

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN EL MEJORAMIENTO DE LA
ATENCION INTEGRAL DEL RECIEN NACIDO EN EL
ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-4 HUANCABAMBA. PIURA 2018**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO,
DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACION DE LA PRIMERA
INFANCIA**

ELENA PATRICIA TIZÓN ALBERCA

Callao - 2019
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

| | |
|-------------------------------------|------------|
| DR. FELIX ALFREDO GUERRERO ROLDAN | PRESIDENTE |
| LIC. ESP. YRENE ZENaida BLAS SANCHO | SECRETARIA |
| DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA | VOCAL |

ASESORA: DRA. TOMASA VERONICA CAJAS BRAVO

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 28-2019

Fecha de Aprobación de la tesis: 23 de Junio del 2019

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

INDICE

| | | |
|-------|------------------------------------|----|
| I. | INTRODUCCIÓN | 2 |
| II. | SITUACIÓN PROBLEMÁTICA | 5 |
| III. | MARCO TEÓRICO | 9 |
| IV. | PLAN DE INTERVENCIÓN | 34 |
| V. | CONCLUSIONES | 43 |
| VI. | RECOMENDACIONES | 44 |
| VII.- | REFERENCIALES BIBLIOGRÁFICAS | 45 |
| | ANEXOS | 46 |

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico trata de realzar la importancia de la labor de Enfermería en la atención primaria de salud, a través del control de crecimiento y desarrollo, en la etapa donde el ser humano se encuentra atravesando el periodo de adaptación, desarrollo y apego más importante y trascendente de la vida, la etapa de recién nacido.

El periodo de recién nacido comprende desde el nacimiento hasta los 28 días, tiempo en el que desde el momento del alumbramiento el nuevo ser comienza su adaptación extrauterina e inicia una serie de procesos de vital importancia, pero a la vez es una etapa donde se encuentra más vulnerable y más aún si el periodo prenatal y el parto no sucedieron en las mejores condiciones.

Según un artículo de la OMS (octubre, 2017), si se mantienen las tendencias actuales, 30 millones de recién nacidos morirán durante sus primeros 28 días de vida entre 2017 y 2030, si bien estas cifras provienen mayormente de regiones como Asia y África, el Perú no es ajeno a esta realidad, de acuerdo a información administrativa del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA, en el 2017 murieron en total 3,208 niños durante el primer mes de vida. Así mismo de acuerdo a la ENDES 2016, la tasa media de mortalidad neonatal es de 10 muertes por cada 1,000 nacidos vivos. Sin embargo, en la sierra y en la selva la cifra es mayor: 14 por cada mil nacidos vivos en la sierra y 12 en la selva. Según el informe, más del 80% de las muertes de recién nacidos se deben a

nacimientos prematuros, complicaciones durante el nacimiento o infecciones como la neumonía y la sepsis.

En la etapa de recién nacido también comienza el proceso de neurodesarrollo. La arquitectura básica del cerebro humano se desarrolla a mediados de la gestación, donde se forman la mayoría de las neuronas que el niño llegará a tener en su vida y en el momento de nacer ya se han organizado, formando la corteza y otras estructuras importantes del cerebro. Después del nacimiento, las experiencias del niño desempeñan un papel cada vez más significativo en el modelado y la afinación de las principales funciones cerebrales, debido a que se produce un incremento espectacular del número de sinapsis en todo el cerebro humano. Al cumplir el primer año de vida, el cerebro de un niño tiene casi el doble de conexiones si se lo compara con el de un adulto. Es por esto que los padres deben de conocer la importancia de proporcionar estímulos y la atención temprana del desarrollo adecuada al recién nacido para potenciar su neurodesarrollo.

Otro aspecto importante durante esta etapa es facilitar el vínculo afectivo, debido a que la construcción de los primeros lazos entre el niño y la madre, responde a una necesidad biológica fundamental. Los vínculos afectivos juegan un papel esencial en la construcción de la identidad de la persona y en su desarrollo afectivo. A su vez éste, al ser el modelo que configura sus relaciones y el filtro por el que recibe toda la información básica para su desarrollo cognitivo es la base de todo su desarrollo. Desde el desarrollo afectivo se construye el cognitivo y desde éste el social. Este vínculo es un medio para el niño desarrolle una seguridad que le llevará hacia la posibilidad de explorar a su alrededor y luego hacia la autonomía.

Aspectos como los antes mencionados, así también como la vigilancia de peso, talla y perímetro cefálico, lactancia materna, lavado de manos, cuidados del cordón umbilical, etc, son parte de la valoración, diagnóstico, intervención y seguimiento que se realizan en el control de crecimiento y desarrollo del recién nacido.

El presente trabajo se realizó en beneficio de la población de recién nacidos y sus madres pertenecientes al E.S I-4 Huancabamba, provincia de Huancabamba, zona sierra de la Región Piura, con el objetivo de mejorar la atención integral brindada a los recién nacidos, a fin de modificar estilos de vida en cuanto a su cuidado y reconocer la importancia de los controles de crecimiento y desarrollo para la detección precoz de riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, para su intervención oportuna.

II. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Durante los últimos años se ha mejorado la situación de la niñez en el Perú. Los principales avances tienen que ver con la reducción de la mortalidad infantil, el incremento del control prenatal y el parto institucional, y con el aumento de la cobertura de la educación primaria. Por otro lado, hay problemas que persisten como la alta prevalencia de la desnutrición crónica infantil y de la anemia; el limitado acceso a la educación inicial y secundaria, el bajo nivel de logros de aprendizaje, y la elevada incidencia de maltrato a niños, niñas y mujeres. Pero en el Perú por ser un país de gran diversidad cultural, étnica, lingüística, socio-económica y geográfica, los promedios nacionales tienden a esconder la real magnitud de los problemas en las distintas zonas del país.

La situación de la salud del Perú es muy heterogénea, existiendo grandes diferencias relacionadas con el nivel de pobreza, las desigualdades sociales, las malas condiciones de vida y el escaso acceso a servicios que explican las enormes brechas que existen entre la población urbana y rural.

Si bien es cierto se ha logrado avances importantes y consistentes en el cumplimiento de los derechos de la niñez y la adolescencia, a través de la implementación de políticas públicas a su favor en los diferentes niveles de gobierno, en muchas zonas alejadas del Perú, el nivel de atención de la salud es muy baja y en algunos casos inaccesible. Esto no solo se debe a las deficiencias en la organización del sistema público de salud, sino también estas carencias están relacionadas con la escasez de personal de salud y la baja capacidad de estos, la falta de recursos financieros o la ineficacia de los centros de salud, y la

deficiente administración de nuestras instituciones de salud, los cuales agravan la situación de las comunidades.

La mayor o menor probabilidad de muerte y enfermedad está en función de factores como el estrato socioeconómico, la condición de ruralismo, el género y el nivel educativo en que se encuentran las personas y las comunidades. En nuestro país, el acceder a un servicio de salud es un privilegio. El primer impedimento que una persona en zona rural encuentra para recibir una atención médica idónea es el reducido número de personal especializado para atenderlo. Según el Ministerio de Salud en nuestro país se cuenta con 12.8 médicos por cada 10,000 habitantes. Esta cifra es mucho menor en zonas rurales. Según el INEI, siete de cada diez personas en las zonas rurales tienen que caminar para llegar a centro de salud más cercano, lo cual involucra un tiempo aproximado de cuarenta minutos, cifra que, dependiendo del caso, puede significar la complicación del estado del paciente o, incluso, la muerte.

En el Perú la mortalidad neonatal se ha reducido, en los últimos 15 años, de 24 a 11 muertes por cada mil nacidos vivos. Esta disminución ha sido importante tanto en la zona urbana, de 17 a 10, como en la rural, de 34 a 13 por cada mil nacidos vivos. La notable caída en el área rural explica la reducción de la brecha existente entre ambas áreas de residencia. Sin embargo, aún alrededor de 6,560 recién nacidos por año mueren antes de cumplir un mes de vida.

Pero el gran reto para nuestro país, es no sólo intervenir en las causas directas de muertes, sino también desarrollar intervenciones integrales que impartan positivamente en la calidad

de vida de la niñez peruana, promoviendo estilos de vida saludables entre la población. Es por esto que con el trabajo de cooperación con UNICEF entre 2013 y 2015 se dio un incremento del 20% en la inversión pública dirigida a la niñez y adolescencia; y se apalancaron US\$ 250 millones del presupuesto público, los cuales fueron ejecutados por gobiernos regionales y locales para garantizar la salud de las niñas, niños y adolescentes.

El desarrollo integral de la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital social, elementos considerados principales y necesarios para romper el ciclo de pobreza y reducir las brechas de inequidad. El gobierno peruano promueve la salud preventiva en los menores de edad a través de dos acciones importantes: la vacunación oportuna y el monitoreo regular del crecimiento especialmente en la primera infancia. Según lo establecido por el Ministerio de Salud (MINSA) el control de crecimiento y desarrollo (CRED) está referido al conjunto de actividades periódicas y sistemáticas, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de los niños a fin de detectar de manera precoz, riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna.

Actualmente en el Perú, según la actual N.T de crecimiento y desarrollo, la atención del recién nacido consta de 4 controles: a las 48 horas del alta, a los 7, 14 y 21 días, realizados en el Establecimiento de Salud o en domicilio. Actualmente el equipo de Enfermería que atiende el programa del articulado nutricional consta con 4 licenciados en Enfermería y 2 personales técnicos en Enfermería, donde el personal técnico tiene que hacer también la función de licenciadas, debido a que debemos atender a una población de alrededor de 5000 niños de 0 a 11 años, además las

familias usuarias presentan altos índices de pobreza y bajo nivel de instrucción. Ante esto la falta de personal está más evidenciado, pero a pesar de las dificultades el equipo trata de seguir las normativas vigentes, innovando estrategias, buscando constantemente espacios de capacitación y afianzando nuevos conocimientos que aseguren una adecuada atención para nuestros usuarios.

III. MARCO TEÓRICO

ETAPA DE VIDA RECIEN NACIDO

Recién nacido normal: Todo recién nacido único o múltiple con peso mayor o igual a 2500 gr, cuya edad gestacional es igual mayor de 37 semanas y menor de 42 semanas, nacido de parto eutócico o distócico y que no presenta patología.

Recién nacido pre término: recién nacido de menos de 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación.

Recién nacido a término: Recién nacido de 37 a menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación.

NEURODESARROLLO

En la etapa de recién nacido también comienza el proceso de neurodesarrollo. La arquitectura básica del cerebro humano se desarrolla a mediados de la gestación, donde se forman la mayoría de las neuronas que el niño llegará a tener en su vida y en el momento de nacer ya se han organizado, formando la corteza y otras estructuras importantes del cerebro. Después del nacimiento, las experiencias del niño desempeñan un papel cada vez más significativo en el modelado y la afinación de las principales funciones cerebrales. Inmediatamente después de nacer, se produce un incremento espectacular del número de conexiones o sinapsis en todo el cerebro humano. Al cumplir el primer año de vida, el cerebro de un niño tiene casi el doble de conexiones si se lo compara con el de un adulto. Es por esto que los estímulos y la atención temprana del desarrollo que los padres y/o cuidadores

proporcionen al recién nacido juega un papel importante en su neurodesarrollo.

Cuando nace un niño, su cerebro ya contiene los 100 mil millones de células cerebrales especializadas, las “neuronas” o “materia gris”, que componen el cerebro adulto. Las mayores concentraciones de ellas se encuentran en el cerebelo y la “corteza”, que forma las capas superficiales del cerebro. Lo principal de la organización del cerebro ya está en marcha, con las respectivas subdivisiones funcionales en romboencéfalo (cerebro posterior), mesencéfalo (cerebro medio) y prosencéfalo (cerebro anterior), reconocibles inclusive a partir de los 40 días de embarazo.

La arquitectura básica del cerebro humano se desarrolla antes de que el niño nazca; la mayoría de las neuronas que el niño llegará a tener en su vida se produce a mediados de la gestación y en el momento de nacer ya se han organizado, formando la corteza y otras estructuras importantes del cerebro. Ya están presentes también los principales caminos de la materia blanca que constituyen las redes cerebrales para el procesamiento de informaciones. Sin embargo, el desarrollo cerebral dista mucho de estar completo en el recién nacido ya que, después del nacimiento, las experiencias del niño desempeñan un papel cada vez más significativo en el modelado y la afinación de los principales caminos cerebrales y redes corticales. Inmediatamente después de nacer, se produce un incremento espectacular del número de conexiones o sinapsis en todo el cerebro humano. Al cumplir el primer año de vida, el cerebro de un niño tiene casi el doble de conexiones si se lo compara con el de un adulto (Huttenlocher y Courten, 1987; Huttenlocher y Dabholkar, 1997). Muchos caminos efímeros se forman en todo el cerebro del neonato, creando ciertas

conexiones entre las distintas áreas cerebrales que ya no se observan en el adulto (Innocenti y Price, 2005). Esta sobreabundancia de conexiones y caminos gradualmente decrece a lo largo de la infancia, a medida que muchos de ellos son “podados” y desaparecen. Muchos factores contribuyen a esta disminución, como por ejemplo la influencia de las experiencias. La actividad de un camino neural, determinada por la experiencia, decide si una conexión particular habrá de debilitarse o se estabilizará como parte de una red permanente. Éste es un factor clave para la “plasticidad” del cerebro en desarrollo: su adaptabilidad respecto a la experiencia, que le confiere un valor inestimable para la supervivencia.

ASIMETRÍA CEREBRAL Y DESARROLLO CEREBRAL

La asimetría cerebral se refiere a las diferencias en la especialización de las funciones de los dos hemisferios cerebrales. Esta asimetría es un indicador de maduración cerebral. Algunos autores han propuesto que cuando el niño nace existe equipotencialidad funcional en los dos hemisferios cerebrales, y que la asimetría se desarrolla de manera progresiva. Es decir, en el niño los dos hemisferios cerebrales tendrían la potencialidad para desarrollar el lenguaje, pero a medida que avanza su desarrollo la representación lingüística se lateraliza en el hemisferio izquierdo (Hiscock, 1988). De acuerdo con Lenneberg (1967) la asimetría hemisférica comienza a desarrollarse en forma paralela con la adquisición del lenguaje. Recientemente se ha demostrado cierta asimetría cerebral en registros eléctricos de niños de sólo unas pocas semanas de nacidos. En estos niños la amplitud de los potenciales evocados auditivos ante estímulos verbales registrados en el hemisferio izquierdo es mayor que la amplitud registrada en el hemisferio derecho; lo contrario se observa con los potenciales

evocados auditivos desencadenados por notas musicales. La magnitud de estas diferencias disminuye con la edad (Molfese & Betz, 1988). Se han observado ciertos precursores motores de la lateralización hemisférica en etapas muy tempranas de la vida. Se observa, por ejemplo, que los bebés recién nacidos hijos de padres diestros, giran con mayor frecuencia la cabeza hacia la derecha que hacia la izquierda

VÍNCULO AFECTIVO

El inicio de la vida del ser humano constituye un período crítico porque a diferencia de otros mamíferos, la o el recién nacido nace totalmente dependiente y la leche humana al contener elementos esenciales, lo protege y completa su desarrollo.

Las conductas de apego entre madre e hija o hijo tradicionalmente han sido consideradas como instintivas; las evidencias científicas han demostrado que la lactancia materna forma parte del sistema que asegura y prolonga la protección y la formación de vínculos, lo que impacta directamente en el adecuado desarrollo del sistema nervioso central de la o el recién nacido.

La calidad del proceso de vinculación madre –niña o niño (apego) determina la salud a lo largo de la vida de la persona, las evidencias mencionan que, apegos seguros se correlacionan con niñas y niños sanos que devienen en adultos sanos y apegos ansiosos y desorganizados se correlacionan con trastornos en el desarrollo, violencia infantil y procesos psicopatológicos.

EL CONTACTO PIEL A PIEL

La o el recién nacido dispone de competencias sensoriales e interactivas para vincularse y promover conductas de apego con su madre. Dentro de la primera hora de nacido, se muestra en un

estado de vigilia - calma, con avidez sensorial, y buscando ser acogido en el ambiente extrauterino.

Puesto sobre el abdomen de su madre, la o el recién nacido instintivamente reptará buscando el pezón pues sus reflejos sensoriales y motores están suficientemente estimulados para reconocer el olor que emana del pezón, visualizarlo y lamerlo, y dar un pequeño impulso con las piernas y brazos hasta lograr acoplarse vigorosa y armónicamente.

La madre, inmediatamente después del parto, se encuentra especialmente predispuesta para compartir emociones con su bebé y para aprender conductas maternas, tales como entregar cuidado físico y afecto a su bebé; las que se estimulan cuando se facilita el contacto con la o el bebé y mejor aún, cuando hay un apoyo personalizado del personal de salud y la participación activa del padre, pareja, familiar o persona de confianza de la madre. El contacto piel a piel estimula la secreción de las glándulas mamarias y sudoríparas en la madre, conectando íntimamente el tacto, los olores, los sonidos y miradas entre madre y bebé; activándose las hormonas relacionadas a las conductas de vinculación y facilitando la lactancia materna.

Por el contrario, la falta de contacto neonatal está asociada con la disminución de la lactancia materna y consecuencias en la capacidad futura de la o el bebé para establecer vínculos interpersonales al carecer de la experiencia vinculante primaria con su madre. Será importante evaluar la interacción materno neonatal para identificar las necesidades de apoyo en esta etapa clave de la vida de la o el recién nacido. La atención de salud a la madre y a la o el bebé ofrece una excelente oportunidad para seguir reforzando la calidad del proceso de vinculación dado el impacto en la salud a lo largo de la vida del ser humano.

DESARROLLO

Los seres humanos recién nacidos tienen una fuerte tendencia innata a interactuar con las otras personas de quienes dependen en cuanto se refiere al cuidado (abrigo, alimentación, afecto) y al aprendizaje (idioma, normas culturales, habilidades). Puesto que la interacción humana es guiada por objetivos y convicciones, y no sólo por las leyes físicas, prestar atención a otras personas e interactuar con ellas requiere la puesta en práctica de distintas capacidades y sistemas del cerebro, que a veces se definen como “cerebro social”.

Las caras y voces humanas son de por sí gratificantes para el ser humano recién nacido, tal como lo demuestra el hecho de que los bebés se orientan hacia ellas y disfrutan de ellas más que con otros tipos de estímulos visuales o auditivos (Johnson y otros, 1991). Si estas preferencias iniciales reciben reacciones apropiadas (es decir, si los bebés están rodeados de un ambiente social enriquecedor y estimulante), les permitirán aprender rápidamente cuál es el semblante y el comportamiento de las personas. A medida que esto sucede, distintas áreas del cerebro del niño se especializan gradualmente en el reconocimiento de los diferentes aspectos del mundo social: el movimiento humano (Lloyd-Fox y otros, 2009), la voz humana (Dehaene-Lambertz y otros, 2002) o los rostros humanos (Gliga y Dehaene-Lambertz, 2006). La especialización de un área particular del cerebro que está relacionada con el reconocimiento de las facciones permite que mejore gradualmente la capacidad los niños de distinguir las caras de las personas. Paralelamente al aprendizaje relativo a las personas, el cerebro del bebé se prepara a comunicar con los adultos y a aprender de ellos. Dado que en los bebés la atención es inicialmente bastante limitada, cuando es necesario aprender

algo los cuidadores hacen uso de señales para atraer la atención, que se parecen mucho en las distintas culturas. Entre ellas figuran el contacto visual, el empleo de un tono cantarín (a veces denominado “balbuceo materno” o “balbuceo parental) y/o la repetición del nombre del bebé. El contacto visual es eficaz para atraer la atención de los bebés desde el nacimiento (Farroni y otros, 2007) y los ojos siguen siendo por mucho tiempo el elemento del rostro que los bebés prefieren mirar y que generan las reacciones cerebrales más fuertes (Gliga y Dehaene-Lambertz, 2006). Esto no debe sorprender, ya que los ojos son una rica fuente de informaciones acerca de las intenciones o emociones de una persona.

La etapa preverbal del niño se extiende desde el nacimiento hasta el inicio del lenguaje. Durante los primeros tres meses el niño solamente produce llanto como forma de expresar desagrado. Antes del llanto hay muchas otras señales que no suelen ser atendidas. El llanto sólo es una señal tardía.

Los niños que experimentan malos tratos (abusos de naturaleza sexual, física o emocional, o simplemente abandono) tienen mayores probabilidades de desarrollar problemas psicológicos (Curry y Widom, 2010). Existen ya pruebas fidedignas de que las adversidades en la infancia están relacionadas con un desarrollo atípico del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA o HPA: hypothalamic-pituitaryadrenal axis) que controla la emisión de hormonas del estrés, con pautas de capacidad de respuesta o reducida o exagerada según los informes. Estas pautas también se han puesto en relación con problemas psiquiátricos de la edad adulta, como la depresión y los desórdenes postraumáticos (Heim y otros, 2008).

CRECIMIENTO

MEDICIONES DEL PESO Y TALLA

La confiabilidad en la toma del peso depende de:

1. Obtener la edad exacta
2. Dominio de la técnica para pesar y tomar la longitud o talla (es preferible que la medición lo realice la misma persona)
3. Estado emotivo del niño
4. Vestimenta ligera (pañal o trusa y chaqueta o polo).
5. Sensibilidad de la balanza y su mantenimiento.
6. Contar con sistema de control de calidad eficiente.

Es importante determinar el sexo y la edad correcta de la niña o niño al evaluar los datos antropométricos, ya que los estándares de referencia para el crecimiento están divididos por sexo y en categorías de edad, por mes, de llegar a registrarse la edad en forma inadecuada la evaluación del crecimiento y el estado nutricional de la niña o niño será incorrecta.

Medición del peso para la niña o niño menor de 24 meses

Equipo: Una balanza calibrada en Kilos con graduaciones cada 10 gramos.

Para realizar el control de peso de los niños deben participar dos personas. Una de ellas, que generalmente es la madre, padre o adulto responsable del cuidado del niño, se encarga de sujetar al niño y asegurarse de que el niño no se vaya caer, mientras que el personal de salud encarga de realizar la medición y registrar.

Procedimiento:

1. Fije la balanza en una superficie plana y firme, evitando así una medida incorrecta.
2. Cubra el platillo del peso con un pañal (pesado previamente)
3. Calibre la balanza en cero antes de cada pesada.
4. Solicite a los padres de la niña o niño que retire los zapatos y la mayor cantidad de ropa que sea posible.
5. Coloque al niño desnudo o con la menor cantidad de ropa, sobre el platillo, sentado o acostado (de acuerdo a la edad) y busque equilibrarlo.
6. El personal de salud se situara enfrente de la balanza y procederá a leer el peso marcado.
7. Anotar el peso leído y con aproximaciones de 10 a 20 gramos antes de bajar al niño de la balanza. Repetir la acción por dos veces para conseguir un peso exacto.
8. Registre el peso en los documentos y formatos correspondientes y compare el valor con el peso esperado para la edad.
9. Equilibre la balanza hasta que quede en cero.

MORTALIDAD DE LOS RECIÉN NACIDOS

- En 2017, unos 2,5 millones de niños murieron en su primer mes de vida; aproximadamente 7000 recién nacidos cada día, 1 millón en el primer día de vida y cerca de 1 millón en los 6 días siguientes.
- Un niño corre el mayor riesgo de defunción en los primeros 28 días de vida, durante el período neonatal. En 2017, las defunciones de lactantes

recién nacidos representaron el 47% del total de defunciones de menores de 5 años, en comparación con el 40% en 1990.

- Las defunciones en los primeros 28 días de vida se deben a trastornos y enfermedades asociados a la falta de atención de calidad durante el parto, o de atención por parte de personal cualificado y tratamiento inmediatamente después del parto y en los primeros días de vida.
- Los partos prematuros, las complicaciones relacionadas con el parto (incluida la asfixia perinatal), las infecciones neonatales y los defectos congénitos ocasionan la mayor parte de las defunciones de recién nacidos.
- Las mujeres que reciben atención continuada supervisada por parteras profesionales formadas y homologadas según normas internacionales tienen un 16% menos de probabilidades de perder a sus niños, y un 24% menos de probabilidades de tener partos prematuros.

¿Quiénes corren más riesgos?

En 2017, unos 2,5 millones de niños murieron en su primer mes de vida, o sea el 47% de las defunciones de menores de 5 años, lo que supone un aumento respecto del 40% registrado en 1990.

En 2015 se registró aproximadamente el mismo número de defunciones prenatales.

Desde 1990 el mundo ha realizado progresos sustanciales en lo que respecta a la supervivencia infantil. A escala mundial, el número de defunciones de recién nacidos descendió de 5 millones en 1990, a 2,5 millones en 2017. Sin embargo, entre 1990 y 2017 la disminución de la mortalidad de recién nacidos ha sido más lenta que la de la mortalidad pos neonatal de menores de 5 años: 51%,

en comparación con el 62%. En el África subsahariana, que sigue siendo la región con la mayor tasa de mortalidad de menores de 5 años, la proporción de defunciones de recién nacidos es relativamente baja (37%). En cambio, en Europa, que registra la menor tasa de mortalidad de menores de 5 años, el 54% de las defunciones de menores de 5 años se producen en el período neonatal.

Causas

La mayor parte de las defunciones de recién nacidos (75%) ocurren durante la primera semana de vida, y aproximadamente 1 millón de recién nacidos mueren en las 24 primeras horas de vida. Los partos prematuros, las complicaciones relacionadas con el parto (incluida la asfixia perinatal), las infecciones neonatales y los defectos congénitos causaron la mayor parte de las defunciones de recién nacidos en 2016. Desde el final del período neonatal y durante los primeros 5 años de vida, las principales causas de defunción son la neumonía, la diarrea, los defectos congénitos y el paludismo. La malnutrición es el factor subyacente que agrava la vulnerabilidad de los niños a las enfermedades graves.

Estrategias prioritarias

La inmensa mayoría de las defunciones de recién nacidos se producen en países de ingresos bajos y medianos. Es posible mejorar la supervivencia y la salud de los recién nacidos y poner fin a las defunciones prenatales mediante una alta cobertura de atención prenatal de calidad, atención del parto por personal cualificado, atención posnatal para madres y recién nacidos, y atención de los recién nacidos pequeños y enfermos. En entornos con programas de partería eficientes, la continuidad de la atención

supervisada por parteras puede reducir los partos prematuros hasta un 24%. La continuidad de la atención supervisada por parteras es un modelo de atención en cuyo contexto una partera o un equipo de parteras dispensan cuidados a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, y solicitan apoyo médico en caso necesario. Con el aumento de servicios de partería (casi un 80% en todo el mundo), se presenta una gran oportunidad para dispensar atención esencial al recién nacido e identificar y gestionar a los recién nacidos que corran algún riesgo. No obstante, pocas mujeres y recién nacidos permanecen en el centro de salud 24 horas después del parto, como se recomienda, que es el período más crítico en el que se pueden presentar complicaciones. Además, demasiados recién nacidos mueren en casa debido a altas hospitalarias tempranas, obstáculos al acceso y demoras en la búsqueda de atención. Las cuatro consultas de atención posnatal recomendadas, bien sea en centros de salud o en visitas domiciliarias, desempeñan un papel crucial para atender a los recién nacidos y sus familias.

Para lograr progresos rápidos en lo concerniente a la supervivencia, la salud y el bienestar de los recién nacidos es preciso mejorar la calidad de la atención y asegurar la disponibilidad de servicios de salud de calidad para los recién nacidos pequeños y enfermos.

Se debería recomendar a las familias:

- la pronta asistencia médica, en caso necesario (los signos peligrosos son los problemas de alimentación, o si el recién nacido manifiesta actividad reducida, dificultad para respirar, fiebre, convulsiones, o está frío);

- el registro del nacimiento;
- la vacunación del recién nacido de conformidad con los calendarios nacionales.

Algunos recién nacidos necesitan atención y cuidados adicionales durante la hospitalización y en el hogar, con el fin de minimizar los riesgos para su salud.

Respuesta de la OMS

La OMS y sus asociados coinciden en que un principio fundamental de la labor de protección de la salud de la madre, el recién nacido y el niño es el acceso vitalicio a la atención de salud: una continuidad asistencial que comienza con la atención a la madre mucho antes del embarazo (durante su niñez y adolescencia) y continúa durante el embarazo y el parto. La continuidad asistencial comienza de nuevo con cada nacimiento, con la prestación de los cuidados pertinentes al recién nacido. Los cuidados pueden prestarse, en función de las necesidades, en el hogar y la comunidad, o bien en establecimientos de salud y hospitales.

PRÁCTICAS SALUDABLES PARA EL CUIDADO INFANTIL

Son acciones relacionadas a la adopción, modificación o fortalecimiento de hábitos y comportamientos de las familias, que parten de la identificación de las necesidades para cuidar o mejorar la salud de las gestantes, las niñas y los niños, con la finalidad de lograr un crecimiento adecuado y un desarrollo normal; siendo necesario contar con las condiciones o entornos que favorezcan el desarrollo de las prácticas saludables a fin de que garanticen estilos de vida saludables en las familias.

LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna en el marco de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del niño pequeño de la OMS, es definida como un acto natural y como un comportamiento aprendido, mediante el cual se proporciona un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes; asimismo, es parte del proceso reproductivo con repercusiones importantes y beneficiosas en la salud de la madre.

La leche humana ofrece al niño el alimento ideal y completo durante los primeros 6 meses de vida y sigue siendo la óptima fuente de lácteos durante los primeros dos años, al ser complementada con otros alimentos. Cada leche tiene características propias que la diferencian significativamente de otras leches de mamíferos y la hacen adecuada a la cría de la especie. Del punto de vista nutricional, la infancia es un período muy vulnerable, ya que es el único período en que un solo alimento es la única fuente de nutrición, y justamente durante una etapa de maduración y desarrollo de sus órganos (Picciano, 2001).

Es un fluido vivo que se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño a medida que éste crece y se desarrolla.

Se distinguen: la leche de pre término, el calostro, la leche de transición y la leche madura.

El calostro propiamente tal se produce durante los primeros 3 a 4 días después del parto. Es un líquido amarillento y espeso de alta densidad y poco volumen. En los 3 primeros días postparto el volumen producido es de 2 a 20 ml por mamada, siendo esto suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. La transferencia de leche menor de 100 ml el primer día, aumenta significativamente entre las 36 y 48 horas postparto, y luego se nivela a volúmenes de 500-750 ml/ 24 horas a los 5 días postparto.

El calostro tiene 2 g/100 ml de grasa, 4 g/100 ml de lactosa y 2 g/100 ml de proteína. Produce 67 Kcal/100 ml. Contiene menos cantidades de lactosa, grasa y vitaminas hidrosolubles que la leche madura, mientras que contiene mayor cantidad de proteínas, vitaminas liposolubles (E, A, K), carotenos y algunos minerales como sodio y zinc. El betacaroteno le confiere el color amarillento y el sodio un sabor ligeramente salado.

En el calostro la concentración promedio de Ig A y la lactoferrina, son proteínas protectoras que están muy elevadas en el calostro, y aunque se diluyen al aumentar la producción de leche, se mantiene una producción diaria de 2-3 g de IgA y lactoferrina. Junto a los oligosacáridos, que también están elevados en el calostro (20 g/L), una gran cantidad de linfocitos y macrófagos (100.000 mm³) confieren al recién nacido una eficiente protección contra los gérmenes del medio ambiente.

El calostro está ajustado a las necesidades específicas del recién nacido:

- facilita la eliminación del meconio
- facilita la reproducción del lactobacilo bífido en el lumen intestinal del recién nacido
- los antioxidantes y las quinonas son necesarias para protegerlo del daño oxidativo y la enfermedad hemorrágica
- las inmunoglobulinas cubren el revestimiento interior inmaduro del tracto digestivo, previniendo la adherencia de bacterias, virus, parásitos y otros patógenos
- el escaso volumen permite al niño organizar progresivamente su trípico funcional, succión-deglución-respiración.

- los factores de crecimiento estimulan la maduración de los sistemas propios del niño

- los riñones inmaduros del neonato no pueden manejar grandes volúmenes de líquido; tanto el volumen del calostro como su osmolaridad son adecuados a su madurez.

El calostro, como la leche que lo sucede, actúa como moderador del desarrollo del recién nacido. Aún si la madre está dando pecho a un hijo mayor durante el embarazo, su leche pasará por una etapa calostrual antes y después del nuevo nacimiento (Akre 1992).

La leche de transición es la leche que se produce entre el 4º y el 15º día postparto. Entre el 4º y el 6º día se produce un aumento brusco en la producción de leche (bajada de la leche), la que sigue aumentando hasta alcanzar un volumen notable, aproximadamente 600 a 800 ml/día, entre los 8 a 15 días postparto.

Se ha constatado que hay una importante variación individual en el tiempo en que las madres alcanzan el volumen estable de su producción de leche (Neville, 1989). Los cambios de composición y volumen son muy significativos entre mujeres y dentro de una misma mujer, durante los primeros 8 días, para luego estabilizarse. La leche de transición va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

La leche materna madura tiene una gran variedad de elementos, de los cuales sólo algunos son conocidos. La variación de sus componentes se observa no sólo entre mujeres, sino también en la misma madre, entre ambas mamas, entre lactadas, durante una misma mamada y en las distintas etapas de la lactancia. Estas variaciones no son aleatorias, sino funcionales, y cada vez está más claro que están directamente relacionadas con las necesidades del

niño. Durante la etapa del destete, la leche involuciona y pasa por una etapa semejante al calostro al reducirse el vaciamiento. Las madres que tienen un parto antes del término de la gestación (pretérmino) producen una leche de composición diferente durante un tiempo prolongado.

La leche de pretérmino contiene mayor cantidad de proteína y menor cantidad de lactosa que la leche madura, siendo esta combinación más apropiada, ya que el niño inmaduro tiene requerimientos más elevados de proteínas. La lactoferrina y la IgA también son más abundantes en ella. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en un recién nacido de muy bajo peso (MBPN), menos de 1.500 g, la leche de pretérmino no alcanza a cubrir los requerimientos de calcio y fósforo y ocasionalmente de proteínas, por lo que debe ser suplementada con estos elementos. El ideal es hacerlo con preparados que vienen listos y que se denominan "fortificadores de leche materna" (Schandler, 1989).

El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700 a 900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto (Lawrence, 1989) y aproximadamente 500 ml/día en el segundo semestre. Aporta 75 Kcal/100 ml. Si la madre tiene que alimentar a más de un niño, producirá un volumen suficiente (de 700 a 900 ml) para cada uno de ellos.

LECHE DE INICIO Y LECHE FINAL

La leche materna cambia de composición tanto a lo largo de la vida del bebé, como durante una misma tetada. Si una madre se extrae la leche se notara la diferencia de coloración y consistencia de la leche materna durante la misma tetada. La primera leche que se libera durante el inicio de la tetada es una leche rica principalmente en

azúcares (en especial lactosa que es el azúcar más abundante en la leche materna) y por ende de consistencia más ligera y dulce. Esta leche tiene la importante función de saciar la sed del bebé porque es más abundante y rica en agua, a la vez que satisface principalmente los requerimientos energéticos del cerebro humano. Este detalle es muy importante puesto que nuestro cerebro es el único órgano de nuestro cuerpo que sólo digiere glucosa. Un azúcar simple (monosacárido) que se forma a partir de la digestión metabólica de la lactosa. Es decir que esta primera leche es imprescindible para el bebé puesto que precisamente se encuentra en una etapa en la cual su cerebro requiere de gran suministro energético como parte de la intensa actividad y maduración neuronal que está teniendo lugar. En tanto la segunda leche o también llamada leche del final de la tetada es la leche que queda luego de que el seno ya se ha vaciado parcialmente y por ende está presente en menos volumen, esta leche tiene una coloración más intensa y una consistencia más espesa. Lo cual se debe a que en esta leche se concentran grandes cantidades de ácidos grasos, cuya función está destinada principalmente a acumularse como parte del tejido adiposo del bebé y a ser el suministro energético para sus músculos (los músculos usan para su funcionamiento principalmente ácidos grasos), es decir que su función es garantizar que la masa corporal del bebé aumente y gane peso como parte de su crecimiento normal. En ambas leches, tanto la del inicio de la tetada como la leche del final, encontramos grandes cantidades de proteínas, vitaminas, células inmunológicas, anticuerpos, probióticos, minerales y otras sustancias imprescindibles y ajustadas a las necesidades del bebé en cada etapa. La diferencia en la composición de la leche materna durante la misma tetada justifica el hecho de que no sea recomendable que los bebés recién nacidos tomen pecho sólo durante 10 a 15 min de cada seno como sugieren algunos y luego de ese tiempo cambiarlos al otro seno.

En aquellos casos en los que la lactancia materna se maneja de ese modo aparecen problemas asociados al aumento de peso de los bebés puesto que estos no ganan peso o lo ganan muy lentamente y a la vez aparecen algunas señales de intolerancia a la lactosa. Lo cual en realidad no está asociado a problemas del bebé o a la calidad de la leche materna, sino que la causa es un mal manejo de la lactancia materna. Ante casos como estos es suficiente con modificar el patrón de lactancia de él/la bebé a partir de las siguientes pautas: dejarlos y estimularlos a que permanezcan en el mismo pecho por más de 20 min, darles de mamar del mismo pecho durante varias tomas seguidas, o en casos de mamás con mucha producción o reflejo de eyección muy fuertes extraer un poco de la primera leche antes de amamantar al bebé. Con estos cambios en el modo de amamantar es suficiente para que los bebés comiencen a ganar peso más rápidamente y desaparezcan los síntomas asociados a la intolerancia.

La supuesta intolerancia a la lactosa que se presenta asociada a un patrón de lactancia de 10 min en cada seno y que se manifiesta con deposiciones verdosas, como explosivas y con flemas, reflujo, cólicos a la vez que con un lento aumento de peso en el bebé, es en realidad un comportamiento asociado al excesivo consumo de lactosa y no a una deficiencia metabólica en el proceso de degradación de la lactosa. Ante el exceso de lactosa el intestino delgado del bebé no logra digerirla en su totalidad y asociado a esta digestión incompleta aparecen grandes cantidades de azúcares reductores, lo que aumenta la acidez intestinal y puede provocar un daño en la flora bacteriana normal de la zona. De manera tal que aparecen todos los síntomas mencionados y que se asocian a la intolerancia a la lactosa pero que en realidad es una intolerancia por exceso de lactosa y no por una deficiencia metabólica real presente en los infantes.

La solución para estos trastornos mencionados es lograr un patrón de lactancia a través del cual el bebé ingiera grandes cantidades de leche del final más rica en grasas y no sólo la leche inicial más rica en lactosa. Lo cual sucede en el bebé recién nacido y hasta alrededor de los 3 meses de edad con un patrón de lactancia materna que les permita permanecer más de 20 minutos en cada pecho, y sobretodo respetando los tiempos de cada bebé.

Como podemos constatar luego de ahondar en el tema, la leche materna es perfecta y ajustada a los requerimientos de nuestros bebés y su composición está en función de las necesidades y requerimientos que como humanos presentamos. Cualquier comentario acerca de que la leche es aguada o no alimenta a al bebé responde a un desconocimiento acerca de las características y propiedades de la leche humana y los problemas asociados a la lactancia materna en general responden a manejos inadecuados del patrón de LM y por ende se solucionan en la medida en que este patrón cambia.

CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA

Proceso educativo comunicacional realizado por personal de salud capacitado en consejería y en lactancia materna, que da información y apoyo oportuno a la gestante, puérpera y/o madre en relación con su lactancia, de acuerdo a sus necesidades, para que sea capaz de tomar su propia decisión acerca del amamantamiento de su higa o hijo. El espacio en donde dar la consejería en lactancia materna puede ser en el establecimiento de salud o en el hogar. En cualquiera de los casos se deben identificar las necesidades de la gestante, puérpera o de la madre, teniendo en cuenta el contexto familiar y comunal, pues constituyen el entorno natural en el cual ella se desenvuelve.

Habilidades de consejería

Son habilidades de comunicación que sirven para escuchar a la madre, hacerla sentir segura y tener confianza en sí misma; respetando sus sentimientos, pensamientos, creencias y cultura, sin decirle lo que debería hacer ni presionarla a realizar alguna acción en particular, ayudando a la madre a tener éxito en la lactancia.

PASOS PARA LACTANCIA MATERNA

Técnica correcta para lactar a su bebé.

- Lavarse las manos siempre antes de amamantar.
- La madre debe estar tranquila y relajada.
- Tener una buena higiene en los senos antes de lactar, asearse con agua hervida.
- Verificar que el neonato tenga el pañal seco y limpio.
- La madre debe colocarse en una posición cómoda para lactar.
- Colocarse al niño cerca de los pechos y cerciorarse que esté despierto.
- En todas las posiciones es necesario tener control de la cabeza del niño para mantenerlo pegado al pecho y evitar que traccione el pezón.
- Tomar el pecho con los 4 dedos por abajo y el pulgar por arriba, en forma de C. No con los dedos en tijera.
- Acercar el neonato al pecho, no el pecho al neonato para evitar molestias en la espalda.

- Se puede humectar el pezón con leche materna para atraer la atención del RN y para proteger la piel del pezón antes de introducirlo en la boca.
- Tocar con el pezón el labio inferior del niño hasta que abra ampliamente la boca, estimulando el reflejo de búsqueda y succión.
- Cerciorarse que el pezón y la areola quede dentro de la boca del neonato y que no se obstruyan las fosas nasales.
- Dejar que succione entre 10 a 15 min en cada mama, comenzando por el seno de la última mamada.
- Si la madre siente dolor, retirarlo o intentarlo otra vez.
- Para retirar al neonato del pecho se debe introducir el dedo índice entre las encías sujetándolo para que no muerda el pezón.
- Para asegurar un buen amamantamiento se debe escuchar la succión del niño, sentir la bajada de la leche o el descongestionamiento de las mamas después de mamar.
- Cerciorarse del vaciado de cada mama.
- Eliminar los gases del RN después de cada mamada.

El inicio temprano de la lactancia materna (en la primera hora de vida) protege al recién nacido de las infecciones y reduce la mortalidad neonatal. El riesgo de muerte por diarrea y otras infecciones puede aumentar en los lactantes que solo reciben lactancia parcialmente materna o exclusivamente artificial.

Los niños y adolescentes que fueron amamantados tienen menos probabilidades de padecer sobrepeso u obesidad. Además, obtienen

mejores resultados en las pruebas de inteligencia y tienen mayor asistencia a la escuela. La lactancia materna se asocia a mayores ingresos en la vida adulta. La mejora del desarrollo infantil y la reducción de los costos sanitarios gracias a la lactancia materna generan beneficios económicos para las familias y también para los países.¹

La mayor duración de la lactancia materna también contribuye a la salud y el bienestar de las madres. Reduce el riesgo de cáncer de ovarios y de mama y ayuda a espaciar los embarazos, ya que la lactancia exclusiva de niños menores de 6 meses tiene un efecto hormonal que a menudo induce la amenorrea. Se trata de un método anticonceptivo natural (aunque no exento de fallos) denominado Método de Amenorrea de la Lactancia.

Las madres y las familias necesitan apoyo para que sus hijos reciban una lactancia materna óptima. Entre las medidas que ayudan a proteger, fomentar y apoyar la lactancia materna destacan:

- La adopción de políticas como el Convenio de la Organización Internacional del Trabajo sobre la Protección de la Maternidad (N.º 183) o la recomendación N.º 191 que complementa dicho convenio postulando una mayor duración de la baja y mayores beneficios.
- El Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna y las posteriores resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud.
- La aplicación de los Diez pasos hacia una feliz lactancia natural que se especifican en la iniciativa «Hospitales amigos del niño», tales como:

- El apoyo de los servicios de salud, proporcionando asesoramiento sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño durante todos los contactos con los niños pequeños y sus cuidadores, como las consultas prenatales y posnatales, las consultas de niños sanos y enfermos o las vacunaciones.
- El apoyo de la comunidad, como pueden ser grupos de apoyo a las madres o actividades comunitarias de promoción de la salud y educación sanitaria.

Las prácticas de lactancia materna responden muy bien a las intervenciones de apoyo, y es posible mejorar en pocos años la prevalencia de la lactancia exclusivamente materna y su continuidad.

EL PLAN ESTRATÉGICO MULTISECTORIAL PARA LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA 2013-2021

Reforzará la aplicación de la normativa existente sobre la alimentación de los lactantes, garantizará la disponibilidad de salas de lactancia en los lugares de trabajo, y reevaluará los hospitales que hayan obtenido el certificado de "amigos de la madre y el niño" para confirmar que siguen apoyando la lactancia natural.

Mediante esas medidas, Perú intentará aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y continuación de la lactancia hasta los 24 meses en un 2% anual hasta 2021.

GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA (GALM)

Los grupos de apoyo madre a madre para la lactancia materna, representan mujeres ayudando a mujeres. Son pequeños grupos de embarazadas y/o mamás que están amamantando –o han amamantado– que se reúnen periódicamente con el fin de compartir

experiencias, apoyo e información adecuada acerca de la lactancia materna.

En el GALM, todas aprenden de todas intercambiando conocimientos, alentándose mutuamente, reflexionando sobre su propia situación y afianzándose en sus decisiones. Esto contribuye a que afirmen la confianza en sí mismas, fortaleciendo sus propias capacidades maternas.

El objetivo del GALM es crear un clima en el que se apoye entusiastamente la lactancia materna, y se proporcionen los conocimientos técnicos y prácticos que son necesarios para practicar una lactancia exitosa.

Se trata de ofrecer un espacio en el que las madres se sientan protagonistas y confiadas de expresar sus interrogantes y dificultades, compartiendo información adecuada y sugerencias prácticas acerca de la lactancia materna. De esta manera, disminuyen la diseminación de información y prácticas incorrectas, tendiéndose a su modificación.

El grupo brinda un importante apoyo emocional a las madres, dándoles confianza en su habilidad para amamantar y en la toma de sus propias decisiones.

Su participación les ofrece también una oportunidad para crear vínculos con otras madres y las ayuda a fortalecer sus capacidades maternas. El GALM potencia la autonomía de las mujeres con respecto a sus decisiones sobre la lactancia, proporcionándoles una mayor conciencia, información adecuada y el apoyo que necesitan para ejercer su derecho de amamantar.

IV. PLAN DE INTERVENCIÓN

4.1 JUSTIFICACIÓN

En muchas zonas alejadas del Perú, el nivel de atención de la salud es muy baja y en algunos casos inaccesible. Esto no solo se debe a las deficiencias en la organización del sistema público de salud, sino también estas carencias están relacionadas con la escasez de personal de salud y la baja capacidad de estos, la falta de recursos financieros o la ineficacia de los centros de salud, y la deficiente administración de nuestras instituciones de salud, los cuales agravan la situación de las comunidades.

La mayor o menor probabilidad de muerte y enfermedad está en función de factores como el estrato socioeconómico, la condición de ruralismo, el género y el nivel educativo en que se encuentran las personas y las comunidades. En nuestro país, el acceder a un servicio de salud es un privilegio. El primer impedimento que una persona en zona rural encuentra para recibir una atención médica idónea es el reducido número de personal especializado para atenderlo.

Sin embargo, aún alrededor de 6,560 recién nacidos por año mueren antes de cumplir un mes de vida.

Pero el gran reto para nuestro país, es no sólo intervenir en las causas directas de muertes, sino también desarrollar intervenciones integrales que impartan positivamente en la

calidad de vida de la niñez peruana, promoviendo estilos de vida saludables entre la población.

4.2 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Modificar estilos de vida en cuanto a los cuidados que

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Disminuir el tiempo de espera para la atención del recién nacido

Incrementar las coberturas de los controles de recién nacido

Afianzar nuevos conocimientos para la consejería brindada al recién nacido

Sensibilizar a las madres sobre la importancia de los controles del recién nacido

Implementar los Grupos de Apoyo a la Lactancia Materna

Contribuir a la disminución de la mortalidad neonatal

4.3 METAS

4.4 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

| ACTIVIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | INDICADOR | META | CRONOGRAMA | RESPONSABLE |
|--|--------------------------------------|-----------------------|--|------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Escoger un consultorio para la atención preferencial del recién nacido | Número de Consultorios implementados | 1 consultorio | El programa del articulado nutricional cuenta con un consultorio para atención preferencial del recién nacido | | Coordinador de la estrategia PAN |
| <ul style="list-style-type: none"> Realización de sesiones educativas a las madres sobre la importancia de los controles de recién nacido como medio para prevenir muertes neonatales | Número de sesiones educativas | 8 sesiones educativas | <p>100% de las madres sensibilizadas sobre la importancia de los controles de recién nacido</p> <p>90 % de los recién nacidos acuden a sus 4 controles</p> | | Lic. Enf. Elena Patricia Tizón Alberca |
| <ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de capacidades al | Pre test Post test | | El equipo de enfermería comunitaria 100% capacitado (licenciadas y | | Lic. Enf. Elena Patricia Tizón |

| | | | | | |
|---|----------------------------------|------------|---|--|---------|
| equipo de enfermería comunitaria sobre la técnica correcta de lactancia materna (con énfasis en el consumo de la leche final) | | | personal técnico) | | Alberca |
| • Reunión de socialización con el equipo de enfermería comunitaria sobre los 10 pasos de la lactancia materna exitosa | Número de reuniones | | El equipo de enfermería comunitaria 100% capacitado | | |
| • Realización de sesiones demostrativas de | Número de sesiones demostrativas | 4 sesiones | 100% de sesiones demostrativas realizadas | | |

| | | | | | |
|---|-----------------------|--|--|--|--|
| lactancia materna | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de capacidades al equipo de enfermería sobre la importancia del neurodesarrollo en el recién nacido. | Pre test Post test | | El equipo de enfermería comunitaria 100% capacitado (licenciadas y personal técnico) | | Lic. Enf. Elena Patricia Tizón Alberca |
| <ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de capacidades al equipo de enfermería sobre importancia de la formación del vínculo afectivo madre-hijo en el recién nacido. | Pre test Post test | | El equipo de enfermería comunitaria 100% capacitado (licenciadas y personal técnico) | | Lic. Enf. Elena Patricia Tizón Alberca |
| <ul style="list-style-type: none"> Reunión de | Número de reuniones | | 100% de promotores del programa Juntos y | | Lic. Enf. Elena Patricia Tizón |

| | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|
| <p>sensibilización con los promotores del programa Juntos y acompañantes técnicos de Cuna Mas de la jurisdicción sobre la importancia de los controles de recién nacido.</p> | | | <p>acompañantes técnicos de Cuna Mas sensibilizados</p> | | <p>Alberca</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Brindar consejería a las madres lactantes sobre la técnica correcta de lactancia materna (con énfasis en el consumo de la leche final) y su importancia para el | <p>Número de consejerías individuales</p> | | <p>100% de consejerías a todas las madres lactantes que acuden a los controles sobre técnica correcta de lactancia materna</p> | | <p>Equipo de Enfermería comunitaria</p> |

| | | | | | |
|--|---------------------------------|--|---|--|--|
| crecimiento y desarrollo de su recién nacido. | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Visitas de seguimiento a recién nacidos que no acuden a sus controles CRED. | Número de Visitas Domiciliarias | | 70 % de visitas domiciliarias de los recién nacidos que no acuden a sus controles | | Equipo de Enfermería comunitaria |
| <ul style="list-style-type: none"> • Implementación de los GALM (grupo de apoyo a la lactancia materna) en la jurisdicción del E.S | Número de GALM implementados | | Implementación de 2 GALM | | Equipo de Enfermería comunitaria |
| <ul style="list-style-type: none"> • Reunión de coordinación con el responsable de PROMSA del E.S | Número de reuniones | | | | Lic. Enf. Elena Patricia Tizón Alberca |

| | | | | | |
|---|------------------------------|--|---|--|----------------------------------|
| para la difusión a nivel interinstitucional sobre la importancia de la salud neonatal. | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Colocación de afiches informativos sobre prevención de muertes neonatales | Número de afiches colocados | | Colocación de 1 afiche en los servicios de crecimiento y desarrollo, admisión, triaje, obstetricia y hospitalización. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Realización de feria informativa en la semana de la lactancia materna | Número de feria informativas | | 1 feria informativa realizada | | Equipo de Enfermería comunitaria |

RECURSOS:

MATERIALES

| DESCRIPCIÓN | CANTIDAD |
|--------------------|----------|
| Laptop | 01 |
| Retroproyector | 01 |
| Usb | 01 |
| CD | 02 |
| Rotafolios | 03 |
| Papelotes | 10 |
| Cartulinas | 10 |
| Papel lustre | 10 |
| Plumones | 10 |
| Cinta de embalaje | 02 |
| Cinta masking tape | 02 |
| | |

HUMANOS:

- 4 licenciados en Enfermería
- 2 Técnicos en Enfermería

EJECUCIÓN

EVALUACIÓN

VII. CONCLUSIONES

VIII. RECOMENDACIONES

VII.- REFERENCIALES BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS