

TABLA 25-6. Programación de vacunaciones de rutina para bebés y niños—Canadá

Edad	Producto de vacunación
2 meses.	Difteria-tosferina-tétanos, poliomielitis.
4 meses.	Difteria-tosferina-tétanos, poliomielitis.
6 meses.	Difteria-tosferina-tétanos, poliomielitis.
12 meses.	Sarampión-paperas-rubeola *
18 meses.	Difteria-tosferina-tétanos, poliomielitis <i>haemophilus influenzae</i> tipo B **
4-6 años.	Difteria-tosferina-tétanos, poliomielitis.
14-16 años.	Difteria ***

† Esta dosis puede omitirse si se utiliza exclusivamente vacuna oral de la polio viva.

* La vacuna de la rubeola también está indicada para todas las niñas y mujeres en edad de procrear a las que les falla la prueba de la inmunidad. En todas las visitas médicas, se debe tener la oportunidad de comprobar si las niñas y las mujeres necesitan la vacuna de la rubeola.

** A todos los niños entre 18 y 24 meses se les debe administrar una dosis única de vacuna conjugada del *Haemophilus influenzae* tipo B. Los niños entre 25 y 60 meses deben ser tenidos en cuenta para su vacunación, especialmente los que están en centros de cuidados de día y los que están en riesgo de enfermedad invasiva de Hib. La vacuna conjugada se debe dar en la primera visita a un niño de más de 18 meses que sea improbable que vuelva para una vacunación posterior. La vacuna conjugada y la de la difteria-tosferina-tétanos (DTT) se puede poner simultáneamente en diferentes puntos.

*** El toxoide del tétanos y difteria (Td), una combinación del «tipo adulto» para su uso en personas de 11 años o más, contiene menos toxoide de la difteria que las preparaciones que se dan a niños pequeños y es menos probable que produzca reacción en las personas mayores.

Fuente: National Advisory Committee on Immunization, Canada, *Canadian Immunization Guide* 3d ed., Catalog No. H49-8/1989 E (Ottawa: Minister of National Health and Welfare, Canada Health Protection Branch, Laboratory Centre for Disease Control 1989), págs. 26-27.

calar. Los niños también han sufrido lesiones por meter la cabeza a través de esas aperturas y habiéndose estrechado sus lados sobre ellos. Los corrales con lados de red disminuyen este tipo de lesión, pero aún así tienen peligro. El tamaño del entramado de la red debe ser lo suficientemente pequeño como para que el niño no pueda pillarse en ella las nalgas. Los lados del corral deben estar subidos cuando se deja en él al niño. Dejar bajado un lado aumenta el riesgo de asfixia si el niño se queda pillado entre el colchón y la red.

Durante el primer año de vida, los bebés aprenden a gatear y a ponerse de pie. Esa actividad les permite el acceso a una gran variedad de riesgos potenciales. Los padres pueden tener que ayudar a identificar los riesgos potenciales en y alrededor de la casa y se les debe animar a que eliminen todos los peligros en previsión del desarrollo del niño. La enfermera debe animar a los padres a que realicen un curso de primeros auxilios que

incluya resucitación cardiopulmonar, actuaciones para la obstrucción de la vía respiratoria, y la identificación de riesgos comunes en el hogar. Como resultado de ello, tendrán más conocimientos y estarán mejor preparados para proteger al niño de accidentes y lesiones. Los accidentes comunes durante la infancia incluyen quemaduras, asfixia, accidentes de automóvil, caídas, intoxicación y ahogamiento. Ver en la Tabla 25-7 de la pág. 650 una lista de riesgos potenciales para los niños y medidas de prevención.

Cuidado de la piel. El bebé depende de los padres o cuidadores para el cuidado de la piel. Se sugieren baños con esponja para el recién nacido, ya que no se consideran necesarios los baños diarios en la bañera. La frecuencia del baño depende del tipo de piel del niño (seca, normal, o grasa). Por ejemplo, los niños con piel seca se deben bañar con menos frecuencia. Otros factores a ser considerados incluyen el horario del niño y la temperatura ambiental. Después del baño, el bebé debe ser secado inmediatamente y envuelto. Se debe avisar a los padres de que la capacidad del niño para regular la temperatura corporal no se ha desarrollado todavía completamente. Los bebés sudan muy poco y los escalofríos comienzan a una temperatura más baja que en los adultos; por consiguiente, pierden más calor antes de que empiecen los escalofríos. Además, como la superficie corporal del bebé es muy grande en relación con la masa corporal el cuerpo pierde calor rápidamente (Guyton 1986, pág. 1003). Por consiguiente, el bebé debe vestirse adecuadamente y taparse con una manta. Se recomienda una habitación sin corrientes con temperaturas entre 20.0 °C y 24.4 °C.

Los padres y cuidadores también deben saber que los niños pueden estar demasiado abrigados. La **miliaria rubra** (escozor por el calor) es un problema cutáneo común que se produce en los días calurosos y húmedos y que se produce por bloqueo de las glándulas sudoríparas. Los recién nacidos son especialmente susceptibles porque no transpiran hasta después de 1 mes de edad. La erupción se puede producir en cualquier parte del cuerpo que esté sobrecalentada. El escozor por calor se puede prevenir manteniendo al bebé fresco y seco. Para prevenir la erupción, el cuidador puede suprimir el exceso de ropa, darle un baño templado con la esponja o cambiar al niño a un ambiente más fresco.

Nutrición. Cubrir las necesidades nutricionales del bebé es una de las principales preocupaciones de los padres y cuidadores. Los buenos hábitos nutricionales comienzan en la infancia y son una de las mejores prácticas preventivas de que se dispone (James y Mott 1988, pág. 116). Las enfermeras tienen que conocer las ideas de los padres con respecto a las prácticas nutricionales. Estas ideas pueden incluir preferencias culturales y técnicas además de variaciones individuales. La enfermera también debe comentar algunos de los mitos comunes

TABLA 25-7. Riesgos potenciales y medidas preventivas para recién nacidos y bebés (Del nacimiento a 1 año)

Riesgo potencial	Acciones preventivas
Asfixia en la cuna.	No poner almohadas, exceso de mantas, plásticos, o cualquier cosa que pudiera asfixiar al niño en la cuna.
Estrangulación por objetos que cuelgan alrededor del cuello.	No colgarle el chupete ni nada que pueda producir estrangulación alrededor del cuello del niño.
Ahogamiento por aspiración de leche o ingestión de objetos.	Sujetar al niño en el momento de la alimentación. No dejarle solo con el biberón. Darle sólo juguetes blandos y grandes que no tengan partes que el niño puede quitar, tragar ni aspirar. Cortar los alimentos sólidos en trozos pequeños, y no dar de comer al niño cacahuets ni palomitas. No dejar a los niños sin vigilancia mientras comen. Sujetar a los niños relativamente derechos mientras están mamando o alimentándose de un biberón y hacer que los niños mayores coman sólo cuando se sientan. Mantener los alfileres, botones y clavos lejos del alcance de los niños. Es natural que el niño ponga dichos objetos en su boca.
Caídas.	No dejar solo al niño en el baño, en la cama ni en la mesa, ni en ninguna parte de donde pueda rodar ni caer. Mantener siempre una mano sobre el niño. Mantener siempre subidos los lados de la cuna cuando no se sujete al niño. En las escaleras, agarrar al niño con las dos manos. Cuando el bebé empieza a gatear, poner protectores en la parte de arriba y de abajo de las escaleras y poner pantallas en las ventanas. Supervisar constantemente a los niños cuando estén en un andador, saltador, columpio, o silla alta.
Accidente de automóvil	Utilizar un asiento de coche autorizado para sujetar a los niños en el automóvil. Colocar al niño en el asiento de atrás.
Quemaduras	Comprobar siempre el agua del baño antes de meter al niño. Eliminar los riesgos potenciales tales como el café caliente cuando el niño está sentado en el regazo. Volver las asas de las cazuelas hacia la parte de atrás del horno y utilizar los quemadores de atrás. Quitar los mandos de los quemadores si están al alcance del niño. Vallar los hornos de leña y las estufas portátiles. Proteger al niño de las quemaduras del sol. Evitar fumar alrededor del niño.
Cortes, heridas punzantes, hematomas y otras lesiones.	Colocar topes en la cuna para impedir que el niño ponga la cabeza entre los listones; los listones no deben estar separados más de 2 cm. Poner toallas para rellenar los espacios que dejan los colchones que encajan mal entre el colchón y los lados de la cuna para impedir que los niños se pillen los brazos o las piernas entre ellos. Mantener las puntas de los imperdibles de los pañales lejos de la piel del niño. Cortar las uñas de los niños mientras duermen; las tijeras afiladas pueden arañarlos. Utilizar sólo botellas y tazas de plástico; el cristal roto es un riesgo. Asegurarse de que los juguetes no tiene bordes afilados. Mantener el equipo peligroso tales como ventiladores y humidificadores fuera del suelo y fuera del alcance del niño, y quitar los objetos peligrosos de los mostradores y mesas. Subir los lados del corral y utilizar corrales con los lados de red.
Shock eléctrico.	Cubrir los enchufes. Enrollar los cables para mantenerlos fuera del alcance.
Intoxicación.	Poner las plantas, los limpiadores y los usos de basura fuera del alcance del niño. Cerrar los armarios que contengan venenos potenciales (medicinas, pintura y gasolina). Guardar el biberón en un lugar frío y seco para impedir que se estropee.

en los que pueden creer los padres. Uno, de ellos es que «un niño gordo es un niño sano». La obesidad es un problema común entre los niños, y algunos padres pueden creer todavía falsamente que un niño con sobrepeso representa una paternidad lograda y una buena salud. Los padres tienen que ser educados con respecto a los peligros de sobrealimentar a los niños, ya que la obesidad puede impedir el desarrollo normal y poner al niño en riesgo de futuros problemas de salud.

Las necesidades de líquidos y nutrientes de los neonatos se cubren mediante la leche materna o el biberón. Los recién nacidos pueden tener hambre poco después del nacimiento o pueden no desarrollar el apetito durante 1 ó 2 días. La capacidad de su estómago es de unos 90 ml, y se requiere las tomas cada 2 1/2 a 4 horas. La inquietud, el llanto, y el movimiento de la cabeza son conductas que pueden indicar que el niño tiene hambre. Los requisitos nutricionales diarios del recién nacido son de unos 80 a 100 ml de leche materna, o biberón, por kilo de peso corporal. Los neonatos que sudan excesivamente en ambientes muy cálidos pueden requerir líquidos complementarios. En estos casos, puede prescribirse agua. Las prácticas varían con respecto a la alimentación inicial del recién nacido. Algunos recién nacidos son alimentados inmediatamente después del parto; a otros no se les da la primera toma hasta que pasan 12 horas. Si no se dan las tomas se pueden sustituir por agua estéril o una solución de glucosa en agua. Recientemente, se ha observado que los niños alimentados precozmente pierden menos peso y tienden a coordinar su succión y deglución más eficazmente (Schuster y Ashburn 1986, pág. 113).

El niño recién nacido habitualmente se alimenta «a demanda». Un horario de alimentación a demanda significa generalmente que se alimenta al niño cuando tiene hambre. Este método tiende a disminuir el problema de sobrealimentar a hipocalimentar al niño.

El recién nacido requiere típicamente hasta ocho tomas al día, en periodos de tiempo irregulares. Los padres o cuidadores tienen que ser capaces de reconocer los signos de hambre del bebé, la conducta normal durante la toma, y los signos de satisfacción o saciedad. El recién nacido que está preparado para comer, normalmente llora, tensa los puños y muestra tensión en todo el cuerpo. Durante la toma, el bebé succiona rápidamente y necesita eructar después de cada 30 gr de biberón o después de 5 minutos de lactancia materna. El eructo se hace sujetando al niño en una posición derecha mientras se le palmea suavemente la espalda. **S** debe avisar a los padres de que los biberones nunca se deben sujetar hacia arriba para la toma. Hay un peligro real de aspiración o asfixia.

Los bebés demuestran satisfacción enlenteciendo su actividad de succión, retirando su boca del pezón, o durmiéndose. Una vez que se ha demostrado que está satisfecho, no se debe forzar al bebé a que termine la toma. Esto podría llevar a molestias o sobrealimenta-

ción. Cuando la toma se ha terminado, se puede colocar a los bebés en prono o lateral; si se colocan en supino pueden aspirar algo de la toma.

La **regurgitación**, o escupir la leche predigerida durante o después de la toma es un suceso común durante el primer año. Aunque puede preocupar a los padres, no da como resultado generalmente deficiencias nutricionales. La demostración con un aumento de peso adecuado debe tranquilizar a los padres acerca de que el niño está recibiendo la nutrición adecuada.

Los padres pueden ayudar a reducir la incidencia de regurgitación: (a) poniendo al bebé en una silla de niño después de la toma para mantener la cabeza más alta que el estómago, (b) sujetando inclinado el biberón para que la tetina se llene de leche, para prevenir que trague aire, y (c) haciendo que el niño eructe con frecuencia para prevenir las burbujas de aire. La regurgitación normalmente cesa a los 3 meses de edad, cuando el tono muscular del esfínter de la parte inferior del esófago se aprieta (Schuster y Ashburn 1986, pág. 144).

Las **necesidades** de líquidos del niño son proporcionalmente mayores que las de los adultos a causa de un mayor índice metabólico, inmadurez de los riñones, y mayores pérdidas de agua a través de la piel y pulmones. Lo último se debe en gran parte a las rápidas respiraciones. Por consiguiente, el balance de líquidos es un factor crítico. Bajo condiciones ambientales normales los bebés no necesitan agua complementaria; en el biberón del niño se da una ingesta suficiente de agua. Sin embargo, cuando se limitan los volúmenes de leche por una enfermedad y cuando hay pérdidas por vómitos y diarrea, surgen dificultades.

La adición de alimentos sólidos a la dieta normalmente tiene lugar después de los 4 meses de edad. Algunas autoridades sugieren esperar hasta que el bebé tiene 6 meses, cuando aparece el primer diente. Los bebés de 6 meses pueden tomar alimentos sólidos con más facilidad porque se pueden sentar, pueden sujetar la cuchara, y han madurado desde los movimientos arriba y abajo de la lengua requeridos para la succión hasta los movimientos laterales (de lado a lado) de la lengua requeridos para la alimentación con cuchara. Los padres tienen que recibir algo de instrucción sobre la nutrición básica y los tipos de alimentos que se han de dar al niño. Los alimentos sólidos (trituras o hecos puré) se introducen generalmente en este orden: cereales (arroz), frutas, verduras (amarillas antes que verdes), y carnes trituradas. Los alimentos se introducen uno cada vez, normalmente con sólo uno nuevo cada 5 días. Cuando salen los dientes hacia los 7 a 8 meses, el bebé está preparado para masticar y puede empezar a experimentar diferentes texturas de alimentos. En este momento, el niño disfruta de los alimentos a dedo, tales como trozos de fruta sin piel, cereales cocidos o tostados.

Hacia los 6 meses de edad, los niños requieren un suplemento de hierro para prevenir la anemia ferro-

nica. La **anemia ferropénica** es una forma de anemia producida por un suministro inadecuado de hierro para la síntesis de la hemoglobina. Esta anemia se manifiesta por un hematocrito de menos del 30 % a los 9 meses aproximadamente. El bajo hematocrito puede estar acompañado de síntomas de palidez, anorexia, irritabilidad, y letargo. Los cereales reforzados con hierro se recomiendan normalmente hacia los 6 meses de edad y continúan hasta que el niño tiene 18 meses.

El destete de la mama o del biberón hasta la taza tiene lugar gradualmente y normalmente se logra hacia la edad de 1 año. A algunos niños les gusta beber en una taza, mientras que otros tienen dificultad en dejar el biberón, especialmente en el momento de la siesta o de dormir. Se debe avisar a los padres que dejar el biberón en la cuna puede llevar al **síndrome de la boca de biberón**. El término describe la caída de los dientes producida por un contacto constante con el líquido dulce del biberón. Algunos dentistas abogan por cepillar o limpiar los dientes del niño para prevenir el síndrome de la boca de biberón, especialmente en el niño que requiere el biberón sólo para la siesta o la hora de dormir. El destete del biberón puede facilitar aumentando la dilución de la fórmula con agua hasta que el bebé esté tomando solo agua. A la mayoría de los niños no les gusta beber agua sola. Hacia la edad de 1 año, la mayoría de los niños pueden alimentarse completamente en la mesa, y la ingesta de leche es de unos 500 gr al día. Ver en el Capítulo 39 información complementaria sobre la nutrición.

Eliminación. El **meconio** es la primera materia fecal eliminada por el recién nacido, normalmente hacia las 24 horas después del nacimiento. Es negra, alquitranada, inodora y pegajosa. Las heces de transición, que aparecen después de una semana, generalmente son de color amarillo verdoso; contienen mucosidad y son sueltas.

Los bebés evacúan heces con frecuencia, a menudo después de cada toma. Como el intestino es inmaduro, el agua no se absorbe bien, y la deposición es blanda, líquida y frecuente. Cuando el intestino madura, aumenta la flora bacteriana. Después de que se introducen los alimentos sólidos, las deposiciones se hacen menos frecuentes y más firmes. No se establece el control hasta que los sistemas neuromusculares del niño están lo suficientemente desarrollados.

La diuresis varía según la ingesta de líquidos, pero normalmente es de unos 15 a 60 ml después del nacimiento, aumentando hasta 250 a 500 ml al día durante el primer año. Un bebé puede orinar hasta 20 veces al día. La orina del neonato es incolora e inodora y tiene una densidad de 1008. Como los recién nacidos y bebés tienen los riñones inmaduros, son incapaces de concentrar la orina de forma eficaz.

Los padres tienen que ser informados de que la diarrea (deposiciones muy acuosas que se producen más

de 5 veces al día) pueden llevar a deshidratación. Para los bebés, especialmente los que tienen menos de 6 meses, se debe buscar tratamiento médico. Las causas de la diarrea para el niño alimentado con biberón pueden incluir la contaminación del biberón o del agua o la contaminación durante la preparación. La diarrea también puede estar producida por una infección del niño. Para el niño que toma alimentos sólidos, la diarrea puede ser el resultado de una ingesta excesiva de fruta o la introducción de un nuevo alimento, para la diarrea leve de una duración de 1 ó 2 días, se debe instruir a los padres para que omitan los alimentos sólidos y diluyan el biberón con agua hasta la mitad.

Descanso/sueño. Un área de gran preocupación sobre el cuidado del niño para los padres es el descanso y el sueño. Algunos niños duermen hasta 22 horas al día, otros sólo 10-12 horas al día. Al principio, se despiertan normalmente cada 3 ó 4 horas, comen y luego vuelven a dormirse. Los periodos de estar despiertos aumentan gradualmente hacia el final de los primeros meses, hacia la edad de 4 semanas, pueden hacer tres o cuatro siestas durante el día y dormir por la noche durante largos periodos. Hacia los 4 meses, la mayoría de los niños duermen durante la noche y establecen un patrón de siestas de día que varía entre los individuos. Sin embargo, generalmente se despiertan por la mañana temprano. Hacia el final del primer año, un bebé normalmente duerme una o dos siestas durante el día y duerme unas 14 horas, de cada 24.

Cerca de la mitad del tiempo el niño, lo hace con un sueño ligero. Durante el sueño ligero, el bebé tiene mucha actividad, p. ej., movimiento, gorgoteos y tos. Los padres tienen que asegurarse de que los niños están realmente despiertos antes de cogerlos para alimentarlos y cambiarlos. La mayoría de los padres esperan con impaciencia el momento en que el niño empieza a dormir por la noche. Sin embargo muchos niños se despiertan en mitad de la noche entre los 5 y 9 meses de edad. Algunos padres no les molesta esta interrupción; otros encuentran difícil tolerar esta interrupción de su propio sueño. Para los padres que encuentran un problema en esta conducta, las enfermeras tienen que valorar el patrón de sueño total del niño y compararlo con el horario de sueño de los padres. Los padres necesitan asegurarse de que no hay una forma correcta de manejar esta situación. La mejor solución es la que proporciona continuamente un ambiente sano tanto para el niño como para los padres.

Llanto. El llanto es de gran preocupación para los padres. Cuando no se puede aliviar el llanto de un niño, los padres a menudo tienen una sensación de fracaso y frustración. Un periodo de llanto y protestas de 1 ó 2 horas al día habitualmente se considera normal para la mayoría de los niños. Los padres se tienen que asegurar de que este periodo de llanto se considera una fuente de

liberación de energía para el bebé y cesará cuando el niño sustituya esta actividad por interacciones más interesantes.

Cólicos. Un bebé con cólicos se describe como uno que tiene extensos periodos de llanto, que a veces duran más de 8 ó 10 horas al día. El cólico se asocia a menudo con distensión abdominal o paso de gases. El llanto da como resultado la ingestación de más aire, y continúa el ciclo de distensión y dolor. La causa del cólico real no se conoce. Entre las explicaciones posibles se incluye la alergia a la leche, hiperactividad, ansiedad de los padres, y problemas de alimentación. Se debe valorar al niño por si tiene alguna enfermedad subyacente. Si no hay ninguna, se puede informar a los padres que el bebé acabará con los cólicos después de unos pocos meses. Los padres que tienen un hijo con cólicos a menudo están cansados y estresados. La enfermera debe asegurarles que la conducta del bebé no es el resultado de algo inadecuado por su parte.

Para ayudar a aliviar el cólico, la enfermera puede valorar al niño durante la alimentación y sugerir posibles cambios. Entre las sugerencias se puede incluir disminuir los estímulos ambientales durante y después de la alimentación, cambiar el biberón o la tetina, y aumentar la frecuencia de los eructos. Otras sugerencias incluyen aumentar la ingesta de agua, abrazar al niño, y encontrar la postura más cómoda para el bebé.

Síndrome de muerte súbita del recién nacido (SMSRN). El síndrome de muerte súbita del recién nacido, también llamado «muerte de cuna», es la muerte súbita y sin explicación de un bebé que previamente ha sido sano. La causa de la muerte sigue siendo desconocida incluso después del examen postmortem. El SMSRN normalmente es la causa principal de muerte postneonatal en los Estados Unidos, demandando más de 10,000 vidas anuales. La etiología es desconocida, pero la investigación y los debates actuales se centran en la relación entre el SMSRN y la apnea del bebé. El SMSRN afecta principalmente a los niños entre los 2 y los 4 meses de edad. El riesgo es mayor para los niños de bajo peso al nacer y para aquellos cuyas madres tienen menos de 20 años. Los niños considerados en alto riesgo de SMSRN incluyen: (a) los hermanos de víctimas de SMSRN, (b) los niños prematuros con episodios recurrentes de apnea durante el sueño, y (c) los supervivientes de SMSRN (Edelman y Mandle 1986, pág. 331).

Con respecto a la prevención, se han utilizado en ciertas situaciones monitores para detectar la apnea. Los niños en categorías de alto riesgo con resultados anormales en los estudios del sueño se consideran candidatos para monitorización de la apnea en casa. El uso de estos sistemas de monitorización es tema de gran debate y controversia. Los padres sienten a menudo mucha ansiedad como resultado de ser responsables de la vida

de su hijo, la enfermera debe apoyar y aconsejar a la familia durante este periodo.

Estimulación mediante el juego. El recién nacido puede ser estimulado cogiéndolo, tocándolo, y cuidándole, poniéndole objetos grandes y de color sobre la cuna, y hablándole con voz suave. A los niños también les gusta que les mezan y acaricien. Todas estas actividades las disfruta el bebé y promueven un desarrollo sano del lenguaje, sensorial y cognitivo. Los juguetes de colores que cuelgan, los juguetes que se mueven, y los juguetes musicales favorecen la coordinación de los ojos y la audición y motivan al niño para alcanzar y agarrar. El juego también proporciona al niño actividad y ejercicio. El juego, para el recién nacido, es mover los brazos y las piernas, patear, vover la cabeza, y explorar el ambiente. La actividad y el ejercicio son favorecidos por la interacción de los padres y de los demás, incluyendo hablar, mecer y cantar. Tales juguetes y actividades son oportunidades importantes de estimulación hacia los 3 meses de edad. Después, los bebés exploran los objetos cogiéndolos y poniéndoselos en la boca. Deben tener juguetes que se puedan agarrar pero no tragar, tales como bloques y anillos de plástico, animales de peluche, coches de goma o de plástico, o barcos. Hacia la edad de 1 año, les gusta los juguetes que pueden tirar, como las bolas grandes de plástico, los que tienen ruedas y pueden empujar hacia atrás y hacia delante, tales como un coche o una carreta; y los que les dan una variedad de sonidos, como los instrumentos musicales, campanas y silbatos. La educación de los padres debe centrarse en las marcas de desarrollo del niño y las actividades que pueden promover este desarrollo. Por ejemplo, los niños de 4 meses necesitan la oportunidad de sentarse en el regazo de los padres para que puedan aprender a sujetar la cabeza cuando están derechos. A los 5 meses, los niños empiezan a arrastrarse desde la cabeza hasta el estómago. Los padres pueden poner los juguetes fuera de su alcance para fomentar esta actividad. Al ponerse de pie el niño, los padres pueden poner un objeto a la altura adecuada dentro del alcance del niño.

Los bebés necesitan una supervisión constante durante el juego y responden bien a la interacción y el ánimo. Para el niño pequeño, un corral le da un ambiente seguro en el que gatear y moverse. Según crece el niño se necesita un área mayor para promover y favorecer su desarrollo.

Confianza. Durante el primer año de vida, los niños muestran su insatisfacción llorando, y la satisfacción durmiendo y jugando. Dependen de los padres para todas sus necesidades fisiológicas y psicológicas. Se requiere la cobertura de esas necesidades para que el niño desarrolle una sensación básica de confianza. Los padres pueden refomentar dicha relación de confianza (1) respondiendo constantemente a las necesidades

del niño, (2) proporcionando un ambiente predecible donde se establezcan las rutinas, y (3) siendo sensibles a las necesidades del bebé y cubriéndolas de forma hábil y rápida. La conducta maternal, tal como el cuidado amoroso, manejo, caricias y abrazos son esenciales para un desarrollo psicosocial sano. Los bebés privados de la madre, especialmente de los 3 a los 15 meses, no aprenderán a formar relaciones significativas ni a confiar en los demás.

Los niños que fracasan en establecer una relación amorosa y de respuestas con un adulto, a menudo fracasan en desarrollarse normalmente. Los trastornos en las relaciones de padres e hijos pueden dar como resultado el síndrome de fracaso en el crecimiento. Los niños muestran un retraso en el desarrollo sin ninguna causa física. A menudo están desnutridos, y fracasan en aumentar peso y en crecer de forma normal. Otro problema que puede resultar de un trastorno en la relación de padres e hijos es el abuso de bebé o de niños. Los padres abusivos, con frecuencia se abusó de ellos de pequeños.

Abuso. El problema de abuso de bebés y niños está muy extendido en la sociedad. Algunas autoridades lo sitúan en 2 millones de casos anuales de abuso de niños (James y Mott 1988, pág. 393). Unos 6000 niños mueren cada año por malos tratos, más que por cualquier enfermedad. El abuso se considera un síntoma de disfunción familiar severa. En tales casos, cada miembro de la familia requerirá ayuda y apoyo de la enfermera si la familia se mueve hacia un funcionamiento positivo.

El abuso puede ser físico, emocional, o sexual e incluye la negligencia. El niño maltratado aparece sucio, tiene un mal estado de la piel, o está inadecuadamente vestido para el clima. El niño puede estar mal nutrido o apático, y muestra retraso en cubrir las marcas del desarrollo. Muchos padres que abusan de sus hijos han sufrido abusos. A menudo, los padres se sienten inadecuados en su rol de padres y están abrumados por la vida en sí misma.

El reconocimiento e informe precoces del abuso de niños, o de sospechas de él, es la clave para promover la salud y el bienestar del niño. Todos los niños en una situación potencialmente abusiva deben ser protegidos hasta que tenga lugar una investigación. Se sugieren las siguientes actuaciones de enfermería para prevenir el abuso de los niños:

- Durante los cursos superiores, enseñar a los adolescentes el cuidado básico de los niños, incluyendo las realidades y presiones de las 24 horas de responsabilidades.
- Ofrecer clase prenatales para ayudar a los padres a aumentar sus conocimientos y técnicas para cuidar niños.
- Valorar y promover la unión progenitor-hijo.



Figura 25-6 El niño que empieza a andar aparenta ser más delgado, con las piernas cortas y la cabeza desproporcionada.

- Organizar visitas a domicilio para supervisar, y horas para hablar por teléfono que sirvan de apoyo.

NIÑOS QUE EMPIEZAN A ANDAR (DE 1 A 3 AÑOS)

Los niños que gatean evolucionan desde la carencia de un control voluntario hasta ser capaces de andar y hablar. También aprenden a controlar la eliminación fecal y adquieren todo tipo de información en relación al medio que les rodea.

Desarrollo físico

El niño de 2 años no tiene ya el aspecto de un bebé. Estos niños suelen ser regordetes, con las piernas cortas y la cabeza grande. Ver la Figura 25-6. El rostro es pe-