

Desarrollo moral

Los bebés asocian lo bueno y lo malo con el placer y el dolor. Lo que les da placer es bueno, ya que son demasiado jóvenes para razonar de otra manera. Cuando los niños reciben abundantes respuestas positivas de los padres tales como sonrisas, caricias, y tonos de voz de aprobación en esos primeros meses, aprenden que ciertas conductas son buenas o malas y que la consecuencia es el dolor o el placer. En los últimos meses y años, los niños pueden decir fácil y rápidamente según los cambios en las experiencias faciales de los padres y en sus tonos de voz si su conducta es aprobada o desaprobada. Cuanto menos placer y más frustración experimenta el niño en las interacciones con los padres, más importará son otras fuentes de producción de placer. Los niños entonces se arriesgan al enojo de los padres y hacen cosas que les gustan y desean aunque los demás las desaprobent.

Promoción y protección de la salud

Puntuación de Apgar. Los bebés recién nacidos pueden ser valorados inmediatamente según el sistema de puntuación de Apgar. Esto proporciona un indicador numérico de las capacidades fisiológicas del niño para adaptarse a la vida extrauterina. A cada uno de los cinco signos se le asigna una puntuación máxima de 2, de forma que la puntuación total que se puede lograr es de 10. Una puntuación por debajo de 7 indica que la situación del niño es crítica. La puntuación Apgar normalmente se lleva a cabo a los 60 segundos después del nacimiento y se repite a los 5 minutos. Los que tienen puntuaciones muy bajas requieren medidas especiales de resucitación y cuidado. Ver la Tabla 25-2.

Pruebas de detección selectiva del desarrollo. El desarrollo puede valorarse observando la conducta del niño y utilizando pruebas estandarizadas tales como las Pruebas de detección selectiva del desarrollo.

TABLA 25-2. Sistemas de puntuación de Apgar para la valoración del recién nacido

Signo	Puntuación		
	0	1	2
1. Frecuencia cardíaca.	Ausente.	Lenta (menor a 100 por min).	Superior a 100 por min.
2. Respiración.	Ausente.	Lenta, irregular.	Pulso regular, llanto.
3. Tono muscular.	Flácido.	Ligera flexión en las extremidades.	Movimientos activos.
4. Irritabilidad.	Ninguna.	Gesticulación.	Llanto.
5. Color.	Cuerpo pálido, cianótico.	Cuerpo rosa (para los bebés negros, mucosas rosas), extremidades azules.	Cuerpo totalmente rosa en los blancos, membranas mucosas rosas en los negros.

llo Denver (PSDD). Ver la Figura 25-5. El PSDD se utiliza para detectar a los niños desde el nacimiento hasta los 6 años de edad. La prueba está pensada para estimar las capacidades del niño comparándolas con las de un grupo medio de niños de la misma edad. El PSDD no da información diagnóstica sobre el problema de un niño, ni predice cómo se desarrollará un niño, y no se debe utilizar para asignar a un niño o un grupo de edad de desarrollo. Se detectan cuatro áreas principales del desarrollo: *personal-social, adaptativa motora fina, lenguaje, y motora bruta*. Para cada conducta se da una escala de edades que indican si el 25 %, 50 %, 75 % o 90 % de los niños realizan la tarea.

Los manuales del PSDD, los equipos y los formularios incluyen directrices para administrar la prueba. La prueba está pensada para ser realizada por profesionales, tales como enfermeras o psicólogos. Normalmente, se pide al niño que realice tareas de cada vez más dificultad. La realización de la prueba por el niño se puntúa entonces según las instrucciones.

Otro instrumento de detección, el Cuestionario de desarrollo de predetección de Dever (CDP), lo realizan los padres cuando no se puede realizar el PSDD. Consta de 97 preguntas agrupadas según la edad del niño. Los padres tienen que responder sólo a 10 preguntas. En muchas situaciones, se prefiere el CDP como instrumento inicial de detección a causa de su brevedad. Dependiendo de los resultados, entonces se puede realizar el PSDD.

Hay otras muchas pruebas de detección selectiva, por ejemplo, la Escala de Valoración de la Conducta Neonatal de Brazelton, que se centra en la conducta neonatal, y la Guía de Washington para promover el desarrollo en los niños pequeños.

Valoraciones de enfermería continuadas. Durante las valoraciones continuadas, la enfermera examina y observa al niño, escucha activamente al padre por si hay posibilidad de problemas o áreas de preocupación, y revisa con el padre la conducta esperada o las características de un grupo de edad en particular. Esta es una

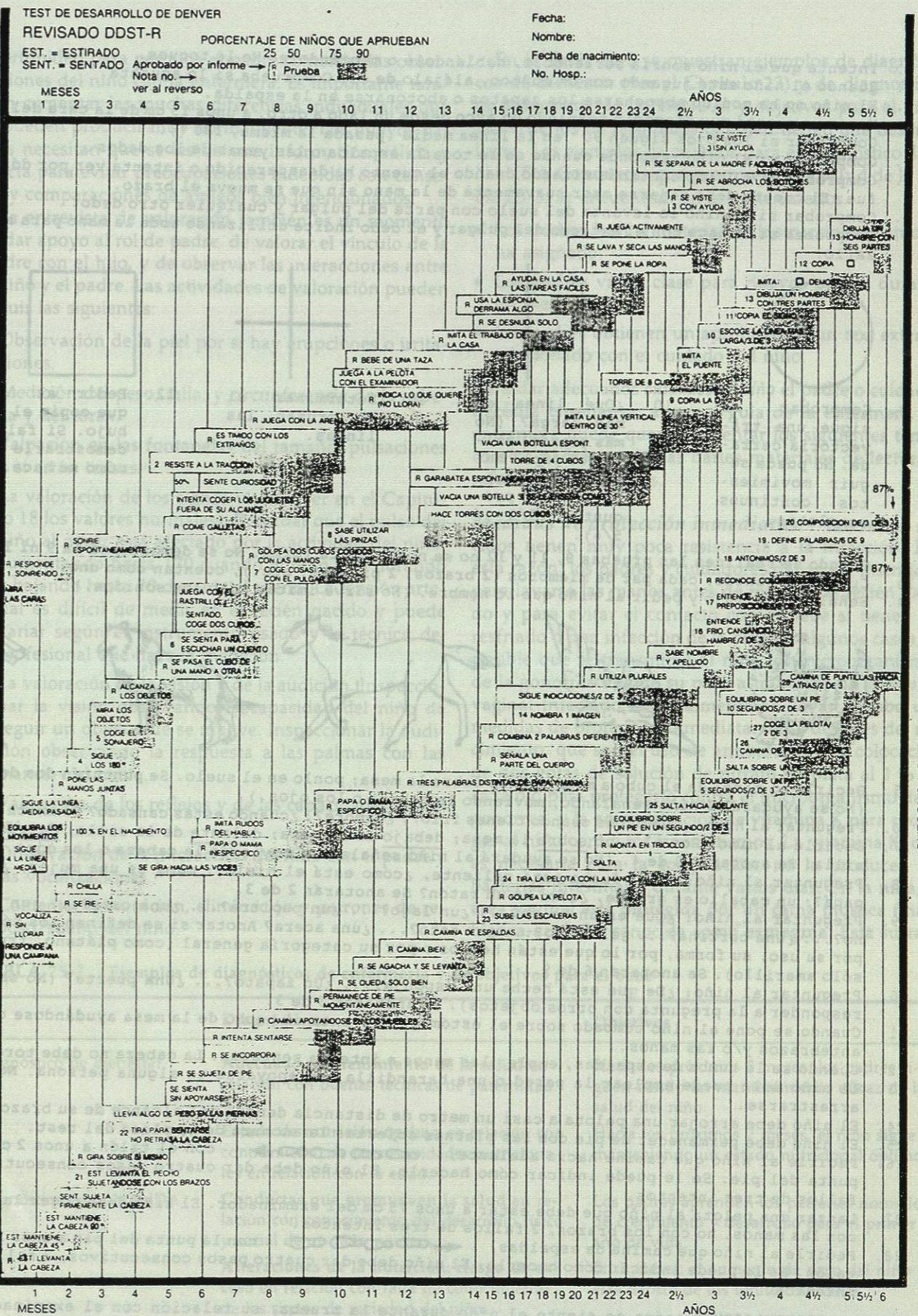
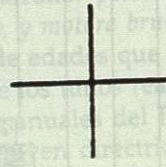
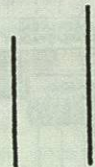


Figura 25-5. Impreso del Revised Denver Developmental Screening Test. (Test de desarrollo de Denver).

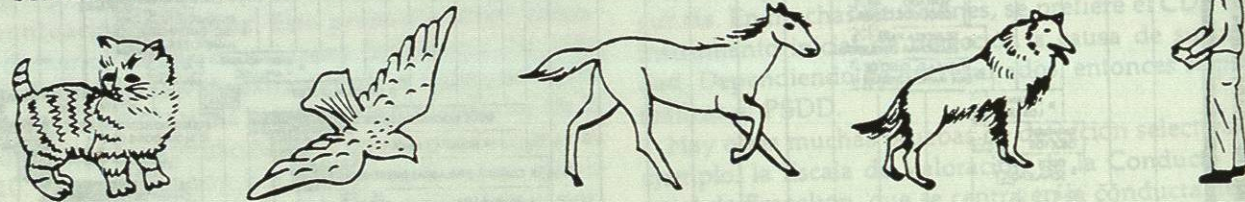
Fuente: Reimpreso con permiso de W. K. Frankenburg, University of Colorado Medical Center.

- Intenta que el niño sonría sorriéndole, hablándole o meciéndole. No le toques.
- Cuando el niño esté jugando con un muñeco, aléjalo de él. Comprueba si lo aguanta.
- El niño no ha podido abrocharse los zapatos o abotonarse en la espalda.
- Mover un cuento muy despacio formando un arco desde un lado a otro, a unos 15 cm de la cara del niño. Comprobar si los ojos siguen 90° en la línea media (pasada la misma, 180°).
- Comprobar si el niño responde cuando se le toca la espalda o las yemas de los dedos.
- Comprobar si el niño continúa mirando cuando el cuento ha desaparecido o intenta ver por dónde se fue. El cuento debe dejarse caer suavemente de la mano sin que se mueva el brazo.
- Comprobar si el niño lo levanta del suelo con parte del pulgar y cualquier otro dedo.
- Comprobar si lo hace con el extremo del pulgar y el dedo índice utilizando toda la mano para alcanzarlo.



- Comprobar si sigue una trayectoria cerrada. No puede seguir movimientos continuos completos.
- ¿Qué línea es más larga? (No más grande) volver el papel hacia abajo y repetir la pregunta (3/3 ó 5/6).
- Determinar si se cruzan las líneas.
- Pedir al niño que copie el dibujo. Si falla, demostrarle cómo se hace.

- Cuando se realicen las pruebas 9, 11 y 12 no se nombrará la forma. No se demostrará la 9 ni la 11. Cuando se puntúe, cada par de miembros (2 brazos, 2 piernas, etc.), cuentan como uno.
- Señalar el dibujo y pedir al niño que lo nombre. (No sirve imitar sólo los sonidos.)



- Decirle al niño: da el cubo a mamá; ponlo sobre la mesa; ponlo en el suelo. Se punturán dos de tres. (No se ayudará al niño señalando, moviendo la cabeza o los ojos.)
- Preguntar al niño: ¿Qué haces cuando tienes frío?, ¿hambre?, ¿cuándo estás cansado? Se anota 2 de 3.
- Decirle al niño: Pon el cubo sobre la mesa; debajo de la mesa; delante de la silla, detrás de la silla. Se anotarán 3 de 4. (No se ayudará al niño señalando, moviendo la cabeza o los ojos.)
- Preguntar al niño: Si el fuego está caliente, ¿cómo está el hielo?; mamá es una mujer, ¿qué es papá?; un caballo es grande, ¿cómo es un ratón? Se anotarán 2 de 3.
- Preguntar al niño: ¿Qué es un balón?... ¿un lago?... ¿un pupitre?... ¿una casa?... ¿un plátano?... ¿una cortina?... ¿el techo?... ¿un seto?... ¿una acera? Anotar si se definen los términos por su uso, su forma, por lo que están hechos o por su categoría general (como plátano, fruta, no sólo amarillo). Se anotarán 6 de 9.
- Preguntar al niño: ¿De qué está hecha una esponja?... ¿Un zapato?... ¿Una puerta? (No se puede responder a la pregunta con otros objetos). Se anotarán 3 de 3.
- Cuando se pone al niño tumbado sobre el estómago, levanta el pecho de la mesa ayudándose con los antebrazos y/o las manos.
- Cuando se le tumba de espaldas, emplea las manos e intenta sentarse. La cabeza no debe torcerse.
- El niño sólo puede emplear la pared o una barandilla, no apoyarse en alguna persona. No puede arrastrarse.
- El niño debe arrojar una pelota a casi un metro de distancia dentro del alcance de su brazo.
- El niño debe permanecer de pie con las piernas abiertas la anchura de la placa del test.
- Pedirle al niño que camine hacia adelante, con el talón a unos 2 cm de la punta del pie. Se le puede indicar cómo hacerlo. El niño debe dar cuatro pasos consecutivos, 2 fallos de tres intentos.
- Lanzar una pelota al niño que debe estar a unos 75 cm del examinador. El niño debe coger la pelota con las manos, no con los brazos, 2 fallos de tres intentos.
- Pedirle al niño que camine de espaldas, con la punta del pie a unos 2 cm del talón. Se le puede indicar cómo hacerlo. El niño debe dar cuatro pasos consecutivos, 2 fallos de 3 intentos.

DATOS Y OBSERVACIONES (cómo se siente el niño durante la prueba, su relación con el examinador, la atención que presta, su conducta verbal, su autoconfianza, etc.):

Figura 25-5. (continuación)

oportunidad para permitir al padre comentar las observaciones del niño con la enfermera. Es importante también comentar las muchas diferencias individuales que se pueden producir muy normalmente. Los nuevos padres necesitan que se les de una información válida y exacta para evitar preocupaciones indebidas con consejos y comparaciones de amigos bien intencionados.

La entrevista de valoración también es un momento de dar apoyo al rol de padre, de valorar el vínculo de la madre con el hijo, y de observar las interacciones entre el niño y el padre. Las actividades de valoración pueden incluir las siguientes:

- Observación de la piel por si hay erupciones o irritaciones.
- Medición del peso, talla, y circunferencia de la cabeza y del torax.
- Palpación en las fontanelas del tamaño, pulsaciones y si están tensas.
- La valoración de los signos vitales (ver en el Capítulo 18 los valores normales). Recordar que el pulso del niño al nacer está afectado por la actividad del niño, aumentando hasta 170 cuando el niño está llorando y bajando hasta 70 durante el sueño. La tensión arterial es difícil de medir en el recién nacido y puede variar según el instrumento usado y la técnica del profesional que hace la medición.
- La valoración de la visión y de la audición. Inspeccionar la visión observando la capacidad del niño de seguir un objeto que se mueve. Inspeccionar la audición observando la respuesta a las palmas con las manos y al habla.
- Valoración de los reflejos y de las capacidades motoras.
- Observación de la interacción del niño con el padre y las vocalizaciones.
- Comentar la nutrición, eliminación y patrones de reposo/sueño del niño.

En la Tabla 25-3 se muestran ejemplos de diagnósticos de bienestar (ver el Capítulo 23) y de diagnósticos de enfermería de la NANDA: y objetivos para el niño. Los criterios de resultados también tienen que desarrollarse. Los ejemplos de criterios para el diagnóstico de la NANDA Conductas que promueven la salud de la Tabla 25-3, se encuentran en la parte inferior.

- Los padres leen el material de instrucciones como se ha asignado.
- Los padres van a clase para nuevos padres durante un mes.
- Los padres obtienen un aprobado en un text extenso relacionado con el cuidado del niño.

Para dar adecuados cuidados al niño el padre o cuidador necesita enseñanza, apoyo y guía de la enfermera. La enfermera puede querer comentar los siguientes temas con los padres y además darles materiales de lectura y referencias adecuadas.

Medidas de protección inmediatas. Los recién nacidos tienen muy poca resistencia a la infección. Por esta razón, los padres y cuidadores deben ser instruidos para lavarse las manos antes de manejar al recién nacido y para evitar el contacto con el bebé si tienen un resfriado o una infección de la piel. En algunos casos, es posible que se transmitan al niño los microorganismos de la gonorrea duante su paso a través de un conducto vaginal infectado. Normalmente se llevan a cabo dos medidas de protección inmediatamente después del nacimiento, que son el uso de antibióticos o la colocación de dos gotas de solución de nitrato de plata al 1 % en cada ojo para protegerlo contra el microorganismo de la gonorrea, y la administración de vitamina K para proteger al niño contra los traumatismos. La vitamina K, que es necesaria para la coagulación, no la producen las bacterias intestinales durante varios días. En la niña, el área vaginal está protegida por un cama musoca fina y blanca-azulada, conocida como **esmegma**. Esta sustan-

TABLA 25-3. Ejemplos de diagnósticos de enfermería y de objetivos para el bebé

	Diagnósticos	Objetivos
Diagnóstico de bienestar	Adecuado mantenimiento de la salud en relación con buenas técnicas de paternidad.	Hacia los próximos 2 meses, los padres siguen dando un mantenimiento eficaz de la salud del niño.
	Estado de nutrición óptimo en relación con conocimiento de las necesidades nutricionales en relación con la edad.	Hacia los próximos 2 meses, el niño sigue manteniendo un estado nutricional óptimo.
Diagnóstico de la NANDA	Conductas que promueven la salud en relación con conocimiento del desarrollo físico y social de un niño normal.	Los padres aprenden los patrones normales de crecimiento y desarrollo para el primer año de vida.
	Alteraciones de la nutrición: riesgo de exceso en relación con falta de conocimiento de los signos de saciedad del niño.	En 2 meses, el aumento de peso del niño está dentro de los límites normales.

cia mucosa protege a la vagina de las infecciones fúngica y bacteriana.

Visitas de mantenimiento de la salud. Los bebés deben realizar visitas de cuidado preventivo 2 semanas después del nacimiento y a los 2, 4, 6, 9 y 12 meses de edad. Estas visitas de mantenimiento de la salud son necesarias para las actividades de promoción de la salud tales como el mantenimiento de una dieta adecuada, actividades de protección de la salud tales como las vacunas, y para la detección precoz de problemas tales como la detección de tuberculosis. Ver la programación de mantenimiento de la salud de la Tabla 25-4.

Vacunación. La vacunación contra las enfermedades transmisibles es una medida de salud preventiva abo-

TABLA 25-4. Programación de mantenimiento de la salud

Actividades de enfermería	Edades
Valoraciones.	2 semanas; 2, 4, 6, 9, 12 y 18 meses; 2, 3, 5, 8, 11, 13, 15 y 17 años.
Historia completa y examen físico.	Primera visita, después, historia del intervalo.
Vacunación (DTT, OPV, SPR, Td).	Según programación.
Serología de la rubeola.	Prepubertad (niñas no vacunadas).
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo B.	24 meses.
Prueba de la tuberculina.	1, 3, 5, 11 y 15 años.
Hemoglobina/hematocrito.	1, 4, 9, 12, 14 y 16 años.
Detección de plomo.	2 años.
Análisis de orina.	6 meses; 2, 3, 4, 5, 6, 9-10, 11-12, 13-15 y 15-18 años.
Cultivo de orina.	3 y 8 años.
Tensión arterial.	4 años y en cada visita siguiente.
Visión/audición.	1, 4 y 6 meses; 1, 3 y 6 años y en cada visita siguiente.
Lenguaje.	2, 3 y 5 años.
Dental.	6, 7-8, 13-15 y 15-18 años.
Escoliosis.	9-10, 11-12, y 13-15 años.
Asesoramiento (nutrición, cuidados físicos, preocupaciones psicosociales, educación sexual, seguridad, interacción familiar).	Cada visita.

Fuente: S. R. James and S. R. Mott, *Child Health Nursing: Essential Care of Children and Families*. (Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley Publishing Co., 1988), pág. 314. Usado con autorización.

gada por los centros del gobierno de los Estados Unidos y Canadá.

Los bebés recién nacidos tiene limitada la capacidad de producir anticuerpos hasta que tienen 3 meses de edad. Sin embargo, durante los últimos meses de embarazo, ciertos anticuerpos de la madre pasan a través de la placenta, dando así al niño algo de inmunidad pasiva. Esta inmunidad es temporal; así que es vital practicar una buena higiene alrededor de los niños, esterilizar sus biberones, y no exponerlos a personas infectadas.

A los 2 ó 3 meses de edad, los niños deben recibir sus primeras vacunaciones. Los antígenos en la forma de **vacunas** (microorganismos vivos o muertos) o **toxoides** (toxinas destoxificadas) se administran para inducir la inmunidad activa. La Tabla 25-5 y 25-6 muestran las vacunaciones aconsejadas en los Estados Unidos y Canadá. Las vacunaciones se necesitan para proteger a los niños de los microorganismos que producen la difteria, tosferina y tétanos. La vacunación se da en una vacuna combinada de toxoides de tétanos y difteria y vacuna de la tosferina (DTT). Los bebés también requieren la vacuna de la poliomielitis que se da por vía oral. En los Estados Unidos y Canadá los bebés normalmente reciben vacunas de DTT aproximadamente a los 2, 4 y 6 meses y la vacuna de la poliomielitis a los 2 y 4 meses. La vacuna del sarampión-rubeola o una combinación de sarampión-papera-rubeola se recomienda a la edad de 1 año, además de la prueba de la tuberculina para determinar la exposición al bacilo de la tuberculosis. En algunas áreas, también se da la vacuna de la viruela entre el tercer y decimosegundo mes.

El *aemophilus influenzae* tipo B (Hib) es una infección bacteriana que se produce normalmente en niños por debajo de la edad de 5 años. Es la causa principal de meningitis bacteriana (una infección de la cobertura del cerebro) en este grupo de edad. La meningitis bacteriana es letal en cerca del 5% de los casos, y muchos de los niños que sobreviven tienen alguna lesión cerebral permanente, que puede producir retraso mental, sordera, parálisis, u otros problemas graves. Otras formas de infección por Hib incluyen la neumonía y epiglotitis (una inflamación de la entrada de las cuerdas bucales en la garganta), que cuando es grave puede requerir cirugía de urgencia para prevenir la asfixia. La infección del Hib se propaga por la tos, estornudos o contacto cara a cara estrecho.

Las vacunaciones no se dan normalmente a personas con temperatura elevada; sin embargo, las infecciones leves, tales como un resfriado sin fiebre, no contraindicar las vacunaciones. La reacción más frecuente a una vacunación es una temperatura ligeramente elevada; ocasionalmente una reacción puede ser más grave: temperatura elevada, adormecimiento e incluso convulsión. Los médicos tienen que ser consultados si la persona vacunada tiene una reacción grave o si sigue sintiéndose mal 48 horas después de la vacunación.

Los riesgos de las vacunaciones incluyen efectos se-

TABLA 25-5. Programación recomendada para vacunación activa de los bebés y niños normales

Edad recomendada *	Vacuna(s) †	Comentarios
2 meses.	DTT-1 &, OPV-1 Ç	Puede darse antes en áreas muy endémicas.
4 meses.	DTT-2, OPV-2	El intervalo deseado entre las dosis de OPV es de 6 semanas a 2 meses para evitar interferencias.
6 meses.	DTT-3	Es opcional es este momento una dosis complementaria de OPV para su uso en áreas con alto riesgo de exposición a la polio.
15 meses r,	SPR **, DTT-4, OPV-3	Completar las primeras series.
24 meses.	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo B	Puede darse a los 18-23 meses a niños en mayor riesgo.
4-6 años ^	DTT-5, OPV-4	Preferentemente antes de entrar en el colegio.
14-16 años	Td ^^	Repetir cada 10 años durante toda la vida.

* Estas edades recomendadas no deben ser tomadas como absolutas; esto es, 2 meses pueden ser 6-10 semanas, por ejemplo.

† Para todos los productos utilizados, consultar en el proceso del envase las instrucciones de almacenamiento, manipulación, y administración. Los productos inmunobiológicos preparados por diferentes fabricantes pueden variar, y los del mismo fabricante pueden cambiar cada vez. El prospecto debe seguirse para cada producto específico.

& DTT-Difteria y toxoide tetánico y vacuna de la tosferina.

Ç OPV-Vacuna oral de poliovirus atenuados que contiene poliovirus de los tipos 1, 2 y 3.

r, La administración simultánea de SPR, DTT, y OPV es adecuada para clientes cuyo cumplimiento de los cuidados recomendados no puede asegurarse.

** SPR-Virus del sarampión, papera y rubeola en una vacuna combinada.

^ Hasta el séptimo cumpleaños.

^^ Td-toxoide tetánico para adulto y toxoide de la difteria en combinación que contiene la misma dosis de toxoide tetánico como la DTT o la DT y una dosis reducida de toxoide de la difteria.

Fuente: Nuevas pautas de vacunación emitidas por el CDC, *Hospital Practice*, marzo, 1983, 18:1000. Reimpreso con permiso (pág. 610 del inglés).

cundarios y complicaciones potenciales, la contaminación del suero con microorganismos distintos a los antígenos deseados, el empeoramiento de una enfermedad natural, y el fracaso en la protección contra la enfermedad. La vacunación de una persona cuya resistencia a la infección esté disminuida o que sea alérgica a la vacuna podría dar como resultado la muerte. Las enfermeras que administren vacunas deben conocer las indicaciones, almacenamiento, dosis, preparación y contraindicaciones de cada una de las vacunas que se van a administrar. Los departamentos de servicios de salud pública nacionales disponen de pautas y precauciones específicas para las vacunaciones.

Seguridad. La planificación de la prevención de accidentes es esencial. Aunque los bebés son completamente dependientes de otros para su cuidado, aprender pronto a rodar de lado a lado, a poner objetos en sus bocas, y a gatear. Son inconscientes de peligros tales como caerse o ingerir sustancias dañinas. Los accidentes son la sexta causa de muerte durante la infancia y una de las principales causas de muerte después del primer año de vida. Se debe aconsejar a los padres que los niños tienen que ser constantemente vigilados. Para prevenir las caídas, los cuidadores nunca deben dejar

a un bebé sin atención en una mesa de vestir ni en ninguna superficie elevada sin laterales. Para prevenir las quemaduras, los padres y cuidadores tienen que comprobar la temperatura del agua del baño antes de bañar al niño, evitar manipular líquidos calientes cerca del bebé, y mantener al bebé protegido del sol. Además, antes de llevar al bebé a casa desde el hospital, los padres tienen que comprobar un asiento para el coche aprobado estatalmente, que se debe utilizar continuamente.

En los Estados Unidos, las normas de seguridad en la cuna fueron reguladas en febrero de 1974. Todas las cunas fabricadas después de esa fecha deben cumplir ciertos estándares especiales. Las normas regulan el espacio entre las tablillas (no más de 2 cm), el tamaño de la cuna y del colchón, la altura de los laterales de la cuna, y el uso de pintura sin plomo. Los padres deben ser avisados de que el mobiliario de segunda mano o prestado fabricado antes de 1974 puede no cumplir estos estándares.

Recientemente, el corralito tradicional ha sido sustituido por corrales de madera extensibles, que dan un área de juego mayor y más portátil. Estos espacios de juego han dado como resultado lesiones, porque los niños pueden utilizar las aperturas como peanas para es-