nivel de hemoglobina en la sangre menor de lo normal. Puede acompañarse de otros parámetros alterados, como disminución del número de glóbulos rojos, o disminución del hematocrito, pero no es correcto definirla como disminución de la cantidad de glóbulos rojos, pues estas células sanguíneas pueden variar considerablemente en tamaño, en ocasiones el número de glóbulos rojos es normal y sin embargo existe anemia

Actividades de enfermería en anemia:

- Realizar un examen minucioso en busca de sintomatología de:
- Palidez, cansancio, decaimiento, somnolencia, irritabilidad, anorexia.

- Realizar los respectivos registros de enfermería encontrados en el examen minucioso y reportar las alteraciones.
- Realizar una anamnesis completa a los cuidadores en busca de antecedentes: embarazo, neonatal, antecedentes anemia previa, ingesta de medicamentos, sustancias químicas.
- Toma de muestras sanguíneas según indicación.
- Estar pendiente de los reportes.
- Si la anemia es ferropénica, se debe verificar una nutrición alta en hierro.
- Proporcionar un ambiente agradable durante la alimentación.
- Proporcionar periodos de descanso y sueño.
- Verificar las características de materia fecal y vómitos si los presenta reportar de inmediato.
- Aplicar técnica aséptica durante la manipulación del alimento para prevención de infecciones.
- Cumplir con el tratamiento farmacológico según indicación.
- Aplicar las actividades de enfermería según procedimiento a realizar
- Educar a los padres respecto a nutrientes altos en hierro y la importancia de controles periódicos de laboratorios.

2.10.3 Buen Trato

Puede entenderse al trato como la forma de comunicarse o de establecer un vínculo con otra persona o con un grupo de sujetos. El buen trato a nivel familiar se logra cuando la persona brinda el espacio y el tiempo para relacionarse con sus hijos o su pareja, con alegría y dispuesta a descubrir las necesidades del otro. A la hora de fomentar el buen trato en el seno familiar y social entre adultos y jóvenes, se establecen una serie de valores o de pilares que son fundamentales para poder conseguir aquel. Entre los mismos se encuentran la comunicación, el conocimiento mutuo, el respeto o el amor.

Maltrato Infantil

Toda acción, y omisión que infiera negativamente en el desarrollo físico, y mental o emocional de un menor, causado por un adulto a cuyo cuidado se encuentra el menor.

Tipo de Maltrato

Físico

Es toda agresión física a un menor causado por parte de los padres, personas del grupo familiar o cuidadores. Puede ser intensidad leve, moderado o grave y su ocurrencia antigua, reciente, o recurrente.

Factores de riesgo

Del niño o niña

Retardo mental, parálisis cerebral, deformaciones físicas, dificultades en la alimentación o defecación, niños inquietos, con enfermedades crónicas, menores de 5 años.

Riesgos sociales

Desempleo, tolerancia social al maltrato en general hacinamiento, desplazamiento, forzado, corrupción, bajo nivel de ingresos, ausencias de redes de apoyo.

2.12.1 Signos y síntomas de un niño maltratado

SISTEMA-ÓRGANO ÁREA	SÍNTOMAS
Piel y tejidos blandos	Edema, equimosis y hematomas, en cara, extremidades, glúteos y tronco, cicatrices que evidencian el objeto con el que fueron hechas, quemaduras con cigarrillo, plancha, líquidos etc. Laceraciones en cavidad oral.
Esqueléticos	Fracturas en menores de un año, fracturas frecuentes mal tratados o mal cicatrizadas, dislocación del hombro o del codo, contusiones de hombro o codo, machacamientos.
Sistema Nervioso Central	Trauma craneoencefálico desde leve a severo.
Respiratorio	Casi ahogamiento y bronco aspiraciones.
Órganos de los sentidos	Heridas y hematomas de párpados sin compromiso del globo ocular, lesiones corneales, herida del pabellón auricular, hemorragia del oído medio o interno, desviaciones del tabique. Hemorragias nasales que ceden fácil al taponamiento.
Cavidad abdominal	Golpes, hematomas, contusiones que no comprometen las vísceras, rupturas de vísceras.

Emocional o Psicológico

Dentro de esta variante de maltrato se encuentra numerosas conductas de padres maestros y cuidadores que realizan con los niños, por ejemplo: rechazo, la crítica, la constante burla de sus aptitudes o de sus errores y equivocaciones infantiles, la ridiculización de sus acciones, amenazas de abandono, o daño si no cumple con las expectativas de los padres, exigencias inapropiadas para la edad del niño. Es importante recordar que todos los tipos de maltrato a niños y niñas están acompañados de maltrato psicológico.

Factores del riesgo:

- Del niño o niña
 - Bajo rendimiento escolar, exigencia excesiva de los padres en el rendimiento escolar, etapa en que los padres desean que el niño o niña controle su esfínteres, trastornos en el desarrollo físico y mental.
- Familia o de sus miembros:
 - Padres que ignoran, rechazan, aíslan, aterrorizan, atacan verbal/ o presionan al niño o niña.

- Padres que no responden a las necesidades de niño o niña y fracasan en estimularlos.
- Padres que no establecen contacto visual con los niños.
- Padres que presentan depresión profunda.
- Embarazos indeseados
- No participación del papa con la crianza
- Conflictos de parejas.
- Alcoholismo o drogadicción.
- Trastornos mentales.
- Antecedente de maltrato. etc.

Abuso Sexual

Contacto o interacción entre un adulto y el menor, en el que este último es utilizado para satisfacción sexual del adulto o de terceros.

El abusador puede ser un menor cuando es significativamente mayor que la víctima o tiene una posición de poder o control sobre el menor.

Factores de riesgo

- Del niño o niña
- Condición de sentimiento y dependencia de los niños
- Las niñas son más abusadas intrafamiliarmente y los niños más frecuentes fuera de casa.
- Niño que ha sido expuestos desde muy temprana edad al comportamiento sexual de los adultos.
- Con autoestima negativa.
- Con poco vínculo afectivo con los padres.
- Niños muy pequeños o con discapacidades físicas, o intelectuales.
- Niños que desconocen el abuso sexual y la manera de evitarlos.
- De la familia o de sus cuidadores
 - Con historia de abuso sexual infantil y abuso psicológico y físico en la infancia y en la vida actual.
 - Impera el silencio por temor al qué dirán.
 - Hacinamiento
 - Familias autoritarias.
 - Familias con nivel de comunicación bajas.
 - Poca claridad en las normas familiares y en particular la de los comportamientos sexuales y auto cuidado. Etc.
- Sociales
- Significado social de la mujer desde la niñez.
- Sobre la valoración de la figura masculina en la familia.
- Su misión de la madre y de los hijos ante padres autoritarios.

- Tabúes, mitos y creencias erradas frente a la sexualidad.
- Del abusador
- Personalidad controladora, dominante.
- Consumidor de alcohol o drogas.
- Posiblemente fueron objeto de abuso sexual en la infancia.
- Predilección por establecer relaciones sexuales con el menor etc.

Gestación y maltrato

Conductos que por acción u omisión agraden a la mujer embarazada poniendo en peligro el desarrollo normal del feto.

Factores de riesgo

- Embarazo no deseado
- Intentos de abortos, o abortos anteriores
- Mujeres que planean dar su hijo en adopción
- Mujeres abandonadas por su pareja, o rechazadas por su familia
- Alcoholismo
- Madres adolescentes
- Antecedentes de maltrato
- Fármaco dependencia y padres con enfermedad mental grave o sociópata.

2.9.3.2 Síndrome de bebe zarandeado

El Síndrome del niño sacudido también conocido como síndrome del niño zarandeado o agitado es una forma de maltrato físico infantil que incluye la existencia de un traumatismo intracraneal debido a que el cerebro aún no ocupa toda la caja craneal y que conlleva un conjunto de alteraciones clínicas y patológicas que conforman un síndrome bien definido, debido a la agitación violenta del infante por parte del abusador.

Se trata de un lactante con llanto incontrolado, inconsolable, al que una persona sostiene por el tórax y lo sacude bruscamente, con lo que se produce un mecanismo de aceleración-desaceleración de la cabeza que conduce por una parte a fracturas paravertebrales de las costillas, a hemorragias intracraneales y a lesiones oculares. Las hemorragias retinianas están presentes en el 80% de los casos, y su presencia debe hacer sospechar la existencia de este síndrome ante la ausencia de cualquier otra causa.

La mayoría de los casos ocurren en niños lactantes, los cuales tienen una desproporción exagerada entre el gran tamaño de la cabeza con respecto al resto del cuerpo, y un tono muscular insuficiente en los músculos del cuello, que no los permite soportar el peso y las oscilaciones de la cabeza. Como consecuencia de todo ello, tras la sacudida, se producen una serie de trastornos hipóxicos debidos a la dificultad respiratoria, que van a provocar alteraciones del centro respiratorio troncoencefálico, con frecuencia un edema cerebral, y hemorragias subdurales, con pequeñas contusiones parenquimatosas y múltiples hemorragias axiales adicionales.

Negligencia

Deprivación de los elementos básicos cuando se pueden brindar, necesarios para garantizar el desarrollo armónico e integral del niño. (Educación, alimentación, salud, cuidado y afecto)

Factores de riesgo:

- Niños con enfermedades crónicas
- Discapacitados física o mentalmente
- Comportamientos como hiperactividad, hipoactividad o rebeldía
- Enfermedades como Síndrome de Down, Autismo y Parálisis Cerebral
- Género del niño que no satisface las necesidades del padre
- Bajo nivel educativo de los padres
- Pobreza
- Madre cabeza de hogar
- Débiles lazos afectivos
- Adicciones.

2.12.3 Maltrato social o institucional:

Falta de satisfacción de las necesidades básicas de los niños y las niñas como consecuencia de la ausencia de garantías estatales para el acceso a los servicios sociales de subsistencia de quienes tienen a cargo su crianza y cuidado.

2.10.4 Factores Protectores Generales

- Promover la formación de un sólido vínculo afectivo entre los padres o cuidadores y sus hijos capaces de amortiguar las dificultades de la crianza sin que ocurra el maltrato en cualquiera de sus formas.
- Educar e informar a los niños o niñas sobre sus derechos.
- Enseñar las diversas etapas psicosexuales a los padres.
- Ayudar a las comunidades a la información de las diversas redes que aporten enriqueciendo emocionalmente y ofreciendo contenciones en las situaciones de crisis.

Red del Buen Trato

Es la que tiene las relaciones en las diferentes organizaciones, servidores públicos; ciudadanos y ciudadanas que promueven la cooperación, la coordinación, construcción y organización proactiva para construir una ciudad donde niños, niñas y familias fundamente su relación en el afecto; su capacidad para solucionar conflictos y la convivencia.

Objetivos generales

- Promover el respaldo político y administrativo de las instituciones participantes de la red.
- Promover una gestión para que las redes articulen y coordinen los recursos institucionales, distritales y locales.
- Promover la participación comunitaria.

Quien participa en la red

- ICBF
- Comisaría de familia.
- Unidad de medición y conciliación.
- Hospitales de I nivel. E.S.E.
- DABS (Departamento administrativo de bienestar Familiar)
- Cadel.
- Todos los ciudadanos y ciudadanas que deseen participar activamente en la transformación y fortalecimiento de relaciones familiares.

Denuncia:

Todos los miembros de una institución que tengan conocimiento o sospecha que un niño o niña ha sido víctima de maltratos, tiene la obligación de denunciar el hecho ante la comisaría de familia, el centro zonal de ICBF o cualquiera de las instituciones que participan en la red.

2.10.5 Prevención de Accidentes en el Hogar

Dado que en el hogar es donde pasamos muchas horas a lo largo de nuestra vida, es allí donde también existen posibilidades de que surja algún accidente de cualquier tipo. Sin embargo, no todos los miembros de la familia tienen las mismas posibilidades de sufrir un accidente. Hay dos colectivos de personas que son los que sufren accidentes con mayor frecuencia.

- Los niños menores de cinco años
- Los ancianos mayores de sesenta y cinco años

La edad y su situación en la vida los convierte por su ignorancia, despreocupación, debilidad y características mentales en los más indefensos y vulnerables.

Consecuencia de los Accidentes

Diversos estudios reflejan que en los accidentes domésticos sufridos por los niños, sus causas, por orden de incidencia, son las siguientes:

- Caídas
- Intoxicaciones
- Alergias e irritaciones
- Quemaduras
- Incendios y explosiones
- Electrocución
- Asfixia respiratoria
- Golpes y atrapamientos
- Heridas

2.10.6 Alteraciones Cognitivas del Niño

La discapacidad cognitiva o retraso mental es una afección que se diagnostica antes de los 18 años de edad. Está formado por una serie de trastornos de naturaleza psicológica, biológica o social, que determinan una carencia de las habilidades necesarias para la vida cotidiana (aprendizaje, autonomía personal, habilidades sociales, etc.).s posible establecer distintos grados de deterioro a partir del retraso mental. Entre los factores de riesgo vinculados a la aparición de discapacidad intelectual aparecen las anomalías cromosómicas, genéticas o metabólicas, las infecciones (como la toxoplasmosis congénita, la encefalitis o la meningitis), la desnutrición

Autismo

El autismo es un trastorno neurobiológico del desarrollo, que es muy complejo y dura toda la vida. A veces se lo clasifica como una discapacidad del desarrollo porque generalmente comienza antes de los tres años, en el período del desarrollo, y porque causa retrasos o problemas en muchas habilidades diferentes que surgen desde la infancia hasta la edad adulta.

Debido a que diferentes personas con autismo pueden tener características o síntomas marcadamente distintos, se consideran al autismo como un “trastorno de espectro”, es decir, un grupo de trastornos con una serie de características similares.

Según el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (NINDS) el trastorno del espectro autista (ASD) es una gama de trastornos complejos del neurodesarrollo, caracterizado por impedimentos sociales, dificultades en la comunicación, y patrones de conducta estereotípicos, restringidos y repetitivos.

Debido a que diferentes personas con autismo pueden tener características o síntomas marcadamente distintos, se consideran al autismo como un “trastorno de espectro”, es decir, un grupo de trastornos con una serie de características similares.

Qué trastornos se incluyen:

- Trastorno autista (autismo)
- Desorden notorio del desarrollo no especificado de otra manera (PDD NOS), por su sigla en inglés Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified
- Síndrome/trastorno de Asperger
- Síndrome de Rett
- Desorden desintegrativo de la niñez

Las cifras actuales indican que el autismo ocurre en todos los grupos raciales, étnicos, y sociales por igual, y que las personas que pertenecen a un grupo no tienen ni más ni menos probabilidad de tener un ASD que las personas en los otros grupos. Sin embargo, hay tres grupos que sí tienen mayor riesgo de padecer de un ASD:

- Los varones: Las estadísticas muestran que los varones tienen una probabilidad tres a cuatro veces mayor de desarrollar autismo que las niñas.
- Los hermanos de personas con ASD: En las familias que tienen un hijo con un ASD, hay entre un 2 y un 8 por ciento de posibilidad de que otro hijo también tenga un ASD, lo que constituye una cifra mucho mayor que la de la población en general.
- Las personas con otros trastornos específicos del desarrollo: En ciertos trastornos, como en el síndrome del cromosoma X frágil, el retraso mental y la esclerosis tuberosa, además de los síntomas primarios del trastorno específico, también es común ver el autismo.

A los 18 meses de edad, se pueden observar varios de los síntomas del autismo relacionados con el comportamiento, incluyendo problemas con el contacto visual, falta de respuesta cuando es llamado por su nombre, problemas de la atención conjunta, habilidades subdesarrolladas en el juego simbólico (imitación) e imaginario, y problemas con la comunicación no verbal y el lenguaje. En general, la edad promedio en que actualmente se diagnostica el autismo es a los tres años. En muchos casos, es un retraso en el habla alrededor de los dos años de edad lo que llama la atención de los padres, a pesar de que otras señales menos notorias pueden haber estado presentes a una edad más temprana.

Los estudios también demuestran que hay un subgrupo de niños con ASD que experimentan una “regresión”, es decir, que dejan de usar las habilidades de lenguaje, juego o sociales que ya habían aprendido. Esta regresión generalmente ocurre entre el primer y segundo año de edad. Los científicos siguen aprendiendo sobre las características de la regresión en los ASD, y si estas características difieren de las que se ven en las personas que han mostrado señales de autismo temprano en sus vidas.

Los padres, cuidadores o niñeras, miembros de la familia, maestros y otras personas que pasan mucho tiempo con los niños deben estar atentos para ver si hay “señales de aviso”. Algunas de estas señales pueden significar que hay un retraso en una o más áreas del desarrollo, mientras que otras son más típicas de los ASD.

El criterio de diagnóstico para niños autistas se basa principalmente en una serie de comportamientos excesivos y otros comportamientos deficientes que tienen raíz neurológica.

Aunque una sola conducta parezca muy extraña, no nos puede llevar al criterio de si el niño es autista o no,

Comportamientos excesivos:	Comportamientos deficientes:
Agresividad: Daños a sí mismo, agresión hacia otros y a cosas, "pataletas" y "berrinches".	Comunicación: Muda, lenguaje ecológico y lenguaje incomprensible.
Auto Estimulación: Cuerpo, objetos, obsesiones, rituales.	Visualización: No mira a los ojos.
Incumplimiento: Incumplimiento de normas constante, intermitente o pasivamente.	Social: Rechazo, tolerante, torpe.
Aislamiento: Severo, Frecuente, Algunas veces.	Auditivo: No responde ante estímulos, hipersensitivo o selectivo.
Hiperactividad: Incansable, sin freno, etc.	Juego: Auto estímulo, jugador repetitivo, campo de interés reducido.

Ilustración 12. Comportamientos en el espectro autista

ya que es necesario evaluar una serie de conductas o comportamientos.

Tratamiento

Hasta la fecha, no existe una cura para el autismo, pero en ocasiones los niños con ASD progresan de tal manera que ya no muestran el síndrome completo de autismo cuando son mayores.

Las investigaciones demuestran que un diagnóstico precoz e intervenciones realizadas temprano en la vida, como en el período preescolar, tienen más probabilidad de producir efectos positivos importantes en las habilidades y en los síntomas más adelante. Mientras más pronto reciba ayuda un niño, más oportunidad tendrá para aprender. Por lo que el cerebro de un niño pequeño aún está formándose, una intervención temprana le da al niño el mejor comienzo posible y la mejor oportunidad de desarrollar todo su potencial. Aún así, no importa a qué edad se hace el diagnóstico de autismo, nunca es demasiado tarde para que la persona se beneficie del tratamiento. Las personas con ASD generalmente responden positivamente a intervenciones bien diseñadas, sin importar su edad o nivel de habilidad.

Los programas de intervención temprana típicamente incluyen métodos conductuales, educación de desarrollo temprano, destrezas de comunicación, terapia ocupacional y física, y juego social estructurado.

Actualmente no existe un solo tratamiento definitivo para los ASD. Sin embargo, hay una variedad de maneras para ayudar a minimizar los síntomas y maximizar el aprendizaje. Las personas con un ASD tienen la mejor probabilidad de usar todas sus capacidades y habilidades individuales si reciben terapias conductuales apropiadas, educación y medicación. En algunos casos, estos tratamientos pueden ayudar a las personas con autismo a funcionar a niveles casi normales.

Terapia conductual y otras opciones terapéuticas

En general, la terapia de manejo de la conducta funciona reforzando los comportamientos deseados y reduciendo los no deseados. Al mismo tiempo, este método también aconseja lo que los cuidadores deben hacer antes o entre episodios de comportamientos problemáticos, y lo que deberían hacer durante y después de estos episodios. La terapia conductual generalmente está basada en el Análisis Conductual Aplicado (ACA). Las diferentes aplicaciones del ACA comúnmente usadas en el tratamiento de las personas con autismo incluyen: Intervenciones y Apoyo a la Conducta Positiva, Entrenamiento en Respuestas Centrales, Enseñanza Incidental, Terapia Socio-Ambiental, Comportamiento Verbal y Enseñanza de Tareas Discriminadas, entre otras.

Una variedad de proveedores de la salud pueden ayudar a las personas con ASD y a sus familias a trabajar con diferentes situaciones.

Los terapeutas del habla y del lenguaje pueden ayudar a las personas con autismo a mejorar su habilidad general para comunicarse e interactuar con otros eficazmente, así como a desarrollar sus habilidades del habla y del lenguaje. Estos terapeutas pueden enseñar formas de comunicación no verbal y pueden mejorar las habilidades sociales que involucran el comunicarse con otros. También pueden ayudar a usar mejor las palabras y frases, y a mejorar la tasa y el ritmo del habla y la conversación.

Los terapeutas ocupacionales pueden ayudar a las personas con autismo a encontrar maneras de ajustar las tareas y las condiciones a sus necesidades y habilidades. Esa ayuda puede incluir el encontrar un ratón y teclado de computación especialmente diseñados para facilitar la comunicación o el identificar habilidades basadas en los intereses de la persona y en sus capacidades individuales. Los terapeutas ocupacionales también pueden hacer muchas de las mismas actividades que los fisioterapeutas.

Los fisioterapeutas diseñan las actividades y ejercicios para aumentar el control motor y mejorar la postura y el equilibrio. Pueden ayudar a un niño que evita el contacto físico a participar en actividades y juegos con otros niños.

Parálisis Cerebral y otras Enfermedades Crónicas del Sistema Nervioso Central, Periférico y Muscular

La parálisis cerebral es un diagnóstico que describe una alteración de la función motora, que se caracteriza por cambios en el tono muscular (generalmente aumento de éste), movimientos involuntarios, ataxia o una combinación de éstos. Esta patología es el resultado de un daño cerebral y no es episódica ni progresiva. Puede acompañarse de compromiso intelectual, sensorial (visión y audición) y trastornos conductuales, sin estar incluidos en el criterio de diagnóstico.

Cuidados de enfermería en pacientes con parálisis cerebral y otras enfermedades crónicas del sistema nervioso central, periférico y muscular

- Los cuidados de enfermería dependerán de cada paciente, el tipo de parálisis cerebral y morbilidad asociada. Debemos considerar que son niños con problemas neurológicos crónicos, por lo que, habitualmente, participa un equipo multidisciplinario en su tratamiento, por esto la Enfermera de APS tendrá que coordinar las acciones con el equipo, para ayudar a mejorar la calidad de vida de estos pacientes. En su mayoría presentan patologías asociadas: especialmente respiratorias que llevan a ser oxígeno dependientes

o requerir traqueotomías; problemas renales; cateterismo vesical por vejiga neurogenica; problemas nutricionales resueltos quirúrgicamente con gastrostomías. Por lo tanto, es de vital importancia que enfermería tenga conocimiento del manejo de estas acciones para derivar al especialista en caso de pesquisar algún problema.

Indicaciones de tipo general

Los pacientes con trastornos neurológicos crónicos, presentan dificultades en la deglución; y dificultades para movilizarlos, bañarlos, vestirlos, etc., por lo cual las familias necesitan aprendizaje de cómo hacer menos dificultosa esas tareas y en ello es de vital importancia el apoyo de la Enfermera de la Atención Primaria, en buscar y enseñarles técnicas que mejoren la calidad de vida del niño como de la familia.

Qué observar en una visita domiciliaria

- Como no todos los niños, tienen patologías asociadas, se debe observar en forma general, el entorno familiar que rodea al niño, dónde y cómo se ubica, si hay adaptaciones especiales para él, cual es la integración que tiene con su grupo familiar, como duerme, como se alimenta, dificultades.
- Consultar sobre el cumplimiento de los controles Médicos y Enfermería del Hospital.
- Si existieran los medios en el Consultorio, coordinar el traslado del niño hacia los Centros de Atención, ya que habitualmente la falta a los controles tiene que ver con las dificultades de traslado.
- Revisar los medicamentos que ingiere y las dificultades para acceder a ellos, conociendo cómo darles solución a estos problemas.
- Revisar las indicaciones y reforzarlas.

Vejiga Neurogenica

Se deben evaluar los siguientes elementos:

- Características de la sonda: permeabilidad, integridad de la sonda y sus conexiones, estado de la bolsa recolectora y eliminación y características de la orina, si hay presencia de pus o fibrina, en aquellos niños portadores de una bolsa recolectora a permanencia.
- Tiempo de instalación de la sonda: fecha en que se instaló.
- Lugar de almacenamiento y limpieza de los utensilios usados en el procedimiento de cateterismo intermitente (sondas, cacerola para hervir las sondas, caja donde las guarda, estado del jabón de aseo, etc.).
- Revisar los horarios y cumplimiento de estos cateterismos.
- Chequear los conocimientos de la madre sobre el procedimiento, y preguntar sobre su entrenamiento.
- Consultar sobre dificultades al aplicar la técnica, si hay presencia de sangrado, edema uretral, etc.
- Observar condiciones de la piel y genitales.
- Reforzar cuidados si es necesario y derivar en casos extremos.

- Consultar sobre fecha y asistencia a los controles con Enfermera de Especialidad.

Gastrostomías

Se deben evaluar los siguientes elementos:

- Estado general del niño, higiene corporal.
- Características de la sonda: permeabilidad, integridad de la sonda y sus conexiones, condiciones de higiene.
- Revisar lugar y mantención de materiales usados en la alimentación (jeringas, vasos, etc.).
- Consultar sobre el recambio, y control con Enfermera
- Estado de la piel y estoma: Color, olor, temperatura, presencia de granulomas, erosión, sangramiento, dolor, aumento de volumen, etc.
- Revisar técnicas de alimentación: Horarios de alimentación, cumplimiento de indicaciones médicas y de enfermería.
- Sistema de administración de medicamentos por sonda, dificultades.
- Reforzar en caso necesario técnicas de alimentación e higiene de la sonda y cuidados de la piel o estoma.

Programa de niños oxígeno-dependientes

Se deben evaluar los siguientes elementos:

- Observar condiciones generales del niño y conexiones a la red de oxígeno.
- Condiciones de higiene fosas nasales.

Traqueotomías

Se deben evaluar los siguientes elementos:

- Observación del estado general del niño. Estado de la cánula.
- Condiciones de traqueotomía: olor, color de la piel circundante, humedad, presencia de secreciones, calidad de estas, higiene de la zona, permeabilidad.
- Condiciones de higiene y mantención de máquina de aspiración e insumos utilizados en la aspiración de la traqueotomía (sondas, jeringas, motor, etc.).
- Revisar técnicas de desinfección del material usado y tiempo de uso.
- Reforzar técnicas en caso necesario.
- Chequear controles con Enfermera y cambios de cánula.

Síndrome de Down (Trisomía 21)

El Síndrome de Down (SD), también llamado Trisomía 21, es la causa más frecuente de retraso mental identificable de origen genético. Se trata de una anomalía cromosómica que tiene una incidencia de 1 de cada 800 nacidos, y que aumenta con la edad materna. Es la cromosomopatía más frecuente y mejor conocida.

En el 95% de casos, el SD se produce por una Trisomía del cromosoma 21 debido generalmente a la no disyunción meiótica en el óvulo. Aproximadamente un 4% se debe a una traslocación Robertsoniana entre el cromosoma 21 y otro cromosoma acrocéntrico que normalmente es el 14 o el 22. Ocasionalmente puede encontrarse una traslocación entre dos cromosomas 21. Por último un 1% de los pacientes presentan un mosaico, con cariotipo normal y Trisomía 21. No existen diferencias fenotípicas entre los diferentes tipos de SD. La realización del cariotipo es obligada para realizar un adecuado asesoramiento genético dado que el riesgo de recurrencia depende del cariotipo del paciente.

Clínica

El SD es la causa más frecuente de discapacidad cognitiva psíquica congénita. Representa el 25% de todos los casos de discapacidad cognitiva. Se trata de un síndrome genético más que de una enfermedad según el modelo clásico, y aunque sí se asocia con frecuencia a algunas enfermedades, la expresión fenotípica final es muy variada de unas personas a otras. Como rasgos comunes se pueden reseñar su fisonomía peculiar, una hipotonía muscular generalizada, un grado variable de discapacidad cognitiva y retardo en el crecimiento.

En cuanto al fenotipo han sido descritos más de 100 rasgos peculiares asociados al SD, pudiendo presentarse en un individuo un número muy variable de ellos. De hecho ninguno se considera constante o patognomónico aunque la evaluación conjunta de los que aparecen suele ser suficiente para el diagnóstico.

- Cabeza y cuello: Leve microcefalia con braquicefalia y occipital aplanado. El cuello es corto.
- Cara: Los ojos son “almendrados”, y si el iris es azul suele observarse una pigmentación moteada, son las manchas de Brushfield. Las hendiduras palpebrales siguen una dirección oblicua hacia arriba y afuera y presentan un pliegue de piel que cubre el ángulo interno y la carúncula del ojo (epicanto). La nariz es pequeña con la raíz nasal aplanada. La boca también es pequeña y la protrusión lingual característica. Las orejas son pequeñas con un hélix muy plegado y habitualmente con ausencia del lóbulo. El conducto auditivo puede ser muy estrecho.
- Manos y pies: Manos pequeñas y cuadradas con metacarpianos y falanges cortas (braquidactilia) y clinodactilia por hipoplasia de la falange media del 5º dedo. Puede observarse un surco palmar único. En el pie existe una hendidura entre el primer y segundo dedo con un aumento de la distancia entre los mismos (signo de la sandalia).
- Genitales: El tamaño del pene es algo pequeño y el volumen testicular es menor que el de los niños de su edad, una criptorquidia es relativamente frecuente en estos individuos.
- Piel y faneras: La piel es redundante en la región cervical sobretodo en el período fetal y neonatal. Puede observarse livedo reticularis (cutis marmorata) de predominio en extremidades inferiores. Con el tiempo la piel se vuelve seca e hiperqueratósica. El retraso mental es constante en mayor o menor grado.

Características Físicas y Alteraciones Cerebrales en el Síndrome de Down

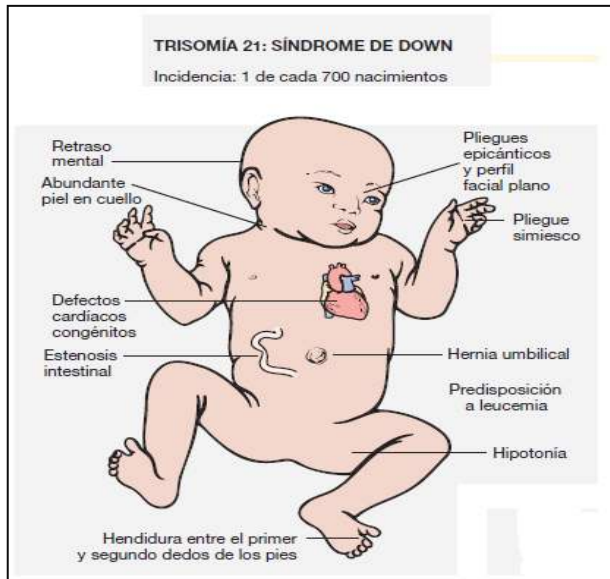


Ilustración 14. Síndrome de Down

Características. <https://www.pinterest.cl/pin/588353138792054923/>

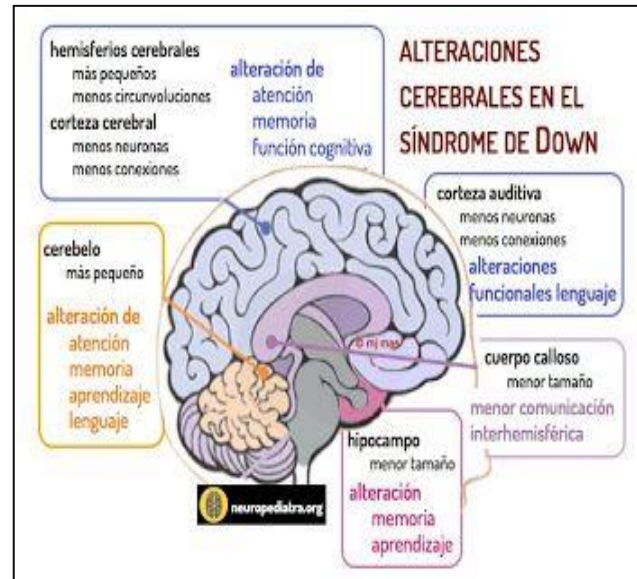


Ilustración 13. El Cerebro en Síndrome de

Down. <https://neuropediatra.org/>

Diagnóstico

- Las características fenotípicas del SD pueden no ser muy evidentes en el período neonatal inmediato. En este momento la gran hipotonía y el llanto característico, agudo y entrecortado, pueden ser la clave para el diagnóstico. Al poco tiempo se define el fenotipo característico, aunque cada uno tendrá sus propias peculiaridades. El diagnóstico definitivo vendrá dado por el estudio de los cromosomas.

Riesgo de recurrencia

El SD puede diagnosticarse prenatalmente realizando un estudio citogenético de vellosidades coriónicas o de líquido amniótico. El riesgo depende de la edad materna, pero también del cariotipo e los progenitores.

En el caso que se trate de una Trisomía 21, el riesgo de recurrencia para las mujeres de edad superior a los 30 años es el mismo que le da su edad. En las mujeres más jóvenes es algo más alto. En el caso de que exista una traslocación y alguno de los progenitores sea portador, no influye la edad materna, pero existe un riesgo más alto de recurrencia si el portador de la traslocación es la madre. En el caso de que alguno de los padres

tenga una traslocación Robertsoniana entre dos cromosomas 21 el riesgo de recurrencia es del 100% independientemente del sexo que lo transmita. Si ninguno de los progenitores es portador de una traslocación el riesgo de recurrencia es de alrededor de un 2-3%

RIESGO DE RECURRENCIA EN SUCESIVOS EMBARAZOS, SEGUN EL CARIOTIPO DEL PACIENTE AFECTO DE S. DOWN, (*)			
HIJO PRECEDENTE	Cariotipo		RIESGO RECURRENCIA
	PADRE	MADRE	
Trisomia	Normal	Normal	Algo más elevado que en un embarazo normal, en una madre de igual edad
Mosaico	Normal	Normal	Bajo (?)
Traslocación	Normal	Normal	1% - 2%
	21/D	Normal	< 2%
	Normal	21/D	10-15%
	21/22	Normal	<2%
	Normal	21/22	33%
	21/21	Normal	100%
	Normal	21/21	100%

Ilustración 15. Riesgo de Recurrencia. Terapia Física y Rehabilitación Artic. FIS.

<http://artic-fis.blogspot.com/2013/03/>

Seguimiento

Los niños con SD deben seguir los controles periódicos y vacunas como cualquier otro niño de la misma edad, pero además se debe prestar especial atención a las complicaciones que pueden aparecer inherentes a su cromosomopatía.

Deben usarse gráficas de crecimiento específicas para el SD y si existe un retraso pondoestatural muy marcados nos puede orientar hacia la existencia de una patología cardíaca, endocrina o a una alteración nutricional. Un 30-60% de los SD presentarán una cardiopatía. Aunque clínicamente no se constate un soplo cardíaco, se deberá realizar un eco cardiograma en los primeros dos meses de vida. Si existe cardiopatía se deberá insistir a los padres en la necesidad de profilaxis antibiótica ante cualquier procedimiento que suponga un riesgo de endocarditis bacteriana (dental, nefrourológico..).

No debe olvidarse el riesgo de desarrollar hipertensión pulmonar sobretodo en los niños con comunicación interventricular o con canal atrioventricular, que pueden estar asintomáticos en el primer año de vida. En los individuos sin cardiopatía congénita de base, deberá realizarse un eco cardiograma entre los 18 y los 20 años de edad para descartar patología valvular.

Más de un 50% de estos niños tienen problemas oculares y auditivos. Entre los primeros el estrabismo, la miopía, la hipermetropía y las cataratas son los más frecuentes. Se debe realizar una exploración oftalmológica dentro del primer año de vida. Si se evidencia nistagmos, estrabismo o se observa leucocoria debe remitirse al oftalmólogo inmediatamente. Si la exploración oftalmológica es normal deberán realizarse controles cada dos años. La mayoría presentan una hipoacusia. Entre el nacimiento y los 6 meses de edad deben realizarse unos potenciales evocados auditivos. Los controles posteriores deberán incluir una revisión

audiológica anual hasta los tres años y posteriormente cada dos años. Si presentan otitis de repetición es recomendable que sean vistos por un otorrinolaringólogo, para poder tratar las causas solucionables de hipoacusia y así no interferir en el desarrollo del lenguaje. Los individuos con SD pueden presentar los primeros síntomas de hipoacusia a partir de la segunda década de la vida, manifestándose en ocasiones como un trastorno del carácter, pudiendo ser interpretado como una enfermedad psiquiátrica.

Las apneas obstructivas del sueño son frecuentes en estos individuos. Las manifestaciones clínicas habituales según la edad del paciente pueden ser desde ronquidos hasta posturas inusuales al dormir, fatigabilidad diurna, aparición de enuresis en individuo previamente continente e incluso cambio de carácter. En algunos niños estos síntomas aparecen por la propia hipotonía sin que el tejido linfático de amígdalas y adenoides produzca una obstrucción al flujo aéreo. El diagnóstico se realiza mediante polisomnografía. Existen varios procedimientos quirúrgicos recomendados pero si no funcionan o no están indicados, puede aplicarse una presión continua parcial en la vía aérea (CPAP) mediante máscara o tubo, para mantenerla abierta durante el sueño.

Desde el punto de vista digestivo, un 10-12% nacen con malformaciones intestinales que requerirán abordaje quirúrgico, siendo la atresia duodenal y la enfermedad de Hirschsprung las más frecuentes. Los vómitos y la ausencia de deposiciones en los primeros días de vida pueden orientarnos hacia esta patología. A pesar de que el estreñimiento es frecuente debido al poco tono muscular, el estreñimiento pertinaz, que no responde ni a un tratamiento dietético ni a laxantes, debe hacer sospechar una enfermedad Hirschsprung en cualquier época de la vida. No debe olvidarse que el estreñimiento también es un signo de hipotiroidismo.

Son necesarias las revisiones odontológicas, la primera alrededor de los dos años de edad y posteriormente bianuales. Los dientes de los niños con SD tienden a ser pequeños, deformados y situados de forma irregular. Debido a la tendencia a la obesidad la dieta debe ser equilibrada, rica en fibra y con una cantidad total de calorías inferior a las recomendadas para niños del mismo peso y talla. Debe aconsejarse realizar ejercicio de forma regular desde edad temprana. Existe además un retraso de talla en todos los individuos.

Hasta un 30% desarrollarán un hipotiroidismo a lo largo de la vida. El diagnóstico puede ser difícil porque los síntomas quedan enmascarados por la propia clínica del SD (retraso madurativo y de crecimiento, Macroglosia, hipotonía, piel seca, estreñimiento). Aunque generalmente aparece durante la adolescencia se recomienda realizar un estudio de la función tiroidea cada 6 meses a los más pequeños y posteriormente controles anuales. Dado que la patología autoinmune es más frecuente en este grupo de población deberán estudiarse los anticuerpos anti tiroideos si se demuestra un hipotiroidismo.

Un 15% de los individuos con SD presentan evidencia radiológica de inestabilidad de la articulación atlanto-axoidea, estando totalmente asintomáticos, sin ninguna clínica de compresión medular. Por ello el manejo de este hallazgo es un tema controvertido. Para su diagnóstico debe realizarse un estudio radiológico cervical en posición flexionada, neutral y extendida. La distancia entre el arco anterior de la primera vértebra cervical y la apófisis odontoides debe ser menor o igual a 5 mm. Se recomienda realizarlo antes de que el niño inicie la escolarización, y si aparece inestabilidad modificar sus actividades pero sin ser excesivamente restrictivo. Estas exploraciones se exigen para participar en ciertas actividades deportivas y es aconsejable realizarlas

cuando el paciente va a ser sometido a una intervención quirúrgica. Se recomienda una exploración neuroradiológica si se observan alteraciones del diámetro de la luz del canal medular.

Desde el punto de vista de maduración sexual, la menarquía en las niñas con SD aparece algo más tarde, siendo posteriormente bastante regulares. A pesar de que la mayoría de ciclos son anovulatorios pueden llegar a concebir. Los varones tienen unos genitales pequeños, y la erección y eyaculación completas son difíciles. Durante la infancia deben examinarse los genitales externos de las niñas y posteriormente se realizará una exploración pélvica en las pacientes que sean sexualmente activas. En caso de no poderse realizar se aconseja practicar ecografías pélvicas. Deberá realizarse una citología después de las primeras relaciones sexuales con una periodicidad de entre uno y tres años.

La exploración mamaria debe realizarse anualmente y se recomienda una mamografía anual a partir de los 50 años de edad. Algunos autores sugieren iniciarlas a los 40 años con una periodicidad cada dos años hasta los 50 y posteriormente anuales, sobre todo si hay antecedentes familiares de cáncer de mama.

Ni las características físicas ni los datos analíticos podrán predecirnos el desarrollo mental de los niños con SD. Dado que todos presentan retraso mental en grado variable, deberán seguir estimulación precoz en su área de residencia. Debe insistirse en el perfeccionamiento del lenguaje y en la capacitación para el cuidado personal. Con un soporte educacional adecuado menos de un 10% tendrán un retraso mental profundo. A partir de los 18 años deben buscarse signos de demencia (pérdida de memoria, incontinencia urinaria) y de pérdida de la capacidad de vida independiente.

Un 5%-10% de pacientes con SD tendrán convulsiones, con dos picos de incidencia, uno alrededor de los dos años y que se presentan como espasmos infantiles y posteriormente en la edad adulta en forma de convulsiones tónico-clónicas. La hiperactividad y los rasgos autistas aparecen con mayor frecuencia que en la población general. La hiperactividad responde bien al tratamiento estimulante. Los trastornos psiquiátricos pueden ser de diagnóstico difícil. Son frecuentes la depresión, la ansiedad, la patología compulsiva y la demencia.

La esperanza de vida de los individuos con SD ha aumentado sustancialmente en los últimos años. Si no tienen cardiopatía la supervivencia suele ser hasta la sexta década de la vida.

Otros problemas asociados al síndrome de Down son las frecuentes bronquitis, neumonías, catarros de vías altas, sinusitis y otitis, contribuyendo éstas últimas, en parte, al déficit auditivo.

Un 10% de los recién nacidos con SD presentan una reacción leucemoide que es muy típica del síndrome. Estos niños también tienen un riesgo más elevado de desarrollar una leucemia aguda linfoblástica o no linfoblástica.

2.10.6 Cuidado a menores con: patologías crónicas y congénitas

Se define enfermedad crónica como aquella que requiere al menos 3 meses de tratamiento médico continuo, cambios en el estilo de vida como no asistir al colegio, no poder continuar con sus actividades diarias y una adaptación continua de acuerdo al curso impredecible y cambiante de la enfermedad.

Las enfermedades crónicas no resuelven espontáneamente, no tienen cura, pero si un manejo médico que puede disminuir las complicaciones, el número de hospitalizaciones y la discapacidad permanente o total. Se caracterizan típicamente por un curso variable de periodos asintomáticos y periodos de crisis.

El aumento en el número de niños con enfermedades crónicas se debe a los avances médicos en la detección temprana, diagnóstico y tratamiento. Actualmente más del 90% de los niños con enfermedades crónicas sobreviven hasta la vida adulta.

Estudios epidemiológicos sugieren que 1 de cada 4 niños o 15 a 18 millones de niños menores de 17 años en los Estados Unidos sufren de una enfermedad crónica. 13.000 niños son diagnosticados con cáncer cada año, 200.000 niños viven con diabetes tipo 1 ó 2 y 9 millones sufren de asma.

Las enfermedades crónicas en los niños son multifactoriales. Incluye trastornos genéticos como síndrome de Down, hereditarios como las hemofilias, congénitos como cataratas, glaucoma, paladar hendido, espina bífida, exposición a tóxicos y aspectos medioambientales entre otros.

ENFERMEDADES CRÓNICAS MÁS FRECUENTES EN LOS NIÑOS:

Asma: cada día se diagnostican más niños con asma, sin embargo un diagnóstico temprano y un adecuado tratamiento disminuye las posibilidades de hospitalización, de discapacidad, ausencia escolar y demás complicaciones e incluso la muerte causada por esta enfermedad.

Fibrosis quística: se trata de una enfermedad pulmonar heredada para la cual no hay cura, pero un diagnóstico precoz, incluso prenatal puede llevar a un mejor tratamiento que mejore la calidad de vida de los niños.

Diabetes: Tener diabetes ya sea del tipo 1 o del tipo 2, causa un mayor riesgo de enfermedades y complicaciones micro y macrovasculares como la ceguera, enfermedad renal crónica y la pérdida de extremidades.

La obesidad y el sobrepeso en los niños constituyen un importante problema de salud pública. En el mundo la prevalencia de niños con sobrepeso, obesidad u obesidad mórbida va aumentando. Muchos niños que tienen sobrepeso mantienen su sobrepeso de adultos; esto lleva a complicaciones relacionadas con la obesidad, como diabetes, enfermedad cardíaca, hipertensión arterial, dislipidemia, accidente cerebrovascular, algunos tipos de cáncer, artritis y trastornos de la respiración durante el sueño.

La desnutrición: una nutrición insuficiente en la infancia produce anemia, baja talla y alteraciones en el desarrollo psicomotor, así como una función inadecuada del sistema inmunitario y susceptibilidad a desarrollar más enfermedades.

Otras enfermedades crónicas: La parálisis cerebral, retraso mental y psicomotor, enfermedades mentales como el autismo, causas importantes de discapacidad

Consecuencias del bajo peso al nacer, el nacimiento precoz, infecciones prenatales, como cataratas, retinopatía del prematuro, malformaciones óseas, VIH y todo lo relacionado con el síndrome TORCH (toxoplasma, citomegalovirus, rubeola, herpes)

Malformaciones congénitas como el paladar hendido, espina bífida, Síndrome de Down.

Cáncer: Las leucemias son el tipo de cáncer más frecuente en los niños, seguidas por los linfomas y los tumores del Sistema nervioso central.

Todas estas enfermedades que cada día afectan más y más a la niñez, causa un gran impacto en la familia y en el niño, la mayoría de estas pueden ser prevenidas. Es importante recordar que hoy en día realizar un diagnóstico y tratamiento temprano puede cambiar el curso natural de la enfermedad, disminuir las complicaciones, disminuir la discapacidad y garantizar una adecuada rehabilitación para brindar una mejor calidad de vida a los niños que las padecen.[3]

PROCESO DE ADAPTACIÓN A UNA ENFERMEDAD CRÓNICA

La enfermedad crónica en la infancia es vista como un estresor para el niño y para la familia, y ambos deben pasar por un proceso de adaptación.

Perrin y Thyen proponen 5 fases de reacciones emocionales ante el diagnóstico de la enfermedad crónica de un hijo:

1. Shock
2. Negación/ Incredulidad
3. Dolor / Ira
4. Estabilización
5. Aceptación

Algunas características propias de la familia pueden orientar la consulta médica y convertirse en factores de riesgo o factores protectores del proceso de adaptación de la persona y de la familia ante una enfermedad crónica de alguno de los miembros y pueden convertirse en banderas rojas o signos de alarma para realizar una intervención oportuna

Dentro de los factores protectores podemos nombrar:

- Tener redes de apoyo fuertes (familiares, institucionales)
- Alto nivel educativo de los padres
- Tener canales de comunicación adecuados
- Tener estrategias de solución de conflictos efectivas

Dentro de los factores de riesgo podemos nombrar:

- Tener nivel socio económico bajo
- Tener bajo nivel educativo
- Tener relaciones disfuncionales
- Ausencia de redes de apoyo
- Ser sobreprotectores o muy permisivos

FASES DE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA

Desde la perspectiva psicosocial se pueden identificar tres fases del proceso de la enfermedad crónica, el periodo de crisis, la fase crónica y el periodo terminal.

El periodo de crisis inicia con la aparición de los síntomas, la elaboración de un diagnóstico y el primer periodo de ajuste. La familia y el enfermo deben aprender una serie de tareas, entre ellas convivir con la enfermedad, aceptar la incapacidad, los tratamientos, cambios de roles, aprender a ser flexible en los periodos de empeoramiento y de éxito. La fase crónica puede ser corta o larga, incluye el diagnóstico, el reajuste y el inicio de la tercera fase, es el periodo de constantes cambios, de aprender a vivir con la enfermedad. El periodo o fase terminal debe incluir el aprendizaje del proceso de separación, la aceptación de posibilidad de muerte y continuar con el proceso de enfermedad.

BANDERAS ROJAS DE MALA ADAPTACIÓN DEL PACIENTE

- Pobre manejo de su enfermedad
- Poco interés por conocer sobre su enfermedad y sus complicaciones
- Exagerar la discapacidad que produce su enfermedad
- Subvalorar la enfermedad, no asistir a las citas, no cumplir el tratamiento

BANDERAS ROJAS DE DISFUNCIÓN FAMILIAR

- Aparición de enfermedad o síntomas somáticos en otro miembro de la familia
- Problemas emocionales en otro miembro de la familia (depresión, agresividad, fallas escolares o laborales, insomnio)
- Problemas a nivel marital o sexual en la pareja [12]
- Una vez se ha superado el primer impacto de la enfermedad crónica la participación en la terapia familiar, la intervención en grupos de ayuda, y la terapia individual tipo cognitivo conductual, facilitará el proceso del manejo del estrés, generará habilidades de autocontrol, el mejoramiento de la autoestima, manejo de técnicas para la resolución de problemas todo esto para así lograr la normalización del conjunto familiar.
- Como médicos familiares debemos tener claro hasta donde podemos llegar, recordando los niveles de actuación que propone Doger; entender, validar emociones e identificar banderas rojas.

2.11 Programa Ampliado de Inmunización en Colombia: PAI

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es una acción conjunta de las naciones del mundo y organizaciones internacionales que busca lograr coberturas universales de vacunación con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles.

El PAI tiene dos ejes de acción fundamentales:

La vacunación para lograr coberturas útiles en todos los biológicos.

La vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles.

Objetivo:

Disminuir la morbilidad y mortalidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles.

Metas del PAI

Mantener la certificación de erradicación del virus de la polio.

Erradicar el sarampión.

Eliminar la rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita.

Eliminar el tétanos neonatal de los municipios en alto, mediano y bajo riesgo.

Controlar las demás patologías objeto de intervención dentro del Programa.

Compromisos mundiales asumidos por Colombia

Consolidar la certificación de “erradicación de Poliomieltitis”.

Erradicar el Sarampión en el año 2000.

Eliminar la Rubéola y el Sind de Rubéola Congénita (SRC).

Eliminar el tétanos neonatal

Controlar la Hepatitis B.

Controlar las otras enfermedades inmunoprevenibles como Tosferina, Difteria, tuberculosis y Parotiditis.

Esquema de Vacunación en Colombia Actualizado 2019



ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE COLOMBIA Actualizado diciembre 2019



Edad	Vacuna	Dosis	Enfermedad que previene
Recién nacido	Leche materna exclusiva		
	BCG	Única	Meningitis tuberculosa
	Hepatitis B	Recién nacido	Hepatitis B
A los 2 meses	Leche materna exclusiva		
	Pentavalente Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Primera	Difteria - Tos ferina - Tétanos
	<i>Haemophilus Influenzae</i> tipo b (Hib)		Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus Influenzae</i> tipo b
	Hepatitis B		Hepatitis B
	Polio	Primera	Poliomielitis
	Rotavirus	Primera	Diarrea por Rotavirus
A los 4 meses	Neumococo	Primera	Neumonía, otitis, meningitis y bacteriemia
	Leche materna exclusiva		
	Pentavalente Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Segunda	Difteria - Tos ferina - Tétanos
	<i>Haemophilus Influenzae</i> tipo b (Hib)		Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus Influenzae</i> tipo b
	Hepatitis B		Hepatitis B
	Polio	Segunda	Poliomielitis
A los 6 meses	Rotavirus	Segunda	Diarrea por Rotavirus
	Neumococo	Segunda	Neumonía, otitis, meningitis y bacteriemia
	Continúe la leche materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva		
	Pentavalente Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Tercera	Difteria - Tos ferina - Tétanos
	<i>Haemophilus Influenzae</i> tipo b (Hib)		Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus Influenzae</i> tipo b
	Hepatitis B		Hepatitis B
A los 7 meses	Polio	Tercera	Poliomielitis
	Influenza estacional	Primera	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
A los 12 meses	Influenza estacional*	Segunda	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
	Sarampión - Rubeola - Paperas (SRP)	Primera	Sarampión - Rubeola - Paperas
	Varicela	Primera	Varicela
	Neumococo	Refuerzo	Neumonía, otitis, meningitis y bacteriemia
	Hepatitis A	Única	Hepatitis A

Edad	Vacuna	Dosis	Enfermedad que previene
A los 18 meses	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Primer refuerzo	Difteria - Tos ferina - Tétanos
	Polio	Primer refuerzo	Poliomielitis
	Fiebre Amarilla (FA)	Única	Fiebre amarilla
A los 5 años	Difteria - Tos ferina - Tétanos (DPT)	Segundo refuerzo	Difteria - Tos ferina - Tétanos
	Polio	Segundo refuerzo	Poliomielitis
	Sarampión - Rubeola - Paperas (SRP)	Refuerzo	Sarampión - Rubeola - Paperas
	Varicela	Refuerzo	Varicela
Niñas a los 9 años	Virus del Papiloma Humano (VPH)**	Primera: Fecha elegida	Cáncer de cuello uterino
		Segunda: 6 meses después de la primera dosis	
Mujeres en Edad Fértil (MEF) entre los 10 y 49 años	Toxoide tetánico y diftérico del adulto (Td)***	5 dosis: Td1: dosis inicial Td2: al mes de Td1 Td3: a los 6 meses de Td2 Td4: al año de Td3 Td5: al año de Td4 Refuerzo cada 10 años	Difteria - Tétanos - Tétanos neonatal
Gestantes	Influenza estacional	Una dosis a partir de la semana 14 de gestación en cada embarazo	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
	Tdap (Tétanos - Difteria - Tos ferina Acelular)	Dosis única a partir de la semana 26 de gestación en cada embarazo	Tétanos neonatal - Difteria - Tos ferina del recién nacido
Adultos de 60 años y más	Influenza estacional	Anual	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
*Aplicar una dosis de refuerzo contra influenza estacional entre los 12 y 23 meses de edad. ** Las niñas inmunocomprometidas deben recibir un esquema de 0, 2 y 6 meses. ***De acuerdo al antecedente vacunal de DPT y Td.			
Niñas y niños con esquema de vacunación tardío de vacunación			
Entre 12 y 23 meses sin antecedente vacunal 1 dosis de BCG si pertenece a población indígena o rural dispersa 3 dosis de polio con intervalo de 4 semanas 1 dosis de pentavalente. Se completa con: 2 dosis de DPT con intervalo de 4 semanas 2 dosis de hepatitis B con intervalo de 4 semanas 1 dosis de triple viral más un refuerzo a los 5 años de edad (mínimo 1 mes entre las dosis) 1 dosis de fiebre amarilla 1 dosis de hepatitis A 1 dosis de varicela más un refuerzo a los 5 años de edad (mínimo 3 meses entre las dosis) 2 dosis de neumococo con un intervalo de 2 meses		Entre 2 y 5 años sin antecedente vacunal 1 dosis de BCG si pertenece a población indígena o rural dispersa 3 dosis de polio con intervalo de 4 semanas 1 dosis de DPT con intervalo de 4 semanas. Completar esquema con los 2 refuerzos respectivos con DPT o TD pediátrico según sea el caso. 3 dosis de hepatitis B con intervalo de 4 semanas. 1 dosis de triple viral más un refuerzo a los 5 años de edad (mínimo 1 mes entre las dosis) 1 dosis de fiebre amarilla 1 dosis de hepatitis A 1 dosis de varicela más un refuerzo a los 5 años de edad (mínimo 3 meses entre las dosis) 1 dosis de neumococo	
Niños con esquema de vacunación incompleto Revisar, continuar y completar el esquema según antecedente vacunal.		Niños con esquema de vacunación incompleto Revisar, continuar y completar el esquema según antecedente vacunal.	

Ilustración 16. Fichas esquema de vacunación. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/ficha-esquema-vacunacion-vf2.pdf>

125

Nombre: _____ Registro Civil: _____

Edad	Me protege de	Dosis	Fecha de Aplicación			Laboratorio	Número de lote	Ips vacunadora	Fecha próxima cita			Nombre del Vacunador
			Día	Mes	Año				Día	Mes	Año	
Recién nacido	Tuberculosis B.C.G	Única										
	Hepatitis B	Recién Nacido										
2 Meses	Polio (Oral - IM)	1ra										
	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenzae Tipo b y Difteria - Tosferina - Tetano (DPT)	1ra										
	Rotavirus	1ra										
	Neumococo	1ra										
	Polio (Oral - IM)	2da										
4 Meses	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenzae Tipo b y Difteria - Tosferina - Tetano (DPT)	2da										
	Rotavirus	2da										
	Neumococo	2da										
	Polio (Oral - IM)	3ra										
6 Meses	PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenzae Tipo b y Difteria - Tosferina - Tetano (DPT)	3ra										
	Influenza	1ra										
7 Meses	Influenza	2da										
12 Meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	1ra										
	Fiebre Amarilla	1ra										
	Neumococo	Refuerzo										
	Influenza	Anual										
	Hepatitis A	ÚNICA										
18 Meses	Difteria - Tosferina Tétano (DPT)	1er Refuerzo										
	Polio (Oral - IM)	1er Refuerzo										
5 Años	Polio (Oral - IM)	2do Refuerzo										
	Difteria - Tosferina Tétano (DPT)	2do Refuerzo										
	Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	Refuerzo										
Vacunas complementarias y otras dosis												

Ilustración 17. caenew-vacunas.<https://www.minsalud.gov.co/Documents/Salud%20P%C3%BAblica/Vacunacion-PAI/carne-vacunas.pdf>

Vacuna BCG (Antituberculosa)

Pertenece al grupo de las vacunas vivas, derivada de una cepa de *Mycobacterium bovis*, la cual fue atenuada por Calmette y Guérin en el Instituto Pasteur en Lille, Francia; siendo aplicada por primera vez en humanos en 1921.

Hay varias vacunas disponibles actualmente, todas ellas derivadas de la cepa original; las cuales tienen características diferentes en cuanto a crecimiento en cultivo y capacidad para generar respuesta ante la tuberculina. Estas diferencias pueden deberse a cambios genéticos resultantes en el tiempo y a las diferentes técnicas de producción. Se presenta en forma liofilizada. Una vez reconstituida deberá ser aplicada dentro de las primeras 6 – 8 horas. La aplicación de la BCG produce además generalmente la aparición de una cicatriz permanente en el sitio de la aplicación.

La eficacia reportada de la vacuna, varía ampliamente dependiendo de los métodos y rutas de administración, así como de las características demográficas de la población vacunada. La efectividad de la vacuna para las formas graves (TBC miliar y meníngea) en niños varía entre el 60 y el 80%; y la efectividad global de la BCG es cercana al 50% para tuberculosis pulmonar.

Dada la incidencia de la enfermedad en nuestro país, se indica la aplicación de la vacuna de forma ideal al momento del nacimiento (en dosis única) ó a cualquier edad, sin necesidad de aplicar prueba de tuberculina previa.

Vacuna contra la Poliomielitis

Se encuentran disponibles dos vacunas de poliomielitis: una para administración oral – VOP (tipo Sabin) y otra para administración parenteral – VPI (tipo Salk).

Como resultado de la vacunación de polio se ha logrado control de esta enfermedad alrededor del mundo. En 1988 la organización mundial de la salud planteó como meta la erradicación de polio para el año 2000. El último caso de poliomielitis salvaje en el hemisferio occidental ocurrió en agosto de 1991 en Perú, siendo el último reportado en Colombia en Mayo del mismo año. En Septiembre de 1994 la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis confirmó la erradicación de la poliomielitis de las Américas.

La vacuna oral de poliovirus (VOP o tipo Sabin) es una vacuna preparada con tres cepas de virus vivos atenuados de polio, causantes de la enfermedad. Cada dosis contiene poliovirus tipo 1, 2 y 3 en una proporción, respectivamente, y contiene trazos de neomicina B (7 microgramos), estreptomicina o polimixina. Se presenta en frascos goteros de 10 a 25 dosis. Tiene la capacidad de provocar una respuesta inmunitaria en el intestino donde se produce principalmente la multiplicación del virus salvaje de poliomielitis, simulando el proceso natural de la infección. Estimula la producción de anticuerpos secretorios Ig A y circulantes Ig G.

La vacuna se administra oralmente, infectando la mucosa del tracto gastrointestinal permitiendo que los virus vacunales se excreten por las heces durante varias semanas; el virus pasa también a los ganglios linfáticos y a la circulación sanguínea en la mayoría de los vacunados. Lo anterior determina que la inmunización se pueda obtener de tres formas: Inducción de producción de anticuerpos séricos, inducción de respuesta inmune local – producción de Ig A en mucosa intestinal y por inmunidad de rebaño, que es la posibilidad de que un niño no vacunado adquiera protección contra la enfermedad al entrar en contacto con el virus vacunal excretado al ambiente por niños que han sido vacunados. No obstante, los tres poliovirus muestran diferencias en su inmunogenicidad y en la estabilidad de su atenuación siendo el tipo 3 más termolábil por lo que induce anticuerpos de menor duración.

En términos de contraindicaciones se tiene que:

En personas inmunocomprometidas no vacunadas se contraindica el uso de la vacuna de polio oral, así mismo se contraindica en pacientes sanos convivientes con pacientes inmunocomprometidos. En estos casos se indica el uso exclusivo de la vacuna de virus inactivado.

Niños con diarrea leve o moderada deben recibir la vacuna sin que sea necesario repetir la dosis; niños con diarrea severa o vómito deben recibir la vacuna pero ante el riesgo de que esta se elimine sin que se produzca la respuesta inmunitaria, no se registra la dosis administrada y se da nueva cita para repetir la dosis hasta asegurar la protección adecuada.

Indicaciones para aplicación de vacuna inactivada de Polio:

Niños menores de un año con compromiso inmunológico severo, no relacionado con VIH o convivientes con: Patologías congénitas como hipogammaglobulinemia o agammaglobulinemia. Neoplasias como enfermedad de Hodgkin, Leucemia, Cáncer. Tratamiento con agentes alquilantes, antimetabolitos, radiación o grandes dosis de corticoesteroides.

Niños menores de un año con infección VIH o convivientes de personas viviendo con VIH o SIDA. Recuerde que el paciente con SIDA es el paciente VIH positivo que presenta síntomas debidos a la inmunodeficiencia generada por la infección retroviral.

Niños menores de un año con condiciones que causan déficit inmune como esplenectomía, asplenia o falla renal.

Composición y Vía de Aplicación de la Vacuna Pentavalente

Colombia utiliza desde 2001 la vacuna pentavalente la cual incluye las vacunas contra Difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y contra *Haemophilus influenzae* tipo b.

Esta vacuna está constituida por un frasco que contiene DPT celular y Hepatitis B (Tritanrix-HB) cuya presentación es en forma líquida y se utiliza como diluyente del frasco con la vacuna contra *Haemophilus* tipo B (Hiberix) cuya presentación es polvo liofilizado.

Una vez reconstituida la vacuna se aplica en el tercio medio cara lateral externa del muslo por vía intramuscular profunda. La vacuna pentavalente requiere tres dosis a los 2, 4 y 6 meses de edad.

La aplicación de las tres dosis de la vacuna protege al niño de las siguientes enfermedades:

Difteria

Tétanos

Tosferina

Hepatitis B

Infecciones causadas por la bacteria *Haemophilus Influenzae* tipo B (meningitis, neumonía y otitis)

La vacuna pentavalente puede producir los mismos efectos secundarios que las vacunas en presentación individual utilizadas con el esquema de vacunación anterior es decir:

Dolor y enrojecimiento en el sitio de aplicación, fiebre, irritabilidad.

Malestar general

Estos efectos son normales sin embargo en raras ocasiones se puede presentar convulsiones o llanto incontrolable por más de cuatro horas, estos efectos requieren valoración médica si ocurren.

Vacuna contra sarampión, rubéola y parotiditis (Triple Viral)

Es una vacuna liofilizada, con virus vivos atenuados de sarampión, rubéola y parotiditis, obtenidos en cultivos de células de embrión de pollo, a la que se agregan azúcares hipertónicos y gelatina como estabilizadores, contiene además antibióticos como la neomicina o kanamicina. Se presenta en frascos de una o diez dosis.

La vacuna de sarampión, rubéola y parotiditis – SRP - tiene una eficacia del 95% contra el sarampión y parotiditis y 98% para la rubéola aplicada a los 12 meses de edad, por lo que se espera un alto grado de inmunización en la población vacunada. Anteriormente solo se utilizaba la vacuna antisarampionosa, pero a partir de 1995 se incorporó al esquema regular la SRP, dando inicio al Plan de Control de la Rubéola Congénita y de la Parotiditis y manteniendo así el plan de erradicación del Sarampión.

Se calcula que aproximadamente un 5% de los pacientes vacunados no desarrollan anticuerpos contra sarampión, de allí que se prefiera la aplicación de una segunda dosis a los 5 años.

Vacuna contra el Rotavirus

Vacuna monovalente de virus vivos atenuados humanos, que semeja la infección natural, sin causar la enfermedad, asegurando una respuesta inmune protectora. Está indicada para la inmunización activa de lactantes contra gastroenteritis causada por rotavirus. Se ha demostrado protección cruzada contra el

serotipo g1 y los serotipos no g1. La vacuna confiere protección de más del 70% de nuevos episodios de diarrea y de cerca del 100% de cuadros de diarrea grave, producidos por el rotavirus es una vacuna liofilizada para uso oral, exclusivamente.

Cadena de Frío

Se entiende por Cadena de Frío el conjunto de normas, actividades y procedimientos que aseguran la correcta conservación de los inmunobiológicos durante su transporte, manejo y distribución, desde el laboratorio que las produce hasta que son aplicadas a la población. El correcto funcionamiento de la cadena de frío puede marcar la diferencia entre vacunar a la población con vacunas efectivas o completamente inútiles, esta diferencia como puede verse significa miles de vidas.

Refrigerador – Nevera

Para el funcionamiento eficiente del refrigerador debe asegurarse la instalación en un ambiente fresco y bien ventilado, a la sombra y alejado de toda fuente de calor, separada de la pared a 15 centímetros de distancia y sobre una base debidamente nivelada.

Control de la Temperatura: Mantener en el espacio central de la nevera un termómetro específico para red de frío. Verificar diariamente, mañana y tarde, la temperatura y registrarla en el formulario respectivo

Mantenimiento del Refrigerador / nevera: La limpieza y aseo de la refrigeradora se debe efectuar cada mes.

- Importancia de la cadena de frío en el transporte del biológico

Se debe tener en cuenta: Laboratorio Productor-Aeropuerto-Almacén Central-Centro de Salud-Vacunadores-Usuarios

Talento Humano

Recurso Técnico

Recurso Financiero

Equipos

Cámara Frigorífico

Congeladores

Refrigeradores de pared de hielo

Refrigerador nevera caja térmica

- Norma Técnica Administrativa y Operativa de la Cadena de Frío

Ubicación

Limpieza

Mantenimiento Preventivo del Refrigerador

Flujo de aire

- Control de la Temperatura

Es fundamental en la conservación los inmunológicos deben comprobarse a mañana y tarde que la temperatura sea entre 2º C y Tº C.

Análisis de temperaturas registradas

Al terminar cada mes, se recomienda efectuar un análisis de las temperaturas registradas, esto permite determinar el tiempo y las condiciones de Tº a lo que han estado expuestas los inmunológico

2.12 Estrategia IAMI Instituciones Amigas de la mujer y la Infancia (IAMÍ):

Uno de los problemas de salud pública más comprometedores para nuestra niñez es la introducción temprana de alimentos y la lactancia artificial que conllevan a estados carenciales, enfermedades digestivas y la tendencia a padecer alergias infantiles. La lactancia materna, es la medida nutricional más efectiva por sí sola que se haya identificado contra la morbilidad infantil ante enfermedades como la desnutrición proteico calórica, infecciones respiratorias y la enfermedad diarreica del lactante. Lo que la constituye en un elemento valioso tanto para la familia como para la sociedad.

La historia de la IAMÍ se inicia en Colombia en el año de 1991 con el Plan Nacional de Lactancia Materna, formulado en respuesta a los compromisos adquiridos por el país en la Cumbre Mundial de la Infancia. Constituye la estrategia eje del plan con el propósito de recuperar los beneficios de la práctica de la lactancia materna y disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad infantil, derivadas del consumo inadecuado de fórmulas infantiles y del inicio precoz de alimentos complementarios.

Objetivo

Promover la lactancia materna como herramienta fundamental en la protección de la mujer y la infancia.

Importancia

La Leche Materna es la mejor alimentación para el RN y el niño en su primer año de vida. Debe ser exclusiva durante los primeros seis meses de vida y constituye parte importante de la alimentación durante todo el primer año.

La OMS recomienda amamantar hasta los dos años o más años de vida, especialmente en países en vía de desarrollo. El amamantamiento reduce la morbilidad infantil, disminuye las enfermedades infecciosas, especialmente las diarreas e infecciones respiratorias, aporta una óptima nutrición al niño favoreciendo su adecuado desarrollo, beneficia la salud materna, contribuye con la relación psicoafectiva entre la madre y el

niño, colabora con el espaciamiento de los embarazos y constituye un ahorro valioso de recursos económicos, tanto para las familias como para la sociedad.

La lactancia materna es un proceso natural en el que la glándula mamaria de la mujer produce leche materna el cual, es el único alimento capaz de adaptarse perfectamente a la fisiología del recién nacido.

El acto de amamantar se constituye en una experiencia placentera tanto para la madre como para el niño.

La leche materna constituye, por sí sola, el mejor alimento y la mejor bebida que puede darse en forma exclusiva a un niño o niña hasta los seis meses de vida y con otros alimentos hasta los dos años.

Anatomía y fisiología de la glándula mamaria

En la mujer la glándula mamaria se encuentra en la estructura anatómica denominada mama, compuesta de alvéolos formados por ácinos y esto a su vez por las células acinares. Cada célula alveolar se comporta como una unidad de secreción, produciendo leche completa, sintetizando y transportando desde el plasma sanguíneo las proteínas, grasas, carbohidratos, sales minerales, anticuerpos y agua que son los principales constituyentes de la leche.

Fisiología de la lactancia

Secreción de la leche

Proceso mediante el cual las células epiteliales de los alvéolos de la glándula mamaria sintetizan los constituyentes de la leche y los entregan a los conductos lactíferos. En la mujer la secreción láctea abundante se inicia tres a cuatro días después del parto.

Para que la producción de la leche sea posible es necesario el desarrollo de la glándula mamaria a través de cuatro etapas:

Mamogénesis o desarrollo embrionario.

Lactogénesis: Es el inicio de la producción de leche, la hormona prolactina producida en la hipófisis es necesaria para el establecimiento de la lactancia.

Galactopoyesis: mantenimiento de la secreción una vez establecida. La prolactina es la hormona galactopoyética más importante en la mujer. El cortisol, la insulina y la hormona del crecimiento son también necesarios para el mantenimiento de la secreción láctea.

Eyección: salida de la leche materna.

Evacuación de la leche

La secreción láctea fluye desde los alvéolos al sistema de conductos mayores por la compresión de los alvéolos que produce la contracción de fibras mioepiteliales gracias a la oxitocina hormona liberada por la hipófisis. El estrés puede inhibir el reflejo lácteo en la mujer. La descarga de oxitocina como consecuencia

de la succión del pezón también produce contracción de la fibra muscular uterina y es un proceso fisiológico que colabora con la involución uterina en el puerperio.

Amamantamiento

El reflejo eyecto-lácteo desencadenado por la succión determina que la leche fluya de los alvéolos mamarios hasta los conductos mayores y senos lactíferos desde dónde puede ser removida por el lactante. El amamantamiento requiere de la completa introducción del pezón y de la areola en la boca del niño, de tal forma, que la punta del pezón alcance el paladar blando.



Amenorrea

A mayor duración de la lactancia exclusiva mayor duración del período de amenorrea, aunque esta asociación decrece en períodos más largos de lactancia.

Tipos de leche

La leche materna ofrece al niño el alimento ideal durante los primeros meses de vida. Los elementos que la constituyen y la proporción en que éstos se encuentran, aportan al lactante los elementos nutricionales e inmunológicos para un crecimiento óptimo.

Calostro: Líquido viscoso y amarillento y espeso que se segrega a partir del cuarto o quinto mes de embarazo. Contiene anticuerpos que protegen al niño de las infecciones y es laxante natural que favorece las deposiciones del RN o meconio. Tiene una duración de dos a tres días después del parto, hasta la aparición de la leche de transición

El volumen de calostro durante los tres primeros días post parto es de 2 a 20ml por mamada siendo suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del RN.

Leche de transición: Es la que se produce entre el cuarto y decimoquinto día post parto el volumen es de aproximadamente 600 a 700ml al día. La composición de la leche va cambiando con el transcurso de los días de las características del calostro a las características de la leche madura.

Leche madura: En ella se encuentran sustancias alimenticias que necesita el niño perfectamente adaptadas a las características de su aparato digestivo. La leche materna en comparación con la leche de otros mamíferos es rica en lactosa y pobre en proteínas y minerales. Las proteínas de la leche humana son altas en proteínas del suero como la alfa lactoalbúmina, lactoferrina e inmunoglobulina A estas dos últimas protege al niño contra las infecciones gastrointestinales. La leche humana contiene una proporción mayor de grasas comparadas con las proteínas, y con relación a la leche de vaca contiene mayor proporción de ácidos insaturados con relación a los saturados lo que va a favorecer la digestión, las vitaminas se encuentran en una menor proporción pero en las cantidades adecuadas para el niño. Los minerales también se encuentran en una menor proporción como el hierro pero el encontrado en la leche humana tiene una alta digestibilidad y junto con las reservas del lactante puede evitar una deficiencia de éste mineral durante el cuarto hasta el sexto mes.

Leche Pretérmino: Las madres que tienen un parto Pretérmino producen durante uno o más meses leche con una composición mayor de proteínas, grasas y calorías y menor de lactosa que la leche madura, por lo tanto es apropiada para el niño inmaduro que tiene requerimientos elevados de proteínas y menor capacidad de lactosa. La lactoferrina y la Ig A son más abundantes en ella. La leche de pretérmino no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio y fósforo por lo que estos niños deben ser suplementados con estos elementos.

Ventajas de la lactancia materna

En el niño:

Protege contra las alergias.

Contiene todos los nutrientes.

Ganancia de peso adecuada para el niño.

Vínculo de seguridad y amor entre madre e hijo.

Disminuye la incidencia de caries dental

Los niños alimentados con leche materna, presentan coeficientes inteligentes más altos.

Previene la malnutrición.

Disminuye la incidencia de diarrea y de enfermedades respiratorias.

La lactancia materna previene la anemia en el niño, por ser el hierro de alta biodisponibilidad y por tener otros factores como cobre y folatos.

Interviene en la maduración del tubo digestivo a través de elementos como inmunoglobulinas A, el tipo de proteínas, el lactobacillus bifidus y el factor de crecimiento epidérmico.

Favorece la maduración del sistema nervioso central.

Disponibilidad inmediata y temperatura ideal.

En la madre:

La lactancia total retarda los periodos menstruales y de ovulación lo que disminuye las posibilidades de un nuevo embarazo, sin embargo, no es un método seguro de planificación.

La lactancia minutos después del parto ayuda a impedir hemorragia ya que produce contracción del útero. A su vez contribuye a que el útero recupere su tamaño normal.

Amamantar al niño reduce la probabilidad de cáncer de seno, ovárico y uterino.

La lactancia materna ahorra tiempo, esfuerzo y dinero en comparación con la lactancia artificial.

Fomenta el vínculo de unión entre madre e hijo.

En la familia.

Es más económica.

Esta siempre lista.

Esta siempre a la temperatura ideal.

Favorece la alimentación nocturna

Favorece el vínculo padre-madre-hijo.

Técnicas de amamantamiento

La técnica correcta es la base para una lactancia exitosa. Para amamantar la madre debe colocarse cómoda ya sea sentada con su espalda apoyada en un respaldo o decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre homólogo de la mama que está amamantando.

La cabeza del niño debe apoyarse en la parte interna del codo y quedar orientada al eje de su cuerpo. Debe tomar al niño por la región glútea de tal manera que la madre con sólo desplazar el brazo pueda acercar o alejar al niño de la mama. Con la otra mano, la madre debe tomar su mama con el dedo pulgar colocado en la parte superior y los otros cuatro dedos en la parte inferior formando una C por detrás de la areola y en esta forma llevar el pezón a estimular el labio inferior del niño, de tal forma, que el niño abra la boca. En este momento la madre debe atraer el niño hacia la mama, no la mama al niño, los dedos de su mano no deben sobrepasar, para introducir el pezón y la areola en su boca. Cuando la madre ofrece la mama al niño, los dedos de su mano no deben sobrepasar la región de la areola, ni tampoco deben ser colocados en forma de tijera. El pezón y la areola deben quedar completamente introducidos en la boca del niño, de tal manera que la nariz y el mentón de éste quede en íntimo contacto con la piel de la mama. El niño puede respirar normalmente debido a la conformación anatómica de la nariz.

En ciertas situaciones, como amamantamiento de gemelos, mamas muy grandes, grietas del pezón, niños hipertónicos, niños hipotónicos, es útil colocar al niño sentado frente a la madre. Para esto, la madre sostiene la cabeza del niño entre el dedo pulgar y el dedo medio de la mano del mismo lado del que ofrecerá la mama, su antebrazo sostiene la espalda del RN quien se encuentra sentado frente a ella con sus piernas entre el brazo y el tronco de la madre, la mano contraria ofrece la mama. Esta posición resulta más cómoda sentando al niño sobre un cojín. Una modificación de esta posición es la del “caballito” en la que el niño se sienta montado sobre la pierna de la madre con su cuerpo enfrentándola. En caso de reflejo de eyección excesivo de leche es la madre acostada de espalda con el niño recostado en posición ventral sobre ella.

Si bien el ideal es permitir al niño determinar la duración de la mamada, en ocasiones puede ser necesario interrumpirla. Para retirar al niño de la mama, no se le debe traccionar, porque puede producir dolor y lesionar el pezón. Para hacerlo la madre debe introducir su dedo índice o meñique por la comisura labial de la boca del niño hasta las encías, presionando subvente la encía inferior de tal manera que el dedo reemplace por un momento el pezón al ser retirado.

Amamantar empleando la técnica correcta no produce dolor. Es conveniente que el niño vacíe totalmente la mama antes de ofrecerle la otra, de forma que reciba la leche de final de mamada que tiene mayor contenido de grasa. Se recomienda amamantar por libre demanda hasta que llegue a establecer su propio ritmo.

Para el cuidado de las mamas, lo más importante es utilizar la técnica correcta de amamantamiento. No es necesario limpiar los pezones antes o después de la mamada, ni aplicar cremas ni lociones. Basta con lavar las mamas con agua sin usar jabón una vez al día. Después de la mamada es conveniente cubrir el pezón y la areola con algunas gotas de leche materna que se dejan secar al aire.

Técnica de extracción manual de leche.

Escoger un lugar tranquilo y estar relajada.

Lavado de manos.

Masaje circular de la mama, seguido de otro desde arriba hacia la areola estimulada suavemente la areola y los pezones para desencadenar el reflejo de eyección antes de comenzar de extraer la leche.

Extraer la leche hacia un envase limpio de plástico o de vidrio.

Colocar el pulgar por arriba y el índice por debajo en el borde externo de la areola, mantenerlos fijos y no deslizarlos sobre la piel.

Compresión rítmica hacia las costillas con los dedos abiertos juntándolos luego hacia el pezón, con la frecuencia del niño al mamar. Al principio aparecerán gotas y luego saldrán chorros de leche.

Evite sostener el pecho con la palma

Rotación de la posición de los dedos alrededor de la areola para vaciar todas las áreas.

Alternar la mama cuando disminuya el flujo de leche y repetir el masaje y el ciclo varias veces.

Conservación de la leche.

Para garantizar la calidad de la leche materna extraída, es importante tener en cuenta que el recipiente que se pueda lavar fácilmente, resista la ebullición y no represente problemas para la salud del bebé. Se recomiendan recipientes de vidrio. La taza o pocillo de porcelana o vidrio, disponibles en el hogar, son una buena alternativa para recoger la leche materna.

La leche materna no contiene preservativos, por lo tanto debe tomarse cuidado para su manipulación.

Use un recipiente distinto y limpio cada vez que se extraiga la leche.

Inmediatamente después de extraer la leche, cierre y marque con una etiqueta el recipiente.

Tabla de tiempos de conservación de la leche materna

Temperatura Ambiente	4 Horas
Refrigerador (No en la puerta)	12 horas
Congelador	15 Días

Complicaciones y contraindicaciones de la lactancia.

En la madre:

Dolor al amamantar, se trata con una correcta técnica de lactancia.

Grietas en el pezón, se trata con una correcta técnica de lactancia.

Congestión mamaria, es la retención de leche producida por el vaciamiento infrecuente o insuficiente de las mamas, se debe extraer leche.

Micosis mamaria, es una infección del pezón y la areola producida por la *Cándida albicans*, en casos severos, puede llegar a comprometer conductos mamarios se trata con antimicóticos locales (nistatina) tanto en la madre como en el niño.

Retención de leche, produce nódulos mamarios, se recomienda masaje y calor y usar distintas posiciones para amamantar.

Mastitis, proceso infeccioso del intersticio que rodea al lóbulo mamario, se trata médicamente.

Pezones invertidos.

Mamas supernumerarias, se puede presentar tejido mamario en las axilas, se trata médicamente.

Reflejo de eyección inhibido por inseguridad, tensión y dolor puede tratarse con una adecuada técnica de lactancia.

Reflejo de eyección excesivo, se debe amamantar al niño en posición ventral y extracción de leche.

En el niño

Disfunción motora oral, presentan problemas en la succión debido a hipertonía (niño con posición de extensión), hipotonía (niño con flexión disminuida), prematuridad.

Malformaciones físicas como dificultades respiratorias, labio leporino, paladar hendido, malformaciones en esófago que producen vómitos y diarrea post-prandial.

Incompatibilidad Rh, si la madre tiene Rh negativo y el padre y el niño Rh positivo, el calostro materno posee anticuerpos que pueden perjudicar al niño. Para evitar esta posibilidad se recomienda sacar el calostro y hervirlo antes de dárselo al niño. Tras la subida de leche los anticuerpos desaparecen y ya no existe peligro alguno.

Razones que se aducen más frecuentemente para no amamantar:

Integración de la mujer en el mundo del trabajo.

Progreso de la tecnología en la industria láctea.

Por estética.

Por temor.

Por ignorancia, creen que van a enfermar al bebé.

Por descuido.

Mitos.

Inconvenientes en el uso del biberón

Los productos lácteos, a diferencia de la leche materna, no incorporan anticuerpos.

Exige a los padres estar siempre alerta para proteger al niño de gérmenes causantes de indigestión o diarrea.

Suprimir la propia producción láctea produce en la madre malestar en los pechos durante algún tiempo.

Una dosis exagerada de leche puede producir sobrealimentación.

Contar con un equipo de lactancia y mantenerlo en perfectas condiciones exige una permanente dedicación de lavado y esterilización.

Deforma paladar y dientes, entre otras.

Diez pasos para una lactancia feliz

Disponer de una política por escrito relativa a lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal.

Capacitar a todo el personal de salud de modo que estén en condiciones de poner en práctica esta política.

Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrecen la lactancia natural y la forma de ponerlo en práctica.

Ayudar a las madres e iniciar la lactancia durante media hora siguiente al parto.

Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si ha de separarse de sus hijos.

Dar a los RN sólo leche materna, sin otro alimento o bebida a no ser que esté médicamente indicado.

Facilitar la cohabitación de las madres y los niños las 24 horas al día.

Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.

No dar chupetes de entretención a los niños alimentados al pecho.

Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a la salida del hospital o clínica.

Decreto 1397 de 1992

Por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna y se dictan otras disposiciones.

El código tiene por objeto proteger y fomentar la lactancia materna, mediante la reglamentación de una distribución y comercialización adecuadas de los sucedáneos de la leche materna.

El código se aplica a la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, cuando estén comercializados o cuando de otro modo se indique que pueden emplear para sustituir parcial o totalmente a la leche materna. Los sucedáneos de la leche materna incluyen los siguientes alimentos y bebidas:

Fórmulas infantiles

Otros productos lácteos

Cereales (en papillas)

Jugos

Mezclas de verduras y jugos para bebés

Leches de seguimiento.

El código se aplica además a los biberones y tetinas.

Publicidad:

El código no permite ninguna publicidad destinada al público de los productos arriba mencionados.

Muestras:

No permiten muestras a las madres y a sus familiares ni a los agentes de salud.

Sistema de atención de salud:

No se permite ninguna promoción de los productos en los servicios de salud, es decir ninguna exposición de productos, afiches, ni distribución de materiales promocionales. No se permite el uso de personal de las compañías fabricantes de dichos productos en los servicios de salud.

Agentes de salud:

Los fabricantes no pueden dar regalos ni muestras a los agentes de salud. La información que distribuyan a los agentes de salud sobre productos debe ceñirse a datos científicos y objetivos.

Suministros:

No se permite la distribución gratuita de suministros de sucedáneos de la leche materna a los hospitales y clínicas.

Información:

El material informativo y educativo debe explicar los beneficios de la lactancia materna, los riesgos para la salud vinculados al uso del biberón y los costos del uso de las fórmulas infantiles.

Etiquetas:

Las etiquetas de los productos deben decir claramente que la lactancia materna es superior, explicar la necesidad de consultar a un agente de salud antes de usar un sucedáneo y deben contener una advertencia sobre los riesgos de su uso para la salud.

Productos:

Los productos que no son apropiados para lactantes, como la leche condensada azucarada, no se deben promover para bebés. Todos los productos deben ser de buena calidad, de acuerdo con las normas del codex alimentarius, y deben adecuarse al clima y a las condiciones de almacenamiento donde del país donde se usan.

2.12 Técnicas de comunicación

La técnica es considerada como un procedimiento didáctico que se presta a ayudar a realizar una parte del aprendizaje que se persigue con el método. Por tanto, un método de enseñanza puede hacer uso en el conjunto de la acción, de una serie de técnicas. Por ejemplo: Método didáctico: es el conjunto de procedimientos lógicos y psicológicamente estructurados de los que se vale el docente para orientar el aprendizaje del educando a fin de desarrollar en este los conocimientos, la adquisición de técnicas o que asume actitudes e ideas.

Se dice que el método o las técnicas deben estar lógicamente estructurados porque debe responder a las peculiaridades comportas mentales, a las posibilidades de aprendizaje de los alumnos a que se destina, niños, adolescentes, o adultos de acuerdo a sus características psicológicas individuales. Técnicas didácticas:

es también un procedimiento lógico y psicológicamente estructurado, destinado a dirigir el aprendizaje del educando, pero en un sector limitado o en una fase del estudio de un tema, como la presentación, la elaboración, la síntesis o la crítica del mismo.

Entre los métodos de comunicación interpersonal se encuentran la persuasión y la sugestión, que se utilizan con frecuencia en las relaciones humanas. Ellos pueden ser utilizados en la orientación individual y grupal.

Algunas técnicas de dinámica de grupo pueden ser empleadas para la eliminación de las causas de una comunicación inadecuada y para aprender a comunicarse positivamente. La efectividad que puede lograrse con ellas depende de los objetivos que se persiguen, de la correcta selección del sistema de técnicas y de su aplicación adecuada. Dependerá también de la preparación y experiencia de quien las utilice, del sujeto y grupo con el que se trabajará y de la relación que se establezca entre ambos. Son sólo algunas de las muchas técnicas existentes, pero, bien utilizadas constituyen una herramienta eficaz para enseñar a otros a comunicarse mejor.

Todos conocemos y podríamos citar en teoría cuales son los principios básicos para lograr una correcta comunicación, pero, tal vez por sonar a perogrullo, frecuentemente nos olvidamos de ellos. Algunas de las estrategias que podemos emplear son tan sencillas como las siguientes:

La escucha activa

Uno de los principios más importantes y difíciles de todo el proceso comunicativo es el saber escuchar. La falta de comunicación que se sufre hoy día se debe en gran parte a que no se sabe escuchar a los demás. Se está más tiempo pendiente de las propias emisiones, y en esta necesidad propia de comunicar se pierde la esencia de la comunicación, es decir, poner en común, compartir con los demás. Existe la creencia errónea de que se escucha de forma automática, pero no es así. Escuchar requiere un esfuerzo superior al que se hace al hablar y también del que se ejerce al escuchar sin interpretar lo que se oye. Pero, ¿qué es realmente la escucha activa?

La escucha activa significa escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla. ¿Cuál es la diferencia entre el oír y el escuchar? Existen grandes diferencias. El oír es simplemente percibir vibraciones de sonido. Mientras que escuchar es entender, comprender o dar sentido a lo que se oye. La escucha efectiva tiene que ser necesariamente activa por encima de lo pasivo. La escucha activa se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo. Para llegar a entender a alguien se precisa asimismo cierta empatía, es decir, saber ponerse en el lugar de la otra persona.

Elementos que facilitan la escucha activa:

Disposición psicológica: prepararse interiormente para escuchar. Observar al otro: identificar el contenido de lo que dice, los objetivos y los sentimientos. Expresar al otro que le escuchas con comunicación verbal (ya veo, umm, uh, etc.) y no verbal (contacto visual, gestos, inclinación del cuerpo, etc.).

Elementos a evitar en la escucha activa:

- No distraernos, porque distraerse es fácil en determinados momentos. La curva de la atención se inicia en un punto muy alto, disminuye a medida que el mensaje continua y vuelve a ascender hacia el final del mensaje, Hay que tratar de combatir esta tendencia haciendo un esfuerzo especial hacia la mitad del mensaje con objeto de que nuestra atención no decaiga.
- No interrumpir al que habla.
- No juzgar.
- No ofrecer ayuda o soluciones prematuras.
- No rechazar lo que el otro esté sintiendo, por ejemplo: "no te preocupes, eso no es nada".
- No contar "tu historia" cuando el otro necesita hablarte.
- No contra argumentar. Por ejemplo: el otro dice "me siento mal" y tú respondes "y yo también".
- Evitar el "síndrome del experto": ya tienes las respuestas al problema de la otra persona, antes incluso de que te haya contado la mitad.

Habilidades para la escucha activa:

Mostrar empatía: Escuchar activamente las emociones de los demás es tratar de "meternos en su pellejo" y entender sus motivos. Es escuchar sus sentimientos y hacerle saber que "nos hacemos cargo", intentar entender lo que siente esa persona. No se trata de mostrar alegría, si siquiera de ser simpáticos. Simplemente, que somos capaces de ponernos en su lugar. Sin embargo, no significa aceptar ni estar de acuerdo con la posición del otro. Para demostrar esa actitud, usaremos frases como: "entiendo lo que sientes", "noto que...".

Parafrasear. Este concepto significa verificar o decir con las propias palabras lo que parece que el emisor acaba de decir. Es muy importante en el proceso de escucha ya que ayuda a comprender lo que el otro está diciendo y permite verificar si realmente se está entendiendo y no malinterpretando lo que se dice. Un ejemplo de parafrasear puede ser: "Entonces, según veo, lo que pasaba era que...", "¿Quieres decir que te sentiste...?".

Emitir palabras de refuerzo o cumplidos. Pueden definirse como verbalizaciones que suponen un hallazgo para la otra persona o refuerzan su discurso al transmitir que uno aprueba, está de acuerdo o comprende lo que se acaba de decir. Algunos ejemplos serían: "Esto es muy divertido"; "Me encanta hablar contigo" o "Debes ser muy bueno jugando al tenis". Otro tipo de frases menos directas sirven también para transmitir el interés por la conversación: "Bien", "umm" o "¡Estupendo!".

Resumir: Mediante esta habilidad informamos a la otra persona de nuestro grado de comprensión o de la necesidad de mayor aclaración. Expresiones de resumen serían:

"Si no te he entendido mal..."

"O sea, que lo que me estás diciendo es..."

"A ver si te he entendido bien...."

Expresiones de aclaración serían:

"¿Es correcto?"

"¿Estoy en lo cierto?"

2.13 Visita Domiciliaria

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención **domiciliaria** es aquella modalidad de asistencia programada **que** lleva al domicilio del paciente, los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales.

2.13.1 Vivienda saludable

Concepto

Debemos cimentar nuestra casa sobre cuatro importantes pilares:

La **Vivienda Sana**, que nos proporciona salud; La **Vivienda Confortable**, que nos produce bienestar; La **Vivienda Segura**, que nos da seguridad y La **Vivienda Sostenible**, que nos supone economía y ecología

Queremos dormir, trabajar y vivir en un entorno sano. Lo que no sabemos es lo lejos que estamos realmente de ello. Vivimos en lugares con ruido, temperaturas inadecuadas, olores, polución, humedades, etc.

Esto nos puede afectar de manera física produciéndonos, entre otras cosas, tos, gripe y fatiga. Pero también nos afecta de manera psicológica alterándonos el sueño y provocándonos estrés.

- Para combatir estos males, tenemos que tener nuestros hogares siempre convenientemente preparados para los siguientes casos: El Ruido. Tiene efectos sobre el sueño, sobre la conducta, la memoria, la atención, el embarazo y sobre los niños entre otros muchos. Un gran enemigo a batir. Y la mejor opción es aislando la casa. Una buena manera de aislar su vivienda es sustituyendo las ventanas por unas de nuevas de PVC, ya que son las más adecuadas para el aislamiento, tanto acústico como térmico. En próximos post desarrollaremos el tema del ruido y daremos consejos para aislar otras partes de su vivienda.
- **La Temperatura.** El objetivo es alcanzar la temperatura de confort. Para ello hay que evitar fugas de calor por las ventanas o puertas y climatizar la sala adecuadamente. Tan malo es climatizar por exceso como por defecto. Esto puede provocar resfriados y otras dolencias. Para conseguir la

temperatura adecuada la solución es aislar térmicamente los muros en contacto con el exterior, principalmente, muros de fachada y ventanas.

- **La Polución.** Cualquier olor, polvo o aire contaminado lo consideramos polución. Una ventana abierta con los humos del tráfico de la calle, la campana extractora de la cocina estropeada o los ácaros invisibles que viven con nosotros son maneras de contaminar nuestra casa provocándonos

alergias, irritaciones, incluso cosas peores. La ventilación de la casa es una manera eficaz de sanearla.

- **La Humedad.** Como decíamos antes, tan malo es una vivienda con exceso de humedad como otra con un ambiente muy seco. Pueden surgir mohos y hongos en las paredes e incluso en la comida. Con falta de humedad puede secarse la piel y el mobiliario. Una **correcta ventilación** logrará que los niveles de humedad sean regulares.

2.17.1.2 Disposición de agua potable.

- Almacene el agua en recipientes limpios y preferiblemente plásticos, con tapa
- Al recipiente de almacenamiento se le puede adaptar en la parte de abajo una llave o grifo para sacar el agua sin introducir vasijas que la contaminen
- Ubique el recipiente en un lugar fresco, limpio y alejado de animales
- Lave y desinfecte con blanqueador los recipientes de almacenamiento, por lómenos cada 15 días recoja las aguas de lluvias en recipientes lavados antes con blanqueador y jugados con agua pura antes de recoger agua de lluvia, deje que lave los tejados y canales; luego colocar el recipiente las agua de lluvia recogidas manténgalas tapadas.
- Mantenga tapados los pozos o aljibes.
- Alrededores libres de basuras y excrementos

2.13.2 Hábitos en el consumo y manejo de alimentos.

Consumo

Practica de higiene en la familia en la preparación, consumo y almacenamiento de alimentos.

- La persona que prepara los alimentos debe estar sana y aseada, lavarse las manos y tener uñas cortas.
- Limpie la superficie de la cocina (mesas, mesones, tarimas) antes y después de preparar los alimentos.
- Los alimentos que se consuman cocinados deben hervir suficientemente, en especialmente las carnes.
- Los alimentos deben de consumirse inmediatamente después de cocidos.
- Los alimentos cocidos que se guardan para comer más tarde, deben calentarse muy bien antes de consumirse.
- Las verduras y frutas que se comen crudas deben lavarse con agua con cloro. Esta se prepara así: a un litro de agua agregue un centímetro de blanqueador para la ropa, medido con una jeringa. Sumerja durante 5 minutos las frutas o verduras y enjuague con agua pura.
- Evite el uso de biberones para alimentar a los niños. Cuando se usen, lávelos con agua pura y jabón, y guárdelos en recipientes con tapa, o sumérjalos en agua pura.
- Guarde los alimentos en recipientes tapados.

- Revise siempre la fecha de vencimiento de los alimentos en lata lácteos y alimentos preparados; los alimentos sin etiqueta deben ser desechados.
- Evite el consumo de alimentos que se vendan en sitios no higiénicos.

Manejo de alimentos

- Las personas que prepara los alimentos debe estar sana y aseada, lavarse las manos tener uñas cortas.
- Las superficies de la cocina deben estar limpias antes y después de preparar los alimentos
- los alimentos deben consumirse inmediatamente después de ser cocidos.
- las verduras y las frutas que se comen crudas deben lavarse con agua con hipoclorito. Esta se prepara así: a un litro de agua agregue un centímetro de hipoclorito. Sumerja durante 5 minutos las frutas o verduras y enjuague con agua pura.
- Cuando use biberones lávelos con agua pura y jabón, guárdelos en recipientes con tapa y sumérjalo en agua caliente para desinfectar.
- Revise siempre la fecha de vencimiento de los alimentos, los alimentos sin etiqueta deben ser desechados.

2.13.4 Manejo de aguas sucias y excretas

Prácticas de la familia en el manejo de excrementos y aguas negras. Los excrementos y aguas negras contienen microbios y parásitos causantes de enfermedades graves, como diarrea, cólera, hepatitis y fiebre tifoidea, por eso, toda vivienda requiere un sistema higiénico para eliminarlas. Si en la comunidad no existe red de alcantarillado público, en cada vivienda se puede construir una letrina conectada a un pozo séptico. Este es el sistema más económico y sencillo.

- La letrina y el pozo deben de construirse aguas abajo de la fuente de agua de consumo.
- El pozo se construye haciendo un hueco de 2,20 metros de profundidad, 80 centímetros de diámetro en el fondo y 1,30 metros de diámetro en la superficie.
- El pozo no se recubre interiormente; si la tierra es blanda, se puede recubrir con maderas o laminas de hojalata.
- En el pozo solo deben caer los excrementos y las aguas negras, no papeles y basuras. Si se observan moscas, se echan en vaso de aceite quemado o parafina líquida a través de la letrina; no echar desinfectantes, porque matan los microbios que tienen la tarea de descomponer las basuras.
- Es necesario mantener limpia y seca la letrina y sus alrededores.
- Cuando se tiene taza sanitaria dentro de la vivienda, manténgala limpia lavando frecuentemente la taza, paredes y pisos con blanqueador diluido en agua.
- Si se defeca al aire libre y no es posible la construcción de una letrina o taza sanitaria, hágalo lo más lejos posible de la vivienda y cubra de inmediato con tierra los excrementos y el papel con el cual se limpia.

- Los excrementos de los bebés están también contaminados con microbios dañinos para la salud. Deben retirarse del pañal y echarse a la taza o letrina, si se botan al aire libre, también deben taparse con tierra.
- Laven siempre las manos después de defecar.

2.13.5 Manejo de residuos sólidos

Procedimiento operativo para el manejo adecuado de residuos sólidos en el Jardín Infantil.

PROCEDIMIENTO: Recolección de desechos.		ACTIVIDAD: RECOLECCIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS ZONA DE BAÑOS	
RESPONSABLE: Personal de oficios generales			
OPERACIÓN	FRECUENCIA	IMPLEMENTOS	PROCEDIMIENTO
Recolección de desechos orgánicos (Papel higiénico y toallas sanitarias)	Al inicio después de rutinas de higiene y al final de la jornada o cuando sea necesario.	Recipiente plástico con bolsa plástica y tapa.	Depositar los residuos en los recipientes ubicados en el área del baño. Recolección por la Auxiliar o docente.

17.2. PROCEDIMIENTO: recolección y selección residuos.		17.3. ACTIVIDAD: Recolección y selección de residuos en el salón.	
RESPONSABLES : Docente y Auxiliar			
<i>OPERACION</i>	FRECUENCIA	IMPLEMENTOS	PROCEDIMIENTO

Recolección y selección de residuos inorgánicos	Al inicio y al final de la jornada	Caneca de basura plásticas en el salón Bolsas plásticas	Depositar los residuos inorgánicos (cartón y papel) en la caneca plástica, la cual será despapelada sin retirar la bolsa (se hará al finalizar la semana). Los residuos orgánicos procedentes de las frutas que consumen los niños diariamente deben ser recolectados en bolsa plástica y retirados de la Sede a diario.
OBSERVACIONES En la Sede seleccionamos el material que se puede reciclar como el papel, el cartón, plástico, tarros de leche, botellas.			

2.13.7 Control de vectores

Medidas para controlarlas

- Eliminar grietas y huecos en las paredes y techos de la casa
- Guarde los alimentos en recipientes con tapa
- Recoge y eliminar las sobras de comida
- Asegurarse de que los niños no tengan restos de comida en su cuerpo o en su ropa cuando se van a dormir, para evitar que atraigan ratas e insectos.
- Abra zanjas de drenaje para las aguas estancadas y llene con tierra los huecos que permitan el estancamiento de agua.
- Recoja las basuras, escombros y malezas de los alrededores de la casa.

2.13.8 Animales domésticos

Los excrementos, orines, pelos y plumas de los animales domésticos transmiten enfermedades graves, como asma, neumonías, fiebres, diarrea, parasitismo y meningitis.

Medidas de control

Es preferible no tener animales domésticos; si necesita tenerlos: acostúmbrelos desde que se adquieren, a permanecer fuera de la vivienda, alejados de las habitaciones y de la cocina.

.Adapte un lugar fuera de la vivienda, protegido de la intemperie, para la cama de perros y gatos; limpia periódicamente.

.Bañe con agua y jabón a los perros y gatos.

.Eviten que los niños cojan los animales; cuando lo hagan, láveles las manos y la cara.

2.13.9 Higiene de la vivienda

Practica de limpieza en el hogar

- Repare las goteras de los techos para evitar la humedad, pues estas hacen que se produzcan microbios y parásitos y dañan los muebles y alimentos
- limpie periódicamente los pisos, muebles y estampas, paredes y estampas, paredes y demás objetos del la habitación, con trapos humedecidos en aguas con blanqueador
- desinfecte los pisos de tierra, paredes de adobe y techo de paja, rociando blanqueador diluido en agua
- mantenga la casa libre de ropa, muebles y trastos que no se usen, porque mantiene polvo y sirven de guarda a ratas, pulgas y cucarachas
- sacuda y colocar al sol la ropa de la cama, especialmente la de los niños. si es necesario barrer hágalo antes de sacudir la ropa de cama
- lave todos los días las telas o toallas de secar los platos: para mayor facilidad, utilice telas o toallas pequeñas
- evite usar en el aseo de la cocina los paños y utensilios de limpieza de los sanitarios
- deposite las basuras en recipientes con tapa o en bolsas plásticas cerradas
- lave diariamente el sanitario o letrina, con solución jabonosa y blanqueador

2.13.10 Manejo de riesgos

Terromoto o Sismo

Definición: Los **terremotos**, llamados también **movimientos telúricos** o **sísmicos**, son vibraciones de la Tierra, causadas por el fractura miento en profundidad de las rocas sometidas a permanentes y continuos esfuerzos, que se acumulan más allá de su límite elástico, hasta romperse y causar un desplazamiento súbito de la roca que la vuelve elásticamente a su forma original

ANTES DE UN TEMBLOR	DURANTE UN TEMBLOR	DESPUÉS DE UN TEMBLOR
 Prepara: Directorio de teléfonos	Conserve la calma y tranquilice a los niños y niñas. Al éjese con los niños de los muebles que puedan deslizarse o caerse, así como de las ventanas. En caso de encontrarse lejos de una salida, ubíquese lejos de los vidrios cúbrase con ambas manos la cabeza y colóquelas junto a las rodillas.	Efectúe con cuidado una completa verificación de los posibles daños de la institución. Verifique si hay lesionados y busque ayuda médica de ser necesaria. No use el teléfono excepto para llamadas de emergencias; encienda la radio para enterarse de los daños y recibir

de emergencia. (públiques en un lugar visible) Botiquín de primeros auxilios. Linterna Radio portátil Pilas Un extintor Agua Realice simulacros de evacuación y ubique el punto de encuentro Fije a la pared repisas, estantes, y bibliotecas. Porte siempre la identificación de la docente: fotocopia de cédula, EPSC y lista de los niños y niñas con el número telefónico.	Una vez terminado el sismo desaloje el inmueble y recuerde: NO grite, NO corra, NO empuje.	información Aléjese de los edificios dañados. Espere las indicaciones de los brigadistas. 
--	---	--

INUNDACIÓN: Presencia de grandes cantidades de agua en general provocadas por fuertes lluvias y que el suelo no puede absorber.

QUE HACER ANTES	QUE HACER DURANTE	QUE HACER DESPUÉS
Solicite a las directivas o profesores del plantel educativo, que aquellas zonas por donde el agua entra a terrenos secos deben ser protegidas con costales llenos de piedra y arena, para impedir el paso del agua. Colabore periódicamente en	Cuando escuche la señal de alarma (campanadas de La iglesia, pitos de carros, etc) trasládese con los niños y niñas al lugar previamente establecido. Aléjese de los sitios inundados porque es posible que el agua siga creciendo lenta o repentinamente.	Una vez pasada la inundación, revise el plantel educativo y verificar que todos los estudiantes se encuentren bien. Recuerde que no debe tomar agua de las llaves, puede estar contaminada. Colabore con la comunidad educativa en la realización de una limpieza general en el plantel, porque puede haber animales venenosos (alacranes, culebras).

la remoción de arbustos para evitar un represamiento de agua. Establecer mecanismos que sirvan de alerta en caso de que se presente una inundación (Alarma, pitos, campanas, etc.). Solicite apoyo de las entidades de socorro, y colabore en la realización de simulacros en el Plantel Educativo. Con sus alumnos tenga previsto un lugar seguro donde puedan ubicarse en caso de presentarse una inundación. No olvide que deben tener siempre a la mano una linterna, un radio transistor con pilas nuevas y además un botiquín para prestar primeros auxilios.	Mantenga siempre encendido el radio, para estar informados de todo lo que sucede. Organice y ubique primero los niños discapacitados	
--	--	--

INCENDIO: Un **incendio** es una ocurrencia de fuego no controlada que puede abrasar algo que no está destinado a quemarse. Puede afectar a estructuras y a seres vivos. La exposición de los seres vivos a un incendio puede producir daños muy graves hasta la muerte, generalmente por inhalación de humo o por desvanecimiento producido por la intoxicación y posteriormente quemaduras graves

QUE HACER ANTES	QUE HACER DURANTE	QUE HACER DESPUÉS
Identificar las rutas de evacuación así como: las salidas principales y alternas, verificando que estén libres de obstáculos. Mantener y verificar constantemente el buen estado las instalaciones de luz y gas.	Al escuchar la señal de alarma, suspender lo que se esté realizando. Conservar la calma y tranquilizar a las personas que estén alrededor. Ubicar el lugar del incendio y	Mantenerse alejado del área de riesgo porque el fuego puede avivarse. No interferir en las actividades de los bomberos y rescatistas. Poner atención a las indicaciones de los bomberos, autoridades de Protección Civil y brigadistas del

No sobrecargar las conexiones eléctricas. Identificar la ubicación de los extintores. Solicitar la orientación necesaria para usarlos de manera apropiada: 	retirarse de la zona de riesgo. Si hay humo, taparse la nariz y la boca con un pañuelo, de preferencia mojado y agacharse. Dirigirse a las zonas externas de menor riesgo con los compañeros y las compañeras del plantel (puntos de reunión). Recordar: ¡no corro!, ¡no grito! y ¡no empujo! Solicitar vía telefónica el auxilio de la estación de bomberos más cercana.	Comité de Salud y Seguridad Escolar. 
---	--	---

2.13.11 Prácticas de Autocuidado

Autocuidado. La Organización Mundial de la Salud lo define como "la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica", de manera que es una responsabilidad con nuestra propia integridad física y mental.

¿Cuáles son las prácticas de Autocuidado y como fomentarlas?

Reconocimiento del cuerpo Cuando enseñamos las partes del cuerpo en preescolar, por lo general hacemos énfasis en las partes más básicas, el motivo por el cual se realiza de esta forma es porque más allá de que el niño conozca su cuerpo, también enseñamos a que lo cuide y lo respete. Tenemos que enseñarles que esas manos se deben de lavar, esos dientes tienen que cepillarse, el cabello tiene que estar limpio. Por otro lado también se resalta el respeto de las partes del cuerpo, se quiere que el infante pueda percibirse como un ser único y especial, el niño tiene que aprender a cuidar su cuerpo, y a no permitir que nadie lo lastime. Es indispensable utilizar los términos adecuados e imágenes concretas para referirnos a una parte del cuerpo.

La higiene personal. La Organización Mundial de la Salud OMS define salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS), este estado de bienestar está determinado por diferentes factores como el estilo de vida, el medio ambiente y aspectos biológicos, pero también se incluye el acceso a los servicios de salud, ya que todos los individuos

están expuesto a contraer enfermedades, esto hace necesario implementar servicios de salud para brindar el tratamiento adecuado.

Actividades de higiene personal.

- Baño diario
- Lavado de dientes después de cada comida.
- Lavado de manos: Antes de consumir alimentos, antes y después de jugar, sacar la basura, ir al baño, acariciar la mascota, procesar alimentos, toser y/o estornudar.
- Peinarse, cortar la unas, cambiar y lavar la ropa, limpiar los zapatos.

Alimentación Saludable. . Es aquella que ayuda a mantener un óptimo estado de salud y realizar las actividades de la vida diaria; sus determinantes son la variedad, cantidad y calidad de alimentos. La OMS se refiere a la alimentación saludable como aquella que:

- Logra un equilibrio energético y un peso normal.
- Reduce el consumo de grasas, sustituye las grasas saturadas por grasas insaturadas y trata de eliminar los ácidos grasos trans.
- Aumenta el consumo de frutas y hortalizas, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos.
- Reduce el consumo de azúcares libres. y Reduce el consumo de sal (sodio) de toda procedencia.

Descanso y Sueño. El sueño le permite al cuerpo revitalizarse, renovarse y reponerse. Ayuda a que el sistema inmunitario funcione mejor, y lo mantiene mentalmente alerta. La falta de sueño puede afectar significativamente tanto la mente como el cuerpo. Además de perpetuar afecciones graves, la falta de sueño puede afectar de manera negativa tu estado de ánimo y temperamento, así como tu capacidad para concentrarte en las tareas diarias.

Los hábitos de sueño saludables en los niños.

1. Establecer horarios de sueño regular
2. Crear rutina que facilite el sueño
3. Evitar que valla a la cama con hambre
4. Motivar la práctica de ejercicios diarios
5. Es necesario propiciar un habiente tranquilo en su habitación.

Actividad física. Es muy recomendable que los niños realicen actividad física de forma habitual, que esta forme parte de su estilo de vida y que disminuyan el sedentarismo.

Un estilo de vida físicamente activo en la infancia es una buena forma de prevención de ciertas enfermedades crónicas muy frecuentes en la edad adulta, como la obesidad, la hipertensión, las

enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer, los problemas músculo-esqueléticos y los problemas de salud mental. Por otro lado, también se sabe que el sedentarismo es un factor de riesgo para estas mismas enfermedades, así que la actividad física regular y la disminución del sedentarismo son un pilar importante para la salud en la infancia.

Pediculosis

Concepto: La pediculosis es un problema común que suele afectar a niños en edad escolar y sus familias se conoce como una infestación de piojos en el cuero cabelludo, no importa si el cabello está limpio o sucio.

Si bien la pediculosis puede ser una molestia, no provoca enfermedades graves ni transmite ninguna enfermedad. La pediculosis se puede tratar en el hogar, pero es importante verificar antes con el médico.

Prevención y Control

Los piojos de la cabeza se transmiten más frecuentemente por el contacto directo de cabeza con cabeza (cabello a cabello) y con menos frecuencia por compartir ropa o pertenencias personales donde se han pasado los piojos o las liendres. El riesgo de infestación por un piojo que ha caído en la alfombra o el sofá es mínimo. Los piojos de la cabeza sobreviven menos de 1 a 2 días si se desprenden de una persona y no pueden alimentarse; las liendres no pueden eclosionar y por lo general mueren después de una semana si no se encuentran bajo una temperatura similar a la del cuero cabelludo humano.

Los siguientes pasos pueden ayudar a prevenir y controlar la transmisión de piojos:

- Evite el contacto de cabeza con cabeza (cabello a cabello) al jugar y realizar otras actividades en el hogar, la escuela y otras instancias (actividades deportivas, parques, fiestas de pijamas, campamentos).
- No comparta prendas de vestir como sombreros, bufandas, abrigos, uniformes deportivos, cintas del cabello o broches.
- No comparta peines, cepillos o toallas. Desinfecte los peines y cepillos que haya utilizado una persona infestada remojándolos en agua caliente (al menos 130°F) durante 5 a 10 minutos.
- No se recueste en camas, sofás, almohadas, alfombras o animales de peluche que hayan estado recientemente en contacto con una persona infestada.
- Lave en la lavadora la ropa de cama y las demás prendas que haya utilizado la persona infestada en los 2 días anteriores al tratamiento; use agua caliente (130°F) y para secar seleccione una

- temperatura elevada en la secadora. Se pueden llevar a la tintorería para lavar en seco la ropa y los artículos que no se lavan con agua o guardarlos en una bolsa de plástico sellada durante 2 semanas.
- Pase la aspiradora en el suelo y los muebles, especialmente donde la persona infestada se sentó o se acostó. Sin embargo, no es necesario dedicar mucho tiempo ni dinero a la limpieza del hogar para evitar la reinfestación de piojos o liendres que pueden haberse desprendido de la cabeza o que se han pasado a muebles o ropa.
 - No utilizar insecticidas en aerosol o neblina; no son necesarios para controlar los piojos de la cabeza y pueden ser tóxicos si se inhalan o se absorben por la piel.

La salud mental. es una parte integral de esta definición. La OMS describe la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a la comunidad.

Actividades Autocuidado emocional para mantener la salud mental.

- **Regule Emociones.** Dejarlos expresar sus emociones, pero limitando las acciones si son peligrosas, inadecuadas. Cuando el niño este calmado es hora de enseñar que está bien y que está mal al respecto del suceso, el niño aprenderá a controlar sus emociones y a expresarlas sin explotar.
- **Ver las necesidades y sentimientos.** Los malos comportamientos provienen de sentimientos abrumadores o necesidades insatisfechas. Si no se abordan estallarán más adelante generando otras actitudes problemáticas.
- **Controlar nuestras emociones.** Los niños no siempre harán lo que los adultos dicen, pero con el tiempo, harán lo que éstos hacen. Los niños aprenden a gestionar sus emociones como lo hacemos nosotros. Por eso cuando mantenemos la calma, les estamos enseñando que es posible tener una actitud correcta.

Es importante no perder la calma y entender el punto de vista del niño. No hay razón para culpar o castigar, pero sí hay que **establecer unos límites firmes con empatía.**

- **Recordar que la ira es una defensa.** Enseñar inteligencia emocional ayuda a los niños a conocer sus emociones. Cuando manifiestan su ira están expresando una defensa contra las emociones más profundas como el miedo, el dolor, o la tristeza.

Dejar que sepa que no es mala persona por sentir rabia le permite aceptar su enfado como algo normal y a moverse fuera de el en lugar de quedarse atrapado.

- **No tomar el enfado como algo personal.** Los niños experimentan grandes emociones durante su desarrollo. Cuando están luchando por entender sus sentimientos no es el momento de tomar represalias.
Enseñar inteligencia emocional implica respirar hondo, ponerse en su lugar e intentar verlo desde su punto de vista.

2.13.12 . Resiliencia

La resiliencia es un conjunto de atributos y habilidades innatas para afrontar adecuadamente situaciones adversas, como factores estresantes y situaciones riesgosas. Algunos autores definen a la Resiliencia como la capacidad de respuesta inherente al ser humano, a través del cual se generan respuestas adaptativas frente a situaciones de crisis o de riesgo. Esta capacidad deriva de la existencia de una reserva de recursos internos de ajuste y afrontamiento, ya sean innatos o adquiridos. De este modo la resiliencia refuerza los factores protectores y reduce la vulnerabilidad frente a las situaciones riesgosas (abuso de drogas, suicidio, embarazo temprano, fugas de hogar, etc).

Algunas características de la resiliencia:

Habilidad para enfrentar eficaz y adecuadamente situaciones adversas y eventos traumáticos, además del desarrollo el potencial de ajuste individual o del sistema. Es dinámica, varía a lo largo del tiempo de acuerdo con las circunstancias. Con el desarrollo del individuo o del sistema y con la calidad de estímulos a los que están expuestos. Para nutrirse y fortalecerse requiere del apoyo social y de la disponibilidad de recursos, oportunidades y alternativas de ajuste como factores protectores. Si bien la resiliencia comprende una serie de características y habilidades de ajuste propias del individuo o sistema, por lo general se evidencia en situaciones adversas o de riesgo. Los seres humanos nacen con la capacidad de hacer frente a las demandas del ajuste de su medio, de desarrollar habilidades sociales y comunicativas, una conciencia crítica, autonomía y propósitos para el futuro. El desarrollo y el reforzamiento de la misma requieren de la estimulación contextual, familiar y de los pares. Estos niños suelen responder adecuadamente frente a los problemas cotidianos, son más flexibles y sociables, predominancia de lo racional, buena capacidad de auto-control y autonomía. En cuanto a lo familiar, no han sufrido separaciones o pérdidas tempranas y han vivido en condiciones económicas y familiares relativamente estables presentando con frecuencia características de personalidad o habilidades entre las que se puede mencionar: Adecuada autoestima y autoeficacia. Estos rasgos y habilidades pueden verse reforzados por la influencia positiva del medio familiar y el apoyo de otros adultos significativos en la vida del niño. Según Loesel (1992) los niños resilientes suelen vivir en un clima educacional abierto y con límites claros; cuentan con modelos sociales que motivan el enfrentamiento constructivo, comparten responsabilidades sociales y se ven estimulados por la existencia de expectativas de logros realistas por parte de los adultos.

Estrategias para su promoción en los niños y niñas hasta los 6 años de edad.

- Durante la niñez y la adolescencia se adquieren competencias y estrategias positivas para enfrentar las situaciones de conflicto, disminuyendo la probabilidad de conductas violentas en la edad adulta. Por lo

que, si en el entorno del niño y la niña y de su familia no se despliegan recursos para hombres y mujeres, que favorezcan su integración real, identificando los requerimientos de género, que resguarden equidad para la satisfacción de sus necesidades, (uso de los espacios públicos para el juego, deporte, recreación, cultura, convivencia, acceso al trabajo de los adultos, a servicios de apoyo a los cuidados de la infancia, salud, educación, vivienda, seguridad ciudadana, entre otros) el desarrollo de los niños y las niñas se verá significativamente alterado.

- Las estrategias de promoción dirigidas hacia los niños y las niñas consideran tanto el fomento de los factores protectores internos como externos. Los factores protectores internos están, relacionados con su proceso evolutivo y le permiten desarrollar herramientas personales para lograr un bienestar psicológico y social: conductas pro sociales, habilidades sociales, autoestima, capacidad para resolver problemas, autocontrol, autonomía, creatividad, sentimiento de control y de seguridad o “empoderamiento”, sentido positivo frente a la vida, respeto por sí mismo y por los otros.
- Fomentar interacciones vinculares sensibles, el juego solitario, con pares y con adultos, favorecer el contacto con el entorno físico y la naturaleza en espacios de encuentro, reforzar autoestima, enseñar hábitos en forma no coercitiva

En estas intervenciones es fundamental reconocer las diferencias de género, incorporando acciones tendientes a que el niño y la niña desarrollen habilidades interpersonales tales como la expresión de emociones, resolución no violenta de conflictos, roles compartido y simétrico.

2.13.13 Espiritualidad

Definición

El ser humano es, por su propia naturaleza, un ser teologal. Esto significa que la persona está orientada hacia el Amor y a recorrer la senda temporal que lo lleve a la comunión. La apertura al encuentro con el Tú divino y los tú humanos forma parte de la esencia misma del hombre. Es así que en la medida en que el ser humano responda a sus dinamismos más profundos, cooperando desde su propia libertad con el divino Plan inscrito en lo más hondo de su ser, estará respondiendo a la invitación de Dios para alcanzar su plenitud. Una espiritualidad de la vida cotidiana no implica otra cosa que buscar responder con coherencia y fidelidad a nuestra opción fundamental por el Señor Jesús. Es hacer de toda nuestra vida un verdadero gesto litúrgico (Puebla, 213), transformando toda nuestra existencia en un culto agradable a Dios (Rom 12, 1-2). Se trata, pues, de trascender la falsa dicotomía entre fe y vida, entre vida espiritual y actividad cotidiana, para integrarlas en experiencia y celebración de la fe en todas las circunstancias concretas de la propia existencia. Las actividades y trabajos de cada día, así como los momentos de esparcimiento y descanso, no deben ser ocasión de ruptura en nuestra opción cristiana, sino que deben ser integrados en una dinámica oracional, para convertirse, de esta manera, en instancias de crecimiento y maduración en la vida cristiana, según el Plan de Dios para cada uno. El creyente auténtico no se contenta con ser un cristiano de domingo, que se refiere a Dios tan solo en momentos especiales o en circunstancias extraordinarias. Es seguidor del

Señor a tiempo completo. Y es que la vida cristiana no puede vivirse de otra manera. Quien opta por el Señor Jesús no hace una opción más, muy importante quizás, pero al final de cuentas una opción más entre muchas. Se trata de una opción fundamental, una elección que va a la raíz, que apunta a la globalidad desde el núcleo íntimo. La recta opción cristiana es aquella en la que el Señor Jesús se convierte en la razón última de la propia existencia, donde busco encaminar todo mi ser en un camino configuraste con el Señor por medio del amor.

Diferencia entre espiritualidad y religiosidad.

La religiosidad y la espiritualidad son opuestas, antagónicas y excluyentes. La diferencia radica fundamentalmente en un factor psicológico: la actitud. Estoy de acuerdo con Marx cuando dice que la religiosidad “es el opio del pueblo”. Está soportada sobre el andamiaje del ego, y los pilares que la sostienen son la ignorancia, el apego y el miedo. Parte como una respuesta defensiva de la conciencia infantil y de las culturas primitivas y su principal motor es el miedo a una exterioridad peligrosa e implacable. La religiosidad es el camino del miedo, es lo que se construye y vive, cuando la vida carece de espíritu.

La religiosidad separa a Dios y el Ser. Esto conlleva a la negación de la experiencia espiritual, porque toda experiencia es íntima e interior. Queda expulsada así la variable que sostiene el andamiaje de una verdadera espiritualidad: el Espíritu, porque este solo puede ser vivenciado. Como consecuencia, aborda y exalta los actos externos (rituales, ayuno, limosnas y penitencias) y desconoce los internos (motivaciones, actitudes, experiencias). Y resulta que los actos externos en sí son pura vanidad: hay quien salva por egoísmo, quien reza por miedo, quien ayuna por lujuria, mientras que los actos internos determinan nuestra verdadera vivencia de las cosas. La religiosidad es una mercadería hecha para manipular, sobornar, comprar y hacer trueque con lo sagrado. El religioso vive pegado del pasado, el futuro y el más allá, y nos enajena del único momento y lugar donde puede vivir la inspiración del Espíritu: el presente. La espiritualidad, por el contrario, parte de una idea antagónica: lo sagrado inicia todo movimiento a través de la inspiración del Espíritu que mora en nuestro interior, mientras escuchamos atentamente y ponemos en acción lo que el Espíritu sugiere. La espiritualidad está basada en una confianza creciente que nos permite efectuar el salto inicial a la oscuridad, para encontrar lo sagrado en las partes más oscuras de nosotros mismos y de la vida. Esta confianza es el fundamento que catapulta las transformaciones de las que es capaz una persona con un verdadero camino espiritual, es su fortaleza. La espiritualidad rompe los ídolos, acaba con los ismos, renueva las cosas. No puede ser institucional, porque es íntima, no puede ser dogmática, porque está viva y la vida es cambiante e indómita en sus raíces. La espiritualidad, como el amor, es precisamente lo que no se vende ni se compra. La espiritualidad es más íntima que cualquier forma, está aquí y ahora, es inmediata. No es cuestión de indumentarias ni de collares, ni de túnicas, ni de barbas, ni de plumas. Es fiel a la tierra, al cuerpo y a la vida. Y si su máxima meta no es la realización del amor aquí y ahora, entonces no es espiritual. La espiritualidad nos hace más conscientes, amorosos, presentes, despiertos, humanos, realistas, libres de

miedo y más gozosos. Si no lo hace, entonces no es una verdadera espiritualidad; algo anda mal en la forma en que la estamos abordando.

Estrategias para su promoción en los niños de 6 años de edad.

Que el niño tenga a una comunión con Dios mediante las actividades espirituales, para el desarrollo del carácter semejante al divino.

Que el niño vea la integración de la fe en todas sus asignaturas.

Reforzar la espiritualidad del niño.

Enseñar a los niños la fidelidad en diezmos y ofrendas.

Desarrollar las facultades espirituales del personal.

Comprender sus responsabilidades morales para que se desarrollen como un ser personal que alaba a Dios en todo lo que hace.

Que el niño pueda ver a la Biblia como un libro fuente de toda verdad y de todos los valores morales donde él pueda confiar para enfrentar a la vida.

Que el niño pueda ver que los ideales de su escuela son los mismos que los ideales de la iglesia

2.13.14 Vínculo afectivo:

Es el sentimiento amoroso que se siente por otras personas y el placer de tenerlo [la] cerca, tocarlo o la, cojearla, soñar con él o con ella y otras acciones que resultan muy estimulantes. La forma más efectiva de los vínculos afectivos es el amor.

Si los niños no han experimentado caricias, abrazos, arrullos, apapachos y otras demostraciones sensibles de afecto, al llegar a la edad adulta pueden tener dificultad para relacionarse afectivamente con otras personas.

Los vínculos afectivos son aquellas partes que tomamos sentimientos hacia una persona animal o cosa, se manifiestan por medio de abrazos, hablando, halagando a la persona querida, con besos apasionados, entre otras cosas.

Son perturbaciones intensas que encienden el ánimo y nos ayudan a alcanzar grandes metas y a cumplir nuestros sueños, pero también pueden llegar a nublar la razón.

Se manifiestan por una alteración de ánimo intensa y pasajera que puede ser agradable o penosa, vienen acompañadas de conmoción y cambios físicos: sudan las manos, se enrojece la cara o de pronto palidecemos por un susto.

Revelan el estado de ánimo y nos permiten ver lo que sucede en nuestro interior por causas que nos impresionan vivamente. Los sentimientos nos invaden y a veces sin poderlos controlar, experimentamos gozo, alegría o tristeza.

Muchas veces cambia el comportamiento de ambas personas y ni siquiera se quieren ver porque sienten vergüenza, o en otros casos se quieren volver a ver porque quieren repetirlo.

Importancia

El principal vínculo y el más duradero de todos es habitualmente el que se da entre madre e hijo, y hablamos de un vínculo afectivo cuando se crea una relación basada en un amor recíproco entre ambos. Este vínculo será la base para las futuras relaciones que el niño o niña tendrá con las demás personas a lo largo de su vida. Desde que el bebé está en el vientre, la madre empieza a relacionarse con el bebé, siente sus movimientos, sus pataditas, le habla y comienza a pensar y a crearse imágenes sobre él, posteriormente cuando el bebé nace, la madre sentirá la necesidad tenerlo en sus brazos, de contemplarlo, acariciarlo, mecerlo y protegerlo. El contacto corporal, el intercambio de miradas y sonrisas entre la madre y el bebé y todas las expresiones de afecto entre ambos son las que irán formando el vínculo madre-hijo. El vínculo entre madre e hijo se produce como consecuencia de las repuestas de la madre al niño. El bebé empieza a reconocer y diferenciar a la persona que lo acompaña y lo cuida siempre, posteriormente mostrará preferencia por esa persona, estará contento con su compañía y se molestará cuando se ausente. Las investigaciones indican que un vínculo seguro entre la madre y el niño durante la infancia influye en su capacidad para tener relaciones sanas a lo largo de su vida. Por el contrario, la baja autoestima, la vulnerabilidad al estrés y los problemas en las relaciones sociales están asociados con vínculos poco sólidos. Si las experiencias de vínculo han sido negativas y graves, el ser humano es más propenso a desarrollar trastornos psicopatológicos. Son las interacciones madre-niño las que influyen en el desarrollo socio-emocional y en la conducta actual y futura de niños y niñas. La construcción de un vínculo afectivo seguro implica expresar el afecto, hacer sentir al niño o niña amado y especial, es decir hacerle sentir aceptado.

Estrategias de fortalecimiento

Desde la más tierna infancia los cuidados de la madre, el padre y/o el cuidador son fundamentales para el adecuado transcurrir evolutivo de los niños y las niñas. El cuidado, sostén, las experiencias afectivas mediadas por las caricias, la mirada, las palabras, la sonrisa, la calidez del contacto físico, la expresión de ternura y cariño de la madre, el padre y/o el cuidador hacia el bebé, marcan el inicio de la construcción de los primeros vínculos afectivos. El vínculo afectivo humaniza y es uno de los pilares para la construcción de cualquier sociedad, este vínculo es esencial para pensar en sujetos sanos emocionalmente y en una sociedad en la que sus integrantes puedan gozar de una adecuada calidad de vida.

Papel en el desarrollo de los niños y niñas.

a. De los 0-6 años es la edad en la que aprende más el ser humano en el jardín de niños aprenden habilidades y actitudes que son valoradas en la escuela, hogar y comunidad. Se les facilita el aprendizaje con juegos. La instrucción preescolar seguramente mejorara si se ofrecen más conocimientos acerca de la enseñanza dirigida al desarrollo y si se aumenta la fuerza de esta convicción, solo así podrá mejorar la forma de enseñar.

b. En esta etapa el niño observa e imita todo lo que mira. No diferencian entre el bien y el mal. Todas las experiencias que se tengan en la niñez, son de gran importancia en el desarrollo del niño, si las experiencias no fueron muy agradables, en un futuro esto afectará en la vida de las personas, y si por el contrario el niño

tuvo una infancia muy feliz llena de buenos recuerdo, tendrá un mejor futuro, claro que no siempre es así, debido a que también influye todo lo que lo rodea.

c. El jardín de niños es el espacio que tienen los infantes para jugar, socializar y conocer el medio ambiente. Aquí es donde ellos podrán aprender cosas nuevas o bien reforzar las cosas que fueron aprendidas en casa. La educadora tiene un papel muy importante ya que será la responsable del niño durante el tiempo que permanezca en el jardín, debe de ser tolerante con ellos y para nada discriminar, tratarlos a todos por igual sin importar raza o posición social. Pero no es ese su único trabajo sí no también debe interactuar con los niños, saber las necesidades de cada uno, prepararlo para su educación futura, darles a todos la oportunidad de que aprendan las mismas cosas, tomando en cuenta que no todos van aprender al mismo ritmo.

d. Las capacidades los niños las desarrollan dependiendo el medio ambiente en el que se desenvuelve, pero también tiene que ver la genética, ambas partes influyen en el desarrollo infantil Existen personas que no le toman la suficiente importancia a la niñez, siendo que deberían tomar en cuenta que es la etapa más importante del desarrollo debido a que surgen grandes cambios y se adquieren nuevas habilidades.

2.13.15 Metas del desarrollo

En parejas o tríos se trabajaron dos metas del desarrollo, que posteriormente son explicadas a los compañeros, en esta actividad era indispensable precisar la definición de cada meta e informar cómo se pueden potenciar o desarrollar éstas en los niños en una etapa del desarrollo determinada (neonato, lactante, preescolar, escolar).



Autoestima

Se define como lo que cada persona siente por sí misma, su juicio general acerca de sí. Expresa una actitud de aprobación o desaprobación (alta o baja autoestima) e indica en qué medida el individuo se siente capaz, digno y exitoso. El desarrollo del amor propio se produce por la interacción dinámica entre el temperamento innato del niño y las fuerzas ambientales, es decir todo el entorno de la crianza, que reaccionan a este. La autovaloración se aprende fundamentalmente en la familia; posteriormente intervienen otras influencias como la de la escuela, pero estas tienden a reforzar los sentimientos de valor o falta del mismo que el niño trae desde el hogar. Entre las estrategias importantes para desarrollar la autoestima están las de brindarle al niño posibilidades para desarrollar la responsabilidad, la oportunidad para elegir y tomar decisiones, el establecimiento de la autodisciplina, la aceptación de los errores y fracasos y una retroalimentación positiva en la que cada expresión facial, palabra, gesto o acción de los padres, profesores y adultos significativos, transmiten mensajes al niño sobre su propio valor.

Autonomía

Es gobernarse a sí mismo, es llegar a pensar por sí mismo con sentido crítico, es ser capaz de elegir, es la realización y vivencia de la mismidad, esto es, ser sí mismo. La construcción de la autonomía se prolonga durante toda la vida. Al nacer se es totalmente heterónomo, pero lenta y progresivamente, con el apoyo y estimulación en el ambiente hogareño, escolar y social se va progresando hacia la autonomía. Según las potencialidades individuales (determinadas genéticamente) y con el apoyo de los actores de su ambiente específico, se estimulará la singularidad de cada niño, niña o adolescente, lo que los hace diferentes o especiales, esto es, esa mismidad en un clima de libertad y respeto por los demás. El juego es la metodología natural para el desarrollo integral del niño y muy especialmente de su autonomía; ya que el niño toma interés por las personas y las cosas, adquiere destrezas y habilidades motrices e interactúa con los otros niños. También pueden incorporar normas y reglas sociales.

Creatividad

Se define como la capacidad de crear en lo personal, lo familiar, lo artístico, lo científico y lo social. En sentido humano, crear es organizar un conjunto de elementos en forma tal que se produzca un nivel de bienestar superior a aquel que estos elementos podrían producir por sí mismos separados, antes de ser organizados. Tal bienestar se refiere a tres maneras de satisfacción: el disfrute de lo creado, el interés (atención) por lo creado y la conveniencia de lo creado. La creatividad, como las demás metas del desarrollo, no es un destello, sino que se construye paso a paso, con base en la repetición de experiencias a lo largo de la vida, para lo cual es fundamental la acción estimulante y abierta de personas e instituciones como los padres, la familia extendida, la escuela y los medios masivos de comunicación social.

Felicidad

Es un estado del ser humano. Su definición es compleja. Una de las aproximaciones más convincentes es la que afirma que la felicidad es “lo que queremos”; que al decir “quiero ser feliz”, realmente se dice “quiero ser”. Lo anterior se puede expresar también como que la felicidad, entendida como un sentimiento eminentemente personal, se puede definir como el desarrollo pleno del potencial humano, la realización personal, cualquiera que sea el oficio que se desempeñe. De esta realización se deriva la armonía consigo mismo y con los demás y el gozo con las realizaciones propias o ajenas. Más que una meta a la cual hay que llegar, no tiene lugar ni término de tiempo. La felicidad no se aprende intempestivamente, no aparece de sí y de suyo, por generación espontánea. Como las demás metas del desarrollo, se desarrolla paso a paso, se construye y reconstruye permanentemente.

Solidaridad

Es el sentimiento que impulsa las personas a prestarse ayuda mutua, como la promoción de lo colectivo antes de cualquier otra consideración, que se traduce en la primacía del nosotros sobre el yo. La solidaridad podría ser considerada como sinónimo de fraternidad, adhesión, ayuda, apoyo, concordia y devoción. Es decir, es incorporar lo mejor del sentimiento humano al servicio de los demás. se construye día a día, momento a momento, y tiene como base el vínculo afectivo y los modelos adultos, lo que dará al niño y al adolescente seguridad y confianza en sí mismos y en los demás. Se construye con tiempo y voluntad, con base en modelos dignos de imitar y con la orientación educativa hacia la socialización, con el empleo de la metodología indispensable del juego infantil. El respeto, apoyo, estímulo y orientación al juego de los niños, con una solidaridad sugerida y estimulada en las actividades lúdicas, se va incorporando progresivamente en la cotidianidad infantil para construir la fraternidad lúdica inicialmente y, luego, la fraternidad social.

3. PROCESO DE APRENDIZAJE ORIENTAR LA ETNOEDUCACIÓN SEGÚN METODOLOGIAS Y CONTEXTO TERRITORIAL

3.1 ETNOEDUCACIÓN

3.1.1 Ley 115 de 1994. Artículo 55. DEFINICIÓN DE ETNOEDUCACIÓN.

Se entiende por educación para grupos étnicos la que se ofrece a grupos o comunidades que integran la nacionalidad y que poseen una cultura, una lengua, unas tradiciones y unos fueros propios y autóctonos. Esta educación debe estar ligada al ambiente, al proceso productivo, al proceso social y cultural, con el debido respeto de sus creencias y tradiciones.

PROYECTO VIVE LA EDUCACION

El proyecto “Vive la Educación” apoyado por Save the Children y el Consejo Noruego para los Refugiados, Canadá. El cual hace que la escuela sea más inclusiva y accesible en las áreas afectadas por el conflicto

Objetivos.

- Fomentar y acompañar el desarrollo de procesos de consulta, concertación y participación activa, al interior de cada grupo étnico para implementar proyectos educativos pertinentes a sus particularidades sociales, culturales, lingüísticas y territoriales.
- Establecer las rutas metodológicas de la articulación de los grupos étnicos con las secretarías de Educación y entidades de carácter público y privado que propicien la sostenibilidad de los procesos educativos generados, mediante la suma de competencias y recursos para el fortalecimiento de los mismos.

3.1.2 Metodología

La construcción de los proyectos etnoeducativos es un proceso fundamentalmente participativo, de consulta y concertación para el fortalecimiento de la cohesión social de los grupos étnicos en torno a la atención educativa a su población. Para ello, se diseñó un rutero de procesos y procedimientos metodológicos que inicia y se orienta a través de la consulta y concertación con los grupos étnicos para desarrollar los siguientes pasos: i) la formulación del proyecto etnoeducativo como guía de los procesos educativos decididos por un grupo étnico; ii) la implementación del proyecto etnoeducativo mediante el diseño y aplicación de modelos que correspondan a prácticas pedagógicas interculturales; (iii) el fortalecimiento del proyecto etnoeducativo mediante procesos de seguimiento, acompañamiento y evaluación a su implementación estrategias y acciones para su mejoramiento. Este rutero se complementa con la conformación de un tejido interinstitucional a través de alianzas y comités técnicos que propician la validación y sostenibilidad de los proyectos.

3.1.3 ¿Qué es un grupo étnico?

Son poblaciones cuyas condiciones y prácticas sociales, culturales y económicas, los distinguen del resto de la sociedad y que han mantenido su identidad a lo largo de la historia, como sujetos colectivos que aducen un origen, una historia y unas características culturales propias, que están dadas en sus cosmovisiones, costumbres y tradiciones.

Población objetivo

Grupos étnicos del país (indígenas, afrocolombianos, negros, palenqueros, raizales y rom).

Pueblo indígena: Es un conjunto de familias de ascendencia amerindia que comparten sentimientos de identificación con su pasado aborigen, manteniendo rasgos y valores propios de su cultura tradicional, así como formas de organización y control social propios que los distinguen de otros grupos étnicos.

Población Raizal: Población Ubicada en el Archipiélago de San ANDRES, Providencia y Santa Catalina, con raíces culturales afro-anglo-antillanas, cuyos integrantes tienen rasgos socioculturales y lingüísticos claramente diferenciados del resto de la población afrocolombiana.

Pueblo Palenquero: Población ubicada en el municipio de San Basilio de Palenque, departamento de Bolívar donde se habla palenquero, lenguaje criollo.

Pueblo Rom: Son comunidades que tienen una identidad étnica y cultural propia, se caracterizan por una tradición nómada, y tienen su propio idioma que es el romanes. Además cuentan con leyes y formas de organización social.

3.1.4 Estrategia

La estrategia de etnoeducación parte de los principios de autonomía, participación comunitaria, interculturalidad, diversidad lingüística, y cohesión social, fundamentada en la territorialidad. Estos principios están presentes en la educación propia, en la acción de la familia y la comunidad, en los saberes de los mayores y en los procesos de concertación de entre las autoridades tradicionales y el gobierno.

La estrategia de etnoeducación ha perfilado seis aspectos que deben considerarse en la revisión y la resignificación de los Proyectos Educativos Comunitarios –PEC :

1. Investigación, comprensión y articulación de los contextos, los saberes y los procesos de las diversas culturas que conviven en el territorio.
2. Reconocimiento de la diversidad epistémica y de las pedagogías propias como referentes base para la creación e innovación didáctica, la investigación y la producción de materiales educativos.
3. Comprensión de la lengua materna de los estudiantes, fortalecimiento de sus formas de enseñanza y de los procesos de transición para el aprendizaje de otras lenguas.
4. Desarrollo de procesos de investigación que motiven la sistematización de experiencias significativas y el uso de referentes pedagógicos e investigativos propios.
5. Evaluación crítica de herramientas, recursos pedagógicos y tecnológicos de distintas culturas, y de su uso en los procesos de enseñanza-aprendizaje, teniendo en perspectiva el fortalecimiento de la cultura propia.
6. Construcción colectiva de propuestas curriculares ancladas al territorio y a los procesos comunitarios que se articulen y aporten a las políticas educativas locales y nacionales

3.1.5 Instancias de concertación para el fortalecimiento de la política etnoeducativa.

- Comisión Nacional de Trabajo y Concertación de la Educación para los pueblos Indígenas (CONTCEPI) Decreto 2406 de 2007
- Comisión Consultiva De Alto Nivel (Decreto 3770 De 2008)

- Comisión Pedagógica Nacional De Comunidades Negras (Decreto 2249 De 1995)
- Consejos Comunitarios
- Organizaciones de base (cabildos y asociaciones de cabildos)
- Comisión Nacional de Diálogo- Pueblo Rom (Decreto 2957 de 2010)
- Comisiones Consultivas Departamentales

3.1.6 Panorama Regulatorio

Ley General de Educación 115 DE 1994	Señala las normas generales para regular el servicio público de educación que cumple una función social acorde a las necesidades e intereses de las personas, de la familia y la sociedad.
Decreto 804 de 1995	reglamentó la atención educativa para grupos étnicos, generando el reconocimiento de los currículos propios, alfabetos en lenguas nativas, la selección de etnoeducadores por las autoridades de dichos pueblos y el reconocimiento de la administración y gestión de las instituciones educativas.
Ley 70 de 1993	Propósito: establecer mecanismos para la protección de la identidad cultural y de los derechos de las comunidades negras de Colombia como grupo étnico, con el fin de garantizarles condiciones reales de igualdad de oportunidades; El artículo 39 de la mencionada ley establece la obligatoriedad de incluir en los diferentes niveles educativos, la Cátedra de Estudios Afrocolombianos, como parte del área de Sociales El artículo 14 de la Ley 115 de 1994 establece como obligatorio en los niveles de educación preescolar, básica y media, el fomento de las diversas culturas, lo cual hace necesario que se adopten medidas tendientes a su articulación con lo dispuesto en la Ley 70 de 1993
Decreto 1122 de 1998	Por el cual se expiden normas para el desarrollo de la Cátedra de Estudios Afrocolombianos, en todos los establecimientos de educación formal del país y se dictan otras disposiciones.
Directiva Ministerial N° 08	Da orientaciones para el proceso de reorganización

	de entidades territoriales que atienden población indígena.
Directiva Ministerial Nº 12	Se encuentran las orientaciones con la educación misional contratada

Principios y Fines: Ley 115 de 1994. Artículo 56. La educación de los grupos étnicos esta orientada por los principios y fines generales establecidos en la presente ley y tendrá en cuenta, además, los criterios de integralidad, interculturalidad, diversidad lingüística, participación comunitaria, flexibilidad y progresividad. Tendrá como finalidad alcanzar procesos de identidad, conocimiento, socialización, protección y uso adecuado de la naturaleza, sistemas y prácticas, comunitarias de organización, uso de lenguas vernáculas, formación docente e investigación en todos ámbitos de la cultura

3.1.7 Plan pedagógico:

Decreto 804 de 1995. Artículo. 3. Las entidades territoriales donde existan asentamientos de comunidades indígenas, negra y/o raizales se deberá incluir en los respectivos planes de desarrollo educativo, propuestas de etnoeducación para atender esta población teniendo en cuenta la distribución de competencias previstas en la ley 60 de 1993.

Dichos planes deberán consultar las particularidades de las culturas de los grupos étnicos atendiendo la concepción multiétnica y cultural de la Nación y garantizar el cumplimiento de lo dispuesto en el presente decreto.

Capítulo III Orientaciones Curriculares.

Artículo 14. El currículo de la etnoeducación, además de lo previsto en la Ley 115 de 1994 y en el Decreto 1860 del mismo año y de lo dispuesto en el presente Decreto, se fundamenta en la territorialidad, la autonomía, la lengua, la concepción de vida de cada pueblo, su historia e identidad según sus usos y costumbres. Su diseño o construcción será el producto de la investigación en donde participen la comunidad, en general, la comunidad educativa en particular, sus autoridades y organizaciones tradicionales.

El Ministerio de Educación Nacional, conjuntamente con los departamentos y distritos, brindará la asesoría especializada correspondiente.

Artículo 15. La formulación de los currículos de etnoeducación se fundamentará en las disposiciones de la Ley 115 de 1994 y en las conceptualizaciones sobre educación elaboradas por los grupos étnicos, atendiendo sus usos y costumbres, las lenguas nativas y la lógica implícita en su pensamiento.

Artículo 17. De conformidad con los artículos 55 y 86 de la Ley 115 de 1994, los proyectos educativos institucionales de los establecimientos educativos para los grupos étnicos, definirán los calendarios académicos de acuerdo con las formas propias de trabajo, los calendarios ecológicos, las concepciones particulares de tiempo y espacio y las condiciones geográficas y climáticas respectivas. Estos calendarios

deberán cumplir con las semanas lectivas, las horas efectivas de actividad pedagógica y actividades lúdicas, culturales y sociales de contenido educativo, señaladas en el artículo 57 del Decreto 1860 de 1994.

Artículo 18. En la organización y funcionamiento del gobierno escolar y en la definición del manual de convivencia en los establecimientos educativos para los grupos étnicos, se deberán tener en cuenta sus creencias, tradiciones, usos y costumbres.

Artículo 20. La elaboración, selección, adquisición de materiales educativos, textos, equipos y demás recursos didácticos, deben tener en cuenta las particularidades culturales de cada grupo étnico y llevarse a cabo en concertación con las instancias previstas en el artículo 10 el presente Decreto.

3.1.8 Componentes

Componente Conceptual:

- Resume el concepto de educación definido por el grupo o grupos étnicos.
- Función Cultural y social de la educación para el grupo étnico
- Principios y fundamentos
- Objetivos de la educación para el grupo o grupos étnicos
- Perfil colectivo de los estudiantes
- Política Lingüística

Componente Pedagógico

- Ciclos de aprendizaje o intensidad por ciclos.
- Contextos del aprendizaje
- Articulación del proyecto etnoeducativo con los lineamientos curriculares
- Calendario

Componente comunitario

- Articulación de la comunidad en los procesos pedagógicos.
- Instancias de toma de decisiones en los procesos educativos.
- Participación de las autoridades tradicionales y sabedores en los procesos educativos.

Componente metodológico

- En este componente se tendrá una lista con grupos étnicos parametrizados por el MEN con un campo numérico al frete para registrar el número de docentes etnoeducadores por grupo étnico.
- Perfil del etnoeducador.
- Perfil del directivo docente etnoeducador
- Procesos de formación de los etnoeducadores
- Tipo de infraestructura implementada de acuerdo a la cultura
- Procesos de formación comunitaria

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth, M. (1982). Attachment: Retrospect and prospect. En C. Parkes y J. StevensonHinde (Eds.), The place of attachment in human behavior. Nueva York: Basic Books.
- Ainsworth, M., Blehar, E., Waters, E. y Wall, S. (1978). Patterns of attachment. Hillsdale, NJ: LEA.
- Astington, J. (1993). The child's discovery of the mind. Trad. cast. El descubrimiento infantil de la mente. Madrid: Morata, 1998.
- <http://www.ucm.es/info/psicoevo/Profes/IleanaEnesco/Desarrollo/PsDesarrolloEnesco.pdf>
- Almudena. (2021, abril 26). Salud mental y emocional Infantil. Recuperado el 7 de agosto de 2021, de Invanep.com website: https://invanep.com/blog_invanep/salud-mental-y-emocional-infantil
- CDCespanol. (2021, marzo 15). Dormir bien. Recuperado el 7 de agosto de 2021, de Cdc.gov website: <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/survivors/healthy-living-guides/physical-health/sleep.htm>
- Decreto 1122 de Junio de 1998.Ministerio de Educación.(sf)Recuperado de https://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-86201_archivo_pdf.pdf
- Healthychildren.org(2020) Pediculosis (piojos) lo que los padres deben saber)Recuperado de website: <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/from-insects-animals/Paginas/signs-of-lice.aspx>
- Ileana Enesco (2001). Psicología del Desarrollo. www.enciclonet.es
- Iván Alberto Vergara Sinisterra , Monografias.com. (s/f). Proyecto Etnoeducativo Afrocolombiano (página 2). Recuperado el 7 de agosto de 2021, de Monografias.com website: <https://www.monografias.com/trabajos102/proyecto-etnoeducativo-afrocolombiano/proyecto-etnoeducativo-afrocolombiano2.shtml>
- www.renovacionmagisterial.org/boletin/boletin23/sa2.pdf
- MINISTERIOD DE SALUD(sf) Acrualización y Ajuste de la Escala Abreviada del Desarrollo-EAD-3.ISBN-978-958-5401-34-1.Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Escala-abreviada-de-desarrollo-3.pdf><https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Escala-abreviada-de-desarrollo-3.pdf>
- GENSINI GAVITO, Pautas del Desarrollo Infantil para los primeros 6 años.
- GRIFFITHS-GESELL, Guía del Desarrollo Evolutivo desde 1 mes hasta 5 años
- RAMIREZ, HUMBERTO; ARANGO ADRIANA; entre otros. EL NINO SANO. Universidad de Antioquia Grupo de Pediatría social.
- <http://www.facemama.com/lactancia/tecnicas-y-posiciones-para-amamantar.html#ixzz24cLYkijnZ>
- www.unicef.org.co/Lactancia/IAMI.htm
- WWW.ucaldas.edu.co/index.php?option=com-cantent.
- www.caminohaciadios.com/chd/htm/

- www.slideshare.net/...d-desarrollo-del-nio-comprocejo
- <http://www.mad.es/serviciosadicionales/ficheros/act-tema53.pdf>
- <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/bienestar/nutricion/pnsan/Resolucion%202465%20de%202016.pdf>
- <https://3enfdiurno.files.wordpress.com/2017/03/manual-extraccion-conservacion-leche-materna.pdf>
- MINISTERIO DE SALUD-GOBIERNO DE COLOMBIA (2017) Derechos Sexuales y Reproductivos en salud. Política Pública. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/derechos-sexuales-derechos-reproductivos-r1904-2017.pdf>
- Ley 100 de 1993. Diario Oficial 51527 13 de diciembre del 2020. Recuperado de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993_pr003.html
- MINISTERIO DE SALUD(2016)Ruta para Mejorar la salud Materna: Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Ruta-para-mejorar-la-salud-materna.aspx#:~:text=El%20objetivo%20de%20la%20ruta,salud%2C%20teniendo%20en%20cuenta%20el.>
- Ministerio de Educación Social. (2018) Atención educativa a Grupos Étnicos. Recuperado de: <https://www.mineduacion.gov.co/1759/w3-article-374739.html? noredirect=1>
- Ministerio de Salud. (2021). Grupos Étnicos. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/grupos-etnicos.aspx>
- Modelos y rutas de atención en Salud. (s/f). Recuperado el 7 de agosto de 2021, de Edu.co website: <https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/generales/interna>
- Desarrollo de rutas integrales de atención en salud. (2017, abril 5). Recuperado el 5 de agosto de 2021, de <https://www.youtube.com/watch?v=nN0KjC-X4EQ>
- RIA :: Políticas de Infancia Colombia. (s/f). Recuperado el 7 de agosto de 2021, de Com.uy website: <https://politicas-de-infancia-colombia.webnode.com.uy/estrategia-de-0-a-Siempre/ria/>
- Prácticas de Autocuidado y Crianza(2018). Recuperado el 5 de agosto de 2021, de Edu.co website: https://redes.colombiaaprende.edu.co/ntg/men/pdf/Practicas_de_Cuidado.pdf
- (S/f-d). Recuperado el 7 de agosto de 2021, de Gov.co website: https://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-85384_archivo_pdf.pdf
- Normativo, M. (s/f). ATENCIÓN EDUCATIVA A GRUPOS ÉTNICOS. Recuperado el 7 de agosto de 2021, de Gov.co website: https://www.mineduacion.gov.co/1759/articles-235111_Atencion_educativa_a_Grupos_Etnicos.pdf
- Proyectos Etnoeducativos - ...:Ministerio de Educación Nacional de Colombia:: (s/f). Recuperado el 7 de agosto de 2021, de Gov.co website: <https://www.mineduacion.gov.co/1621/article-235111.html>
- REQUERIMIENTOS AL SIGCE EN ETNOEDUCACION RESPECTO AL PEI, PMI Y PAM. (s/f). Recuperado el 7 de agosto de 2021, de Slideplayer.es website: <https://slideplayer.es/slide/3946412/>
- Unicef.(2020) Estrategia de Etnoeducación Recuperado de:Unicef.org website: https://www.unicef.org/colombia/sites/unicef.org.colombia/files/2020-04/Brief_Etnoeducacion.pdf