

# Capítulo 2

## 50 preguntas frecuentes en el consultorio

### **Dr. Mario Elmo**

Médico Pediatra. Secretario Consultor del Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Profesor Adjunto de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de La Matanza.

### **Colaboradora: Dra. Cristina Mendez de Feu**

Médica Pediatra. Especialista en Clínica Pediátrica, Universidad Nacional de Cuyo. Jefa del Servicio de Crecimiento y Desarrollo y Presidenta del Comité de Lactancia Materna del Hospital de Pediatría "Dr. H. J. Notti". Integrante del Comité de Crecimiento y Desarrollo de la Sociedad Argentina de Pediatría Nacional y de la Filial Mendoza.

## OBJETIVOS

- Responder con fundamentos científicos las preguntas que usualmente plantean los padres sobre la salud y la crianza de sus hijos.
- Revisar, a la luz de las publicaciones científicas y/o de las normativas de las autoridades de Salud Pública, las recomendaciones usuales en la práctica pediátrica que se basan en creencias y experiencias personales cuyos resultados no han sido evaluados.

## INTRODUCCIÓN

*“El conocimiento es navegar en un océano de incertidumbres a través de archipiélagos de certezas”.* Edgar Morín

En la práctica asistencial de pediatría ambulatoria el pediatra es el destinatario elegido por los padres como referencia a tener en cuenta para responder muchos de los interrogantes que se presentan en el complejo proceso de crianza y cuidado de la salud de los niños, donde interactúan sus propias historias, saberes, costumbres, creencias, ideología, el entorno sociocultural y la economía de mercado.

La formación tradicional de los pediatras y del equipo de salud que lo acompaña en la atención de la salud infantil, privilegia el conocimiento sobre entidades nosológicas definidas, su diagnóstico, prevención y tratamiento y sobre aspectos generales vinculados a la promoción de la salud y hábitos saludables.

Muchos interrogantes no están incluidos o lo hacen en forma marginal en el cuerpo del conocimiento médico, sugiriendo una importancia menor o un vacío de conocimiento. Sin embargo, los padres jerarquizan estos temas al incorporarlos frecuentemente en el espacio de la consulta, otorgando una significación de importancia desde las funciones materna y paterna.

Para el presente trabajo se realizó una consulta extendida a los pediatras a través de PEDAMB (foro de Pediatría Ambulatoria de la SAP, con más de 900 suscriptos en todo el país), a los miembros del Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria y a los profesionales que participan en los Cursos Regulares que organiza dicho Comité. Se les solicitó que seleccionaran y enviaran tres preguntas que las familias plantean en forma frecuente y cuyas respuestas generan dudas o existen controversias o no disponen de otro conocimiento que la sola experiencia o creencia personal, sin un fundamento científico válido. También se indicó que las preguntas debían respetar el lenguaje original respetando terminología y/o modismos.

De las preguntas recibidas se incluyeron aquellas que se reiteraban con más regularidad y que a criterio del autor podrían tener mayor significación en el cuidado de la salud infantil. Las mismas se agruparon en dos dimensiones: proceso salud-enfermedad-atención-prevención y crianza.

Esperamos que este trabajo sea de utilidad para acompañar mejor a los padres en la crianza y cuidado de la salud de sus hijos y para abrir nuevos interrogantes y reflexiones críticas sobre nuestra práctica profesional.



## PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN/ PREVENCIÓN

### 1. ¿Por qué cuando está con fiebre a veces tiene escalofríos y otras siente calor y traspira?

La fiebre es una elevación activa de la temperatura corporal, controlada por el Centro Termorregulador (CTR) del Sistema Nervioso Central. Cuando éste registra la presencia de pirógenos endógenos y exógenos, vía ciclooxigenasa, aumenta la producción de prostaglandina E2 que actúa en las neuronas responsables de los componentes autonómicos, endócrinos y conductuales de la respuesta febril, ejecutada por los órganos periféricos, con el fin de aumentar la temperatura. Estos efectos se manifiestan con escalofríos, vasoconstricción en piel y conductas de abrigo. Es el momento del ascenso febril y el aspecto del niño es similar a cuando tiene frío, por lo que se recomienda abrigarlo.

Cuando el CTR modifica hacia abajo el punto de ajuste de la temperatura corporal, por acción de neuropéptidos antipiréticos endógenos, implicados en el mecanismo de autorregulación del "techo febril", la respuesta defervescente, ejecutada en la periferia, busca eliminar el exceso de calor corporal y se manifiesta con vasodilatación cutánea, sudoración y conductas de desabrigo o búsqueda de refresco. Es el momento del descenso febril y el aspecto del niño es similar a cuando siente calor, por lo que se recomienda desabrigarlo y bañarlo.

#### *Bibliografía*

- Elmo M. Fiebre: mitos, fobias y razón. En "Manual para la Supervisión de la Salud de Niños, Niñas y Adolescentes". Comité Nacional de Pediatría Ambulatoria, Sociedad Argentina de Pediatría. Fundasap Ediciones 2010:327-331.
- Mackowiak PA, Boulant JA. Fever's glass ceiling. *ClinInfectDis* 1996;22(3):525-36.
- Straface RT y col. El niño febril de 1 a 24 meses de edad. *Arch Argent Pediatr* 2001;99(6): 509 [e]. Fecha de consulta: 25 de marzo de 2012. Disponible en <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2001/ele2.pdf>

### 2. ¿Le pueden venir convulsiones cuando la fiebre le sube mucho?

El término Convulsión Febril induce a pensar que las mismas son provocadas por la fiebre y que la probabilidad de que ocurran aumenta si aquella es elevada; sin embargo, la fisiopatología demuestra que no es la elevación de la temperatura corporal el desencadenante de las convulsiones febriles sino la activación de una vía metabólica paralela e independiente de la que actúa en el Centro Termorregulador, en la que también intervienen pirógenos endógenos liberados a la circulación ante la presencia de microorganismos patógenos, que disminuyen la concentración del zinc sérico. La hipozincemia activa los receptores de neurotransmisores excitatorios como el N-metil D aspartato (NMDA). Esta vía explica la presentación de convulsiones febriles en niños predispuestos.

Por lo tanto, al no ser la elevación de la temperatura corporal la responsable de las convulsiones, no debe relacionarse fiebre elevada y convulsiones, éstas sólo se presentan ocasionalmente en niños predispuestos, 2 a 5% de la población, entre los 6 y 60 meses de edad, y no se evitan ni se tratan con medicación antipirética ni con medios físicos (baños).

#### *Bibliografía*

- Celestino J. Fisiopatología de la fiebre y tratamiento antitérmico. En "Fiebre en Pediatría". Grupo de Trabajo El Niño Febril, Región Metropolitana, Sociedad Argentina de Pediatría. Fundasap Ediciones 2006: 13-19.
- American Academy of Pediatrics. Steering Committee on Quality Improvement and Management, Subcommittee on Febrile Seizures. Febrile Seizures: Clinical Practice Guideline for the Long-term Management of the Child With Simple Febrile Seizures. *Pediatrics* 2008 (121): 1281 – 1286.

### 3. ¿Hay que calentar la solución cuando se hace una nebulización?

La utilidad específica de la nebulización es vehicular agentes terapéuticos, no obteniéndose un beneficio significativo cuando se la utiliza sola en catarro de vías aéreas superiores. El nebulizador ultrasónico es ineficaz para vehicular medicamentos. La aplicación directa en fosas nasales de solución fisiológica hipertónica, al 3%, entibiada a la misma temperatura corporal, y con cuidado por el riesgo de quemaduras. Esta solución logra el efecto de facilitar el arrastre espontáneo de las secreciones o su expulsión por estornudo o deglución, liberando las vías aéreas; similar efecto y sin costo puede lograrse con agua tibia pura.

La indicación de calentar o entibiar la solución que se utiliza para nebulizar en domicilio, es inefectiva y puede ser riesgosa por contaminación o quemaduras. Por otra parte, el mecanismo del nebulizador a pistón o jet hace que la temperatura de la misma descienda rápidamente. Además, este dispositivo, agrega un costo familiar, pérdida de tiempo y aumenta el malestar y aprensión de los niños pequeños al sentir su boca y nariz cubierta con la máscara y con un dispositivo ruidoso durante varios minutos.

#### *Bibliografía*

- Urrutia L. Aerosolterapia. PRONAP 2004. Módulo 4, Cap 2:33-48.
- Mandelberg, A, Tal, G, Witzling, M, et al. Nebulized 3% hypertonic saline solution treatment in hospitalized infants with viral bronchiolitis. *Chest*2003(123):481-48.

### 4. ¿Se puede bañar cuando tiene varicela?

Contrariamente a algunas creencias, el baño no extiende ni complica una varicela. Además, es beneficioso para mantener la higiene de la piel y la prevención de la sobreinfección bacteriana. El baño diario con agua tibia, preferentemente con ducha y jabón debe ser recomendado, cuidando de no romper las lesiones, enjuagando bien y secando con toalla limpia, sin frotar.

El baño, como la aplicación de compresas húmedas, por efecto vasoconstrictor, también alivia el prurito, síntoma que provoca el rascado de la piel, cuya excoiación y contaminación constituye una puerta de entrada para infecciones agregadas. Por el mismo motivo, es recomendable mantener las uñas cortas y limpias y el lavado frecuente de las manos del paciente y de todos los convivientes.

#### *Bibliografía*

- Abarca V K. Varicela: Indicaciones actuales de tratamiento y prevención. *RevChilInfect* 2004;21(Supl 1):520-523.
- Centers for Disease Control and Prevention. Shingles: Herpes Zoster. <http://www.cdc.gov>. Mayo, 2012 (Fecha de consulta: 30 abril de 2012).

### 5. Mi bebé de 2 meses tiene cólicos, se retuerce y le molestan mucho los gases, ¿qué le puedo dar?

El término cólico suele ser usado por padres y pediatras ante cualquier episodio de llanto sostenido y reiterado en bebés. Wessel publicó en *Pediatrics* (1954) una definición de criterios para su reconocimiento como "cólicos del lactante": episodios paroxísticos de llanto e irritabilidad durante más de 3 horas al día, más de 3 días a la semana y por más de 3 semanas de duración en un niño aparentemente sano. Para el "vocabulario controlado" del

diccionario MeSH (Medical Subject Headings) de PubMed, cólico es "síndrome clínico con dolor abdominal intermitente, que se caracteriza por comienzo repentino y cesación".

Sin embargo, no existe evidencia que demuestre la asociación de estos episodios con dolor abdominal. Esta interpretación es una conjetura basada en la observación de una expresión de dolor o llanto, considerado subjetivamente como excesivo y de difícil consuelo, contracción de puños y extremidades inferiores, enrojecimiento cutáneo intenso y eliminación de gases por recto, complejo sindrómico no patognomónico. La interpretación de los padres y el "diagnóstico" y "tratamiento" de los "cólicos" prescrito frecuentemente por los pediatras, refuerzan y retroalimentan esta creencia hasta convertirla en certeza.

Diversas teorías intentaron explicar la causa de los "cólicos", como ser: deglución de aire, inmadurez neurológica con predominio vagotónico, disfunción de la motilidad intestinal, intolerancia a algún componente de la leche tanto humana como artificial e inflamación intestinal con alteración de la microflora, etc. A partir de la aceptación de la hipótesis del "cólico" se realizaron diversos ensayos terapéuticos orientados a estas supuestas causas que no mostraron evidencia significativa sobre su utilidad.

Por lo tanto, la sugerencia es realizar una anamnesis y examen físico minucioso para descartar patologías, observar la evolución y tranquilizar a los padres explicando la normalidad y transitoriedad de este comportamiento reactivo, común en lactantes, que solo requiere sosiego, suave y confortable sostén y paciente espera para su resolución.

#### *Bibliografía*

- Alonso MA, García Mozo R. Trastornos digestivos menores en el lactante. *Protocolos de Digestivo. Sociedad de Pediatría de Cantabria, Asturias y Castilla y León. Bol Pediatr* 2006;46(Supl.2):180-188.
- Garrison MM y Chistakis DA. A systematic review of treatments for infant colic. *Pediatrics* 2000;106:184-190.
- Moore DJ. Inflaming the debate on infant colic. *J Pediatr* 2009;Dec.155(6):772-3.

## **6. ¿Son buenas las bebidas deportivas para la diarrea?**

Los consensos médicos para diarreas infantiles no las recomiendan. Si un niño no está deshidratado es suficiente ofrecer con frecuencia agua pura y alimentos acordes a su edad y los que se alimentan con leche materna deben continuar su alimentación al pecho en forma habitual.

La evidencia indica que la administración de una solución de sales especialmente elaborada para la rehidratación oral (Sales de Rehidratación Oral - SRO) constituye la base fundamental para el tratamiento de la deshidratación en la gastroenteritis aguda. Como referencia de su composición las SRO de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2002) contiene 75 mEq/l de Na, 20 mEq/l de K, 75 mmol/l de glucosa y una osmolaridad de 245 mOsm/litro.

Las SRO no deben ser sustituidas por bebidas comerciales de uso común que si bien tienen mejor sabor no reúnen en su composición las condiciones adecuadas para la rehidratación en diarreas. Las llamadas bebidas deportivas, diseñadas para reponer las pérdidas de agua y sales durante el ejercicio, contienen solo entre 10 y 20 mEq/litro de sodio y 15 mEq/litro de potasio; las bebidas gaseosas, contienen menos de 4mEq/litro de sodio, mínimas cantidades de potasio y osmolaridades por encima de 450 mOsm/litro por su alto contenido en carbohidratos; y los jugos industriales de frutas que, aunque

tienen una mayor concentración de potasio (>20 mEq/litro), aportan mínimas cantidades de sodio y osmolaridades entre 600 y 700 mOsm/litro.

### *Bibliografía*

- Gutierrez Castellón P et al. Manejo de la Gastroenteritis aguda en menores de 5 años: un enfoque basado en la evidencia. *AnPediatr (Barc)* 2010;72 (3):220.
- SAP. Diarrea aguda en la infancia. Actualización sobre criterios de diagnóstico y tratamiento. 2003 <http://sap.org.ar/docs/profesionales/consenso/diarreagu.pdf>
- Román Riechmann E, Barrio Torres J, López Rodríguez MJ. Diarrea aguda. *Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición. Asociación Española de Pediatría. Editorial Ergón SA. Madrid, 2010.*

## **7. ¿Es cierto que es mejor que los niños pequeños se ensucien para crear defensas y evitar alergias?**

La idea y el mito que ensuciarse y exponerse a ambientes contaminados con gérmenes mejora el sistema inmune ha recobrado interés y popularidad a partir de una hipótesis científica según la cual las condiciones de vida moderna en los países desarrollados con niños bien nutridos y con baja exposición a agentes infecciosos y alta exposición a sustancias químicas ambientales derivados de la industria, tiende a sesgar la respuesta inmune en los primeros meses de vida. En estas condiciones la población de Linfocitos T tiende a un desarrollo preponderante hacia Th2, que sensibiliza contra alérgenos, en detrimento de Th1, de acción citotóxica contra microorganismos.

Esta hipótesis explicaría el aumento de la prevalencia de enfermedades alérgicas, asumida como epidemia de atopía, entre ellas rinitis, asma y gastroenteropatías, que, para el común de la gente, pueden confundirse con infecciones y dar por cierta la teoría.

La higiene individual y ambiental, para reducir la exposición a gérmenes patógenos y sustancias tóxicas, facilita la eficacia del sistema inmune, más aún en los niños pequeños que están en proceso de maduración del mismo lo que determina su mayor vulnerabilidad; por lo tanto esta teoría no justifica descuidar aquellos hábitos saludables.

### *Bibliografía*

- McGeedy S. Immunocompetence and Allergy. *Pediatrics* 2004;113(3):1107-1113.
- Bloomfield SF, Stanwell-Smith R, Crevel RWR, Pickups J. Too clean, or not too clean: the Hygiene Hypothesis and home hygiene. *ClinExpAllergy* 2006; abril 36(4):402-425.

## **8. Se desespera cuando le están por salir los dientitos ¿qué le puedo poner? ¿Le puede traer fiebre?**

El fenómeno eruptivo puede asociarse con trastornos menores como febrícula, irritación, aumento de la salivación, deseos de morder, leve inflamación o coloración azulada localizada en encía, pero en ningún caso se vincula con síntomas importantes o enfermedades como afecciones gastrointestinales o respiratorias. Muchos signos y síntomas son atribuidos a la dentición pero la evidencia sobre su causalidad es muy controvertida. La dentición como todo proceso natural no requiere ningún tratamiento específico.

Durante el período de inicio de la dentición disminuye la inmunidad pasiva que ha recibido el bebé y aumenta la probabilidad de contraer una amplia variedad de enfermedades comunes de la infancia. Las falsas creencias de síntomas provocados por la dentición, principalmente fiebre mayor a 38° C, pueden demorar e interferir con el diagnóstico precoz y el adecuado manejo de enfermedades potencialmente graves.

Ante la falta de evidencia firme al respecto, se sugiere considerar otros diagnósticos de mayor relevancia clínica antes de asignar causalidad de síntomas a la dentición y consecuentemente con ello no recomendar analgésicos, anestésicos locales, anillos congelados porque además de su inutilidad pueden ocasionar daño e intoxicaciones.

#### *Bibliografía*

- Wake M, Hesketh K, Lucas J. Teething and tooth eruption in infants: A cohort study. *Pediatrics* 2000;Dec.106(6):1374-9.
- Sood S, Sood M. Teething: myths and facts. *J Clin Pediatr Dent* 2010 Fall;35(1): 9-13.
- Tighe M, Roe MFE. Does a teething child need serious illness excluding? *Arch Dis Child* 2007;92:263-268.
- Fogel CG. Signos y síntomas atribuidos a la erupción dentaria en los niños. *Arch Argent Pediatr* 2004;102(1):35-43.

### **9. ¿A partir de qué edad un niño tiene que empezar a ir al odontólogo?**

La atención de la salud bucodental es conveniente realizarla dentro de los primeros 6 meses de la primera dentición y no más allá del primer año de vida.

El control temprano y periódico con odontopediatría promueve la salud bucal, a través del diagnóstico precoz de caries o anomalías orodentales y la educación para las medidas preventivas, tales como: enseñanza de prácticas correctas de higiene de encías y dientes; la higiene del chupete; evitar bebidas y alimentos cariogénicos y alimentación nocturna con biberones de leche o jugos. También, considerar la necesidad de la aplicación tópica periódica de flúor, para protección o remineralización del esmalte en caso de hipoplasia, o su administración vía oral, teniendo en cuenta la concentración de éste en el agua de consumo habitual, que varía mucho según regiones geográficas.

Las caries de los dientes primarios, considerada una de las infecciones de mayor prevalencia en la infancia, son fuente de dolor y complicaciones potencialmente graves. La atención precoz por odontopediatría contribuye de manera eficaz a la reducción de los factores de riesgo para el desarrollo de caries, como la colonización de la boca por *Streptococcus mutans*. También contribuye a la detección de hábitos bucales orales con funciones no nutritivas, como bruxismo, succión labial o del dedo y trastornos de la respiración y deglución posibilitando su tratamiento oportuno.

#### *Bibliografía*

- Fernández V. Odontopediatría. En "Manual para la supervisión de niños, niñas y adolescentes". Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria. Sociedad Argentina de Pediatría. Fundasap Ediciones, 2010:381-385.
- American Academy of Pediatrics Dentistry. Guideline on Infant Oral Health Care. Reference Manual 33 (6). Revisado 2012.

### **10. Rechina los dientes cuando duerme, ¿es porque tiene parásitos?**

El "rechinar de dientes" (bruxismo) es motivo de consulta y preocupación frecuente. La creencia popular la atribuye a parasitosis intestinal, asociación que no ha sido demostrada científicamente.

El bruxismo se define como una actividad parafuncional caracterizada por apretar fuertemente o deslizar o frotar los dientes unos sobre otros, produciendo el característico rechinar de los mismos. Es uno de los trastornos orofaciales más prevalentes, complejos y destructivos, dependiendo de su frecuencia, duración e intensidad; cuando aparece durante el sueño, se considera una parasomnia primaria no específica.



Los factores vinculados con su etiología son múltiples y muchas veces, indeterminados. Los predisponentes más frecuentes para su manifestación son las anomalías odontológicas, los trastornos temporomandibulares, stress, ansiedad o tensión acumulada, compromiso emocional y alteraciones respiratorias durante el sueño.

### Bibliografía

- Berredi AM, Cortese S, Oliver L. Factores asociados con bruxismo en niños y su prevalencia. *Bol Asoc Argent Odontol Niños* 2003; 32(2) Junio-Septiembre:9-12.
- Díaz-Serrano KV, da Silva CB, de Albuquerque S, Pereira Saraiva Mda C, Nelson-Filho P. Is there an association between bruxism and intestinal parasitic infestation in children? *J Dent Child (Chic)* 2008 Sep-Dec;75(3):276-9.
- Cortese S, Biondi A. Relación de disfunciones y hábitos parafuncionales orales con trastornos temporomandibulares en niños y adolescentes. *Arch Argent Pediatr* 2009;107(2):134-138.

## 11. ¿A partir de qué edad un bebé puede viajar en avión?

El pediatra debe evaluar el estado de salud previo al viaje y, si es necesario, realizar una prueba de simulación de hipoxia de altura (HAST) para identificar a aquellos niños susceptibles de complicaciones en altitud, que permitan aconsejar sobre medidas preventivas e informar a la compañía aérea sobre requerimientos y recomendaciones de eventual asistencia mediante el formulario MEDIF (Información Médica Standard para Transporte).

La gran mayoría de lactantes y niños sanos no presentarían niveles significativos de hipoxemia, riesgo potencial durante los vuelos. En el recién nacido de término es recomendable esperar una semana antes de viajar para asegurarse que no esté afectado por problemas de salud. En el caso de prematuros o niños con enfermedades agudas o crónicas que pudieran favorecer una hipoxemia (ver *Tabla 1*), las compañías aéreas están en condiciones de proporcionar oxígeno a sus pasajeros.

Una correcta planificación del viaje resulta primordial para que éste se realice de manera segura y confortable.

**Tabla 1. Enfermedades con aumento del riesgo de problemas relacionados con hipoxia**

Enfermedad pulmonar crónica del prematuro
Lactantes <6m, principalmente prematuros de <32 semanas de gestación, con infección respiratoria aguda de origen vírico
Fibrosis quística
Neumopatías intersticiales
Enfermedades restrictivas neuromusculares y cifoescoliosis
Pacientes con enfermedad pulmonar y anemia grave
Infecciones como tuberculosis o síndrome agudo respiratorio grave
Síndrome de apneas del sueño
Tromboembolismo venoso
Pacientes sometidos a cirugía torácica reciente
Cardiopatías con hipertensión pulmonar, arritmias no controladas y síndrome de Eisenmenger
Anemia falciforme
Otras comorbilidades preexistentes (enfermedades cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca)

Fuente: Rodríguez de Torres BO, De la Cruz OA. Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones previas al vuelo y a viajes con exposición a altitud en pacientes con patología respiratoria. *An Pediatr (Barc)* 2011; 75(1):64-e11. [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?)



### *Bibliografía*

- Aguerre V. Viaje en avión, riesgos y previsiones a considerar en los niños. *Arch Argent Pediatr* 2012;10(1):66-69.
- Rodríguez de Torres BO, De la Cruz OA. Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones previas al vuelo y a viajes con exposición a altitud en pacientes con patología respiratoria. *An Pediatr (Barc)* 2011; 75(1):64-e11. [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?)

## **12. Cada vez que viaja se mareo y vomita: ¿Qué puedo darle para evitarlo?**

Se entiende por mareo la sensación de inestabilidad, de pérdida del equilibrio o que uno o el espacio gira. Suele acompañarse de vértigo, náuseas, sudor, aumento de la salivación, somnolencia y vómitos. El mecanismo de producción se explica a partir de la recepción en el cerebro de aferencias sensoriales de movimiento contradictorias, especialmente entre el sistema visual y el vestibular. La hipótesis que justifica este trastorno se basa en la evolución de un sistema para la protección de una posible ingesta de neurotoxinas, mediante la inducción del vómito; este sistema se activaría por una distorsión sensorial similar producida por el movimiento pasivo.

El mareo por movimiento o cinetosis es una percepción subjetiva que ocurre cuando el niño se mueve de una manera pasiva en un medio de transporte (automóvil, ómnibus, barco). Todas las personas sanas pueden potencialmente experimentar cinetosis aunque existen diversos umbrales de sensibilidad. Los menores de 2 años no suelen presentarla, pero es más frecuente en niños que en adultos.

Para minimizar los efectos molestos se recomienda distraer la atención visual del exterior o mantener la vista fija en el horizonte a través del parabrisas delantero o fijarla mediante la lectura o acostarlo sobre su espalda con los ojos cerrados.

Diversos estudios realizados en adultos muestran controversias respecto a la utilidad de algunos fármacos para la reducción de síntomas. En los niños, suelen usarse antihistamínicos, como dimenhidrinato y cinarizina con resultados dispares y no exentos de efectos adversos.

### *Bibliografía*

- American Academy of Pediatrics. Car sicknes. *Healthychildren.org*. <http://www.healthychildren.org>. Marzo, 2012.
- Murdin L, Golding J, Bronstein A. Managing motion sickness. *BMJ* 2011; 343: d7430

## **13. Tengo una lesión ulcerada en el pezón: ¿puedo darle mi leche con pezonera o extraída con saca-leche?**

La lesión ulcerada en la aréola o pezón no es una contraindicación de la lactancia porque cubriendo la mama afectada puede amamantar de la sana. Será necesario extraer manualmente la leche de la mama afectada para mantener su producción, pero habrá que desecharla hasta que se determine el diagnóstico etiológico, fundamentalmente si se sospecha sífilis o herpes. La úlcera activa, a diferencia de la grieta, es redondeada, suele estar indurada y acompañarse de ganglios regionales.

La sífilis primaria (chancro de inoculación en aréola), si bien es una localización poco frecuente, debe tenerse en cuenta por ser altamente infectante al contactar la mucosa del bebé. De confirmarse la sospecha y una vez tratada y negativizada la lesión podrá amamantar de la mama afectada sin riesgos.

Las pezoneras no se recomiendan porque pueden reducir el flujo de leche, ocasionar confusión del pezón y facilitar infecciones.

### *Bibliografía*

- Cecchini E, González Ayala S. *Infectología y enfermedades infecciosas*. Ediciones Journal. 2008. Sección 5, Capítulo 31:212-218.
- OMS, OPS, UNICEF. *Afecciones del pecho. Consejería en Lactancia Materna. Curso de Capacitación 1993. Sesión 14:67-79.*

## **14. Tengo 2 hijos, de 2 meses y 3 años. ¿Qué les puedo poner para que los mosquitos no los piquen? Anoche les puse repelente y los picaron igual ¿por qué?**

Para prevenir las picaduras de mosquitos y otros insectos existen los medios físicos y químicos. Los primeros incluyen la ropa, los mosquiteros en aberturas y los tules sobre la cama o cuna. Los medios químicos para ahuyentar los insectos son los repelentes, de uso personal o ambiental; son elaborados a partir de aceites naturales (citronella, eucalipto limón) o sintéticos (dietiltoluamida: DEET, permetrina y aletrinas). Otra forma de prevención es evitar los criaderos de mosquitos en recipientes con agua.

Los repelentes de uso personal, que se aplican en el cuerpo están disponibles en diversas presentaciones: spray, crema, loción, aceite, aerosol. Los productos con aceite de citronella al 5% son de baja toxicidad, pero pueden irritar la piel, y su eficacia es de corta duración, menor a dos horas; son recomendables para lactantes pequeños. Los productos con el principio activo DEET, se presentan en concentraciones variables del 5 al 25 %, siendo la duración de su eficacia proporcional a la concentración, de 2 h a 5 hs., respectivamente. No se recomiendan para bebés menores de 2 meses, no deben inhalarse (el aerosol debe usarse en lugares abiertos y no rociar directamente sobre la cara), ni aplicarse en las palmas, piel lastimada o debajo de la ropa, ni usar en combinación con fotoprotectores. Evitar su aplicación excesiva o al dormir y lavar la piel y ropas expuestas periódicamente.

La duración de la protección de los repelentes también se ve afectada por factores ambientales (como temperatura, exposición al agua, humedad ambiental y velocidad del viento) y la actividad física (transpiración).

Los de uso ambiental (permetrinas, aletrinas, citronella) se presentan como espirales, tabletas, fluidos para dispersión, líquidos termoevaporables y para antorchas. No deben aplicarse sobre el cuerpo. Se deben utilizar con precaución, siguiendo estrictamente las recomendaciones del rótulo. El uso de tabletas y líquidos termoevaporables y las barreras físicas son más recomendables que los repelentes personales a la hora de dormir.

No son eficaces las pulseras empapadas de repelentes químicos, el ajo o vitamina B1 por vía oral y ni los dispositivos ultrasónicos.

### *Bibliografía*

- Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica. *Recomendaciones para la utilización de repelentes*. Publicaciones y prensa. Artículos de interés: *domisanitarios(consulta 30 abril de 2012)*. Disponible en <http://www.anmat.gov.ar/Domisaniarios/repelentes.pdf>
- U.S. Environmental Protection Agency. *Pesticides: Tropical & Chemical Fact Sheets. Active Ingredients Found in Insect Repellents. Set 10, 2009*. Disponible en [http://www.epa.gov/pesticides/health/mosquitoes/ai\\_insectrp.htm](http://www.epa.gov/pesticides/health/mosquitoes/ai_insectrp.htm)
- American Academy of Pediatrics. *A Parent's Guide to Insect Repellents. Last updated April 4, 2012*. [Healthychildren.org](http://www.healthychildren.org). Safety and prevention. Disponible en <http://www.healthychildren.org/English/safety-prevention>
- Lavin K, Pueyo S. *Actualización: Repelentes naturales y sintéticos*. *Dermatol Pediatr Lat* 2009;7(1):46-51.

## 15. ¿A qué edad le puedo regalar una mascota?

Alrededor de los 4 años un niño ya puede dar de comer o beber y jugar con un animal doméstico, preferentemente perro o gato, con la participación educativa de un adulto, pero recién a los 6 u 8 años estará en condiciones de hacerse cargo del cuidado de una mascota.

Se entiende como mascota a un animal de compañía y éste será doméstico si se cría en compañía humana. El hombre ha evolucionado utilizando animales para la caza o la cría del ganado (perros) y para la protección de silos de los roedores (gatos). Éstos a su vez se han adaptado por presión selectiva ambiental, desarrollando tolerancia a su presencia y capacidad de interactuar recíprocamente, encontrando en ello mutua gratificación y beneficio. Es por esta razón que perros y gatos se constituyen en mascotas recomendables, por sobre otros animales de compañía logrado mediante cautiverio (pájaros, roedores, reptiles, insectos, peces, etc.; algunos de ellos con prohibición explícita por ley).

Existen evidencias del beneficio de las mascotas para el desarrollo de los niños: aumenta la autoestima, mejora el humor, la socialización, los sentimientos y comportamientos de cuidado y respeto por los seres vivos. Es conveniente para su elección considerar la experiencia y conocimientos previos de la familia, el espacio disponible en la casa y en el caso de perros, aquellos de baja agresividad o sumisos. Simultáneamente debe educarse a la familia sobre las medidas de prevención para evitar infecciones y lesiones por mordeduras.

### *Bibliografía*

- Lema F. *Mascotas*. PRONAP 2005;1(2):39-69.
- Budiansky S. *La naturaleza de los gatos: orígenes, inteligencia, comportamiento y astucia delfelissilvestriscatus*. Paidós Ibérica. Barcelona, 2003.

## 16. ¿Cuándo hay que empezar a correrle la piel del "pito" para atrás?

No es necesario ni conveniente forzar la retracción del prepucio en los niños pequeños cuando está impedida, condición denominada fimosis fisiológica. Hacia los 3 años de vida el prepucio suele retraerse en la mayoría de los niños.

La estrechez de la abertura del prepucio, que impide que sea retraído sobre el glande, se denomina fimosis. Sólo en un muy pequeño porcentaje de recién nacidos y lactantes se les puede retraer el prepucio y no tienen adherida la mucosa prepucial al glande, pudiendo este proceso de separación extenderse hasta la pubertad en algunos casos.

Al tratarse esta adherencia de un proceso normal no se justifica intervenir con retracciones forzadas, a partir de la falsa creencia de resolver a tiempo un supuesto problema. Estas prácticas pueden además producir lesiones en el anillo prepucial que conducen a complicaciones, como cicatrización secundaria del prepucio, mayor fimosis, incluyendo trauma psíquico con aversión a la manipulación de sus propios genitales.

La aparición de tumoraciones blanquecinas bajo el prepucio (esmegma) se corresponde con un acúmulo de residuos epiteliales, rara vez se infectan, y favorecen el despegamiento espontáneo del prepucio, resolviéndose espontáneamente su evacuación.

La intervención temprana, quirúrgica o retracción manual, queda reservada para aquellos casos de infecciones urinarias o balanopostitis a repetición o cuando la estrechez del anillo provoca dificultad al orinar y globo prepucial durante la micción y en los casos de

fimosis verdadera, que se pone en evidencia recién a los 6 o 7 años con la presentación de un anillo rígido al intentar exponer el glande.

Por lo tanto, el prepucio no requiere cuidados especiales, sólo la higiene, facilitada con una suave maniobra para extender algún pliegue del mismo.

#### *Bibliografía*

- McLerny T y col. Fimosis. *American Academy of Pediatrics. Tratado de Pediatría. Editorial Médica Panamericana. 2011. Tomo 2. Capítulo 274: 2260-2263.*
- Ruiz E, Moldes J, Badiola F, Puigdevall JC. Dificultades y controversias en el manejo del prepucio en la infancia y adolescencia. *Arch Argent Pediatr 2001;99(1):81:83.*

### **17. ¿Cómo se les limpia a las niñas la “chuchita”?**

Dada su proximidad con el orificio anal, la disposición y características anatómicas de labios menores y mayores, vulva y meato urinario, los genitales de las niñas requieren una atención especial para su higiene. La misma debe realizarse con cuidado y meticulosamente desde recién nacida y fomentar el hábito de su correcta realización durante el crecimiento.

En el baño es necesario higienizarla con agua y jabón neutro separando bien los labios y permitiendo que se deslice un chorro de agua, evitando que queden restos de jabón en los pliegues. Cuando hay materia fecal es recomendable limpiar primero la zona del orificio anal y su proximidad y luego los genitales. El movimiento debe ser de los labios hacia el ano, cambiando de algodón o toallita higiénica cada vez. Toda la zona debe secarse bien y se deben lavar las manos con agua y jabón antes y después de realizarla.

#### *Bibliografía*

- Sullivan CK, Cruz-Rivera SD. Alta Hospitalaria del Recién Nacido Sano. *Tratado de Pediatría. Editorial Médica Panamericana. 2011. Tomo 1 Capítulo 93: 891-901.*

### **18. Mi hija de 4 años se esconde en un rincón y se frota los genitales ¿le puede hacer mal?, ¿es anormal a esta edad?**

La estimulación manual de los genitales como forma de reconocimiento sensorial y fuente de gratificación es un comportamiento normal de los niños que suele evidenciarse a partir de los 2 meses de edad alcanzando un pico de manifestación alrededor de los 4 años.

Una particular postura, enrojecimiento facial y sudoración, acompañado de movimientos pélvicos, frotación de la zona pubiana y gemidos pueden expresar este comportamiento que suele causar alarma y preocupación en los padres. No se recomienda reprender al niño, sí puede orientárselo sobre la conveniencia de la intimidad de estas conductas.

Si bien es un comportamiento normal, cuando es muy reiterado y llamativo, debe descartarse abuso sexual o irritación perineal e indagar sobre situaciones estresantes de su entorno familiar o social.

#### *Bibliografía*

- Yang M, Fullwood E, Goldstein J, Mink J. Masturbation in Infancy and Early Childhood Presenting as a Movement Disorder: 12 Cases and a Review of the Literature. *Pediatrics 2005;116(6).*

## 19. ¿Hay que esperar que se le caiga el cordón para bañarlo?

Se recomienda que el primer baño con agua y jabón neutro se realice al día siguiente de la caída del cordón, para no interferir el proceso de momificación y evitar la humedad local. Pese a ello, no hay evidencias en contra del baño antes de su caída cuando éste se observa sucio.

El cordón umbilical debe mantenerse limpio y seco, expuesto al aire libre o apenas cubierto con ropas livianas, sin tapanlo con el pañal para evitar su humedecimiento por orina o transpiración. Antes de su caída, la higiene del cuerpo puede realizarse por zonas, sin sumergirlo en agua.

### *Bibliografía*

- Ceriani Cernadas y col. El recién nacido sano. En "Neonatología Práctica". Editorial Médica Panamericana. 4ª Edición. 2009. Capítulo 10:130-148.
- Covas ME y col. Higiene del cordón umbilical con alcohol comparado con secado natural y baño antes de su caída, en recién nacidos de término: ensayo clínico controlado aleatorizado. Arch Argent Pediatr 2011;109(4):305-313.
- Zupan J, Garner P, Omari AAA. Topical umbilical cord care at birth (Review). Cochrane Library 2009;(1).

## 20. La madrina le regaló unos aritos ¿se los puedo colocar?

No es recomendable perforar los lóbulos de las orejas a una recién nacida. Se debe posponer hasta que la niña tenga edad suficiente para realizar el autocuidado de sus aritos. La costumbre de perforar los lóbulos de las orejas y colocarles aritos a las niñas en sus primeros días de vida conlleva siempre el riesgo de infección y eventuales accidentes de asfixia al quitárselos y llevarlos a la boca.

Las perforaciones constituyen una costumbre ancestral con distintos significados: religiosos, decorativos, mágicos, variando según momentos históricos, pueblos y culturas. En la cultura occidental existe la tradición de identificar a las mujeres cuando nacen o alrededor del primer mes, perforando los lóbulos de las orejas y colocando aritos.

Si la familia ya decidió colocarle los aritos abridores a una niña, se deben minimizar los potenciales riesgos con la sugerencia de que el perno sea de oro, acero inoxidable u otro material que permita evitar reacciones alérgicas al metal. El perno debe estar desinfectado al igual que el lóbulo de las orejas. Debe dejarse colocado sin apretarlo demasiado, hasta la cicatrización del conducto abierto y ocupado por el perno, aproximadamente 6 semanas. Para disminuir el riesgo de infección es recomendable aplicar un antibiótico local dos veces por día los primeros días.

### *Bibliografía*

- Catsicaris C. Perforaciones (Piercings) y Tatuajes. PRONAP 2008; Módulo 4 Cap 2:42-65.
- American Academy of Pediatrics. What is the best way to avoid infection after ear piercing? Healthychildren.org. <http://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/ear-nose-throat/Pages/default.aspx>. Last updated 26/05/2011.

## 21. ¿Puedo usar mi leche para la conjuntivitis del bebé?

Muchas madres usan su leche cuando observan secreciones en los ojos de sus bebés a pesar que reciban una contraindicación en la consulta médica.

La leche humana es isotónica y contiene linfocitos, fagocitos y muchos factores antibacterianos, entre ellos abundante IgA secretora, que impide la adherencia bacteriana en la conjuntiva. La fracción soluble también contiene lactoferrina, lisozima, interferón, factores de complemento y lactoperoxidasa que contribuyen a la resolución de las infecciones virales de las mucosas. Los ácidos grasos de cadena corta tienen potente acción bactericida, incluyendo el importante factor antiestafilocócico de los ésteres.

No obstante los efectos beneficiosos señalados, es necesario un diagnóstico etiológico, sobre todo en oftalmía neonatal por gonococo, clamidia y herpes para su tratamiento específico.

### *Bibliografía*

- Guerra de Almeida JA. *La leche humana: un híbrido biológico y social*. En: Asociación Española de Pediatría. *Manual de Lactancia Materna: de la teoría a la práctica*. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2009.
- Olitsky S, Hug D, Smith L. *Enfermedades de la conjuntiva*. En: "Nelson. Tratado de Pediatría". 18ª edición. Elsevier Editores. Barcelona, 2009. Volumen 2. Parte XXVIII; Cap 625:2588-2591.

## 22. ¿A qué edad se les toma la presión a los chicos?

La toma de la presión arterial (PA) debe formar parte del examen físico en la consulta pediátrica. En general las recomendaciones la sugieren a partir de los 3 años. Sin embargo, realizar esta práctica desde recién nacido y periódicamente en los controles de salud posibilita obtener un perfil individual de la PA del niño, las variaciones normales y detectar precozmente desviaciones anormales. Por otra parte, el niño se va familiarizando con esta maniobra lográndose su progresiva colaboración.

Es imprescindible realizar la medición en menores de 3 años en las siguientes situaciones: antecedentes de prematuridad, bajo peso al nacer, cardiopatías congénitas, infecciones urinarias, hematuria, proteinuria, enfermedades renales o malformaciones urológicas, antecedentes familiares de enfermedades renales congénitas, tumores malignos, trasplantes, tratamiento con fármacos que pueden elevar la PA, enfermedades sistémicas asociadas a hipertensión arterial y presión intracraneal elevada.

Para que la toma sea confiable, el niño debe estar sentado, con un descanso previo de 5 minutos, su espalda y pies apoyados, el brazo derecho también apoyado y a la misma altura del corazón, la cámara neumática debe cubrir al menos 2/3 de la circunferencia y 2/3 del largo del brazo y el estetoscopio debe apoyarse, sin presionar, en la fosa antecubital, previa localización del pulso braquial. En los niños pequeños se prefiere un dispositivo oscilométrico automático de medición.

### *Bibliografía*

- Grunfeld B. *Presión arterial: su evaluación*. En "Manual para la Supervisión de la Salud de niños, niñas y adolescentes". Sociedad Argentina de Pediatría. Fundasap Ediciones 2010;401-406.
- National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. *The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents*. Pediatrics 2004(114):555-576.



### 23. ¿Por qué el asiento de seguridad del bebé tiene que estar mirando hacia atrás?

Los niños deben viajar en la parte trasera del automóvil sujetos en un asiento de seguridad para lactantes, mirando hacia atrás, hasta que tengan al menos 1 año de edad y pesen por lo menos 9 kg. Aquellos que sobrepasen el peso antes del año deberán utilizar un asiento convertible, adecuado a su tamaño, teniendo en cuenta que la cabeza no debe sobrepasar la parte superior del respaldo del asiento. La silla, a su vez, debe estar sujeta con cinturones de seguridad. Esta posición reduce el riesgo de lesión cervical ante un eventual impacto. Este riesgo se ve incrementado en los niños pequeños debido a las características anatómicas de la edad: hiperlaxitud ligamentaria, vértebras cartilaginosas y la particular orientación de sus facetas articulares que explican el mayor rango de movilidad que presenta la columna cervical. A ello se agrega el mayor tamaño y peso de la cabeza con relación al cuerpo que sitúa el centro de gravedad a mayor altura.

Todas las medidas de seguridad para la prevención de incidentes de tránsito y la correspondiente explicación y fundamentación, deben necesariamente formar parte de la consulta pediátrica.

#### *Bibliografía*

- American Academy of Pediatrics, Committee on Injury and Poison Prevention. *Selecting and Using the Most Appropriate Car Safety Seats for Growing Children: Guidelines for Counseling Parents*. *Pediatrics* 2002;109(3):550-553.
- Enseñat V, Sojo M, Iolster J. *Prevención primaria. Sillas para autos: ¿qué saben los padres y qué podemos hacer los pediatras?* *Arch Argent Pediatr* 2002;100(4):281-288.

### 24. ¿Cuáles son los lugares más convenientes para ir de vacaciones con un bebé de 2 meses?

Un bebé puede acompañar a la familia en un viaje de vacaciones pero debe limitarse al mínimo su permanencia a la intemperie y evitar la exposición a las inclemencias del sol, el viento, el frío o el calor intenso. No debe mojarse o sumergirse en aguas de mares, ríos, lagunas, piscinas, por los riesgos de hipotermia e infecciones.

La playa es un ambiente hostil, no solo por la intensa radiación solar, la arena puede erosionar mucosas y suele estar contaminada por residuos y excrementos de personas o animales. La montaña es también un lugar de alta irradiación solar, con condiciones climáticas que pueden variar bruscamente y terreno de difícil tránsito con un bebé en brazos. Las zonas rurales pueden carecer de servicios básicos como agua potable y energía eléctrica, suelen haber animales dispersos, con riesgo de lesiones y restos de agroquímicos en el suelo. Las aguas termales están contraindicadas por los riesgos de sobrecalentamiento y/o posterior hipotermia.

Durante las vacaciones es preferible y seguro para el bebé hacer paseos cortos por la mañana temprano o al caer el sol y ante la exposición al sol, deben tener la mayor parte de su cuerpo cubierto, siendo que además las pantallas solares están contraindicadas en menores de 6 meses.

#### *Bibliografía*

- Sociedad Argentina de Pediatría. *El sol y la protección de la piel de los bebés y los niños. Información para la comunidad*. 2007. Disponible en [http://www.sap.org.ar/comu-temas-23-el\\_sol.php](http://www.sap.org.ar/comu-temas-23-el_sol.php)
- Subcomisión de Prevención de Accidentes. *Manual de prevención de accidentes*. Sociedad Argentina de Pediatría, Ediciones SAP, 2001. Disponible en <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/accidentes.pdf>



## 25. ¿Le hace mal al bebé el aire acondicionado cuando hace calor?

Cuando la temperatura ambiente es elevada se ponen en marcha mecanismos fisiológicos de termorregulación para mantener la temperatura corporal. En los recién nacidos y lactantes pequeños, si bien tienen todas las capacidades homeotérmicas, el rango de temperatura ambiental sobre la cual pueden actuar con éxito es muy limitado cuando se compara con un niño mayor.

En un ambiente muy caluroso debe disipar calor a través de la vasodilatación en piel y la sudoración. La disipación se realiza por conducción, convección, radiación y evaporación. La convección depende de la temperatura y circulación del aire y la evaporación por la velocidad y humedad del aire, siendo esta última la más importante o única en los días de calor extremo, cuando la temperatura ambiente supera la corporal.

En estas condiciones es recomendable la utilización de ventiladores y aire acondicionado para procurar un ambiente térmico neutro y facilitar el proceso de termorregulación evitando el riesgo grave de deshidratación y golpe de calor.

### *Bibliografía*

- Hey E, Scopes JW. Termorregulación en el recién nacido. En: Taeusch HW, Avery ME. Compendio de neonatología de Avery. 7ª ed. Elsevier; 2001. Cap 12;221-231.

## 26. Mi hija de 3 años repite varias veces el principio de las palabras ¿será tartamuda?

Aproximadamente el 85% de los niños de 2 a 6 años presentan algunas dificultades en la fluidez del habla, denominadas disfluencias, que suelen ser transitorias y se expresan con repeticiones, interposiciones, pausas y prolongaciones al comienzo de las palabras. Estas disfluencias se consideran dentro del desarrollo de la fluidez, cuando no se manifiestan signos de esfuerzos para hablar.

Las alteraciones en la fluidez o tartamudeo son trastornos del habla y del lenguaje que se manifiesta tempranamente, suele registrar antecedentes familiares y se caracteriza por disfluencias frecuentes y de varios tipos, con signos de tensión y esfuerzo observables en la expresión facial, que pueden acompañarse con elevación del tono de voz, movimientos de la cabeza y parpadeo.

Las disfluencias transitorias, en general no requieren intervención terapéutica; se debe considerar el contexto familiar, la eventual condición de migrantes y sugerir a los padres que le hablen al niño en forma pausada, con lenguaje claro y que lo escuchen con atención, sin expresar ansiedad y sin intentar corregirlo o "ayudarlo" a completar la palabra. En las disfluencias con esfuerzo físico audible o visible, se recomienda no demorar la derivación al logoterapeuta para el diagnóstico y tratamiento oportuno y específico del trastorno.

### *Bibliografía*

- Payme P. Tartamudeo. Tratado de Pediatría. Academia Americana de Pediatría. Editorial Médica Panamericana, 2011. Tomo 1. Capítulo 147:1364-1367.
- Weir E, Bianchet S. Developmental dysfluency: early intervention is key. CMAJ 2004; June 8 (170):12.
- Costa D, Kroll R. Stuttering: an update for physicians. CMAJ 2000;162(13):1849-55.

## 27. Mi hijo tiene 15 meses y aún no camina ¿es normal?

La marcha es quizás uno de los logros más trascendentes y de mayor impacto familiar. En general los niños comienzan a caminar alrededor del año de edad y la mayoría de los niños, en condiciones normales, logra caminar a los 15 meses pero un pequeño porcentaje lo logra un tiempo después. La deambulaci3n es una adquisici3n neuromotora de car3cter madurativo, vale decir que el porcentaje de ni1os que la cumple se incrementa a medida que aumenta la edad del ni1o.

Como referencia, seg3n un estudio realizado en 1996 en nuestro pa3s, sobre la edad de cumplimiento de pautas del desarrollo en ni1os argentinos sanos menores de 6 a1os de edad, el 25% de los ni1os camina solo a los 11 meses y 12 d3as de edad, el 50% lo consigue a los 12 meses y 10 d3as y el centilo 90 se logra a los 15 meses de edad. Un 10% de los ni1os adquiere esta pauta despu3s de los 15 meses.

### *Bibliograf3a*

- Lejarraga H et al. Edad de cumplimiento de pautas del desarrollo en ni1os argentinos sanos menores de 6 a1os. Arch Argent Pediatr 1996;94(6):355-368.
- Krupitzky S, Di Cand3a A. Desarrollo normal en el primer a1o de la vida. PRONAP 1997; M3dulo 4. Cap 3:64-88.
- Czornyj L. Maduraci3n psicomotriz del ni1o normal de 0 a 3 a1os. PRONAP 2007; M3dulo 2. Cap 2:61-100.

## 28. Mi hijo tiene 11 meses, gatea, se para. ¿Qu3 tipo de calzado es el adecuado para cuando comience a caminar?

El pie humano ha evolucionado anatómica y fisiológicamente para caminar descalzo y esta condici3n favorece un desarrollo 3ptimo de los miembros inferiores. La funci3n m3s importante del calzado (producto y logro cultural del hombre) es proteger los pies de traumatismos, infecciones y temperaturas extremas.

El calzado para los ni1os en las primeras etapas de la deambulaci3n debe permitir la movilidad articular del pie y debe ser flexible, c3modo, lo suficientemente ancho y largo para permitir la movilidad de los dedos, con una base que se adhiera al piso. Esta base que puede ser de goma o sint3tica blanda, y amortiguadora de golpes, puede estar cubierta por una tela o cuero igualmente blando. Dado que el amarre del calzado al tal3n es pobre por brevedad del calc3neo, es 3til que est3 sujeto en la garganta del pie, pero no impidiendo el libre juego natural del tobillo, que facilita la coordinaci3n motriz del equilibrio y el fortalecimiento progresivo de las estructuras musculo-tendinosas. Como el pie del ni1o est3 en crecimiento continuo es necesario controlar peri3dicamente la adecuaci3n del calzado al tama1o del mismo. Si es r3gido y compresivo puede causar deformidad, debilidad y afectar el desarrollo motriz de sus pies.

Los ni1os peque1os tienen un pie inmaduro, la almohadilla adiposa no permite observar la b3veda plantar, y es considerado como un pie plano fisiol3gico durante esta etapa del desarrollo. El uso de plantillas o calzados especiales, no han demostrado ser 3tiles. El zapato "correctivo" para pies normales es perjudicial para el ni1o, caro para la familia y su indicaci3n, un descr3dito para los pediatras. La selecci3n del tama1o del calzado debe hacerse observando al pie descalzo y parado en el piso.

### *Bibliograf3a*

- Stefano EE. Trastornos de la marcha. PRONAP 2002; M3dulo 4, Cap 2:29-46.
- Baar A., Ib31nez A., Gana N. Pie plano flexible ¿Qu3 y porqu3 tratar? Rev Chil Pediatr 2006. 77 (4): 350-354.
- Staheli L.T. Shoes for Children: A Review. Pediatrics Vol 88 (2), 2 August 1991. Pp. 371 – 375. Disponible en <http://pediatrics.aapublications.org/content/88/2/371.short>

## 29. ¿Le hace mal a la columna llevar mucho peso en la mochila cuando va a la escuela?

La preocupación por el peso de las mochilas se vincula con su posible efecto desfavorable sobre la columna de los niños en edad escolar. La revisión de los efectos biomecánicos y fisiológicos por el uso de mochilas pesadas mostró la adaptación postural al peso, la inclinación del tronco hacia adelante, alterando la cinética de la marcha y aumentando el gasto metabólico; sin embargo, no hay evidencia de que estos efectos puedan provocar problemas en la espalda. El esfuerzo de transportar las mochilas escolares debe compararse con las actividades físicas realizadas por los mismos niños durante sus juegos y probablemente no sea peligrosa para la columna vertebral. De todas formas, algunas precauciones son convenientes tener en cuenta: que el peso de la mochila sea menor al 15% del peso corporal, que tenga correas anchas y acolchadas y una para sujetar al abdomen, que la carga se distribuya en forma pareja con el mayor peso en el centro.

Se debe aligerar el peso o discontinuar su uso cuando el niño manifieste dolor de espalda.

### *Bibliografía*

- Cardón G, Balonqué F. Backpacks and spinal disorders in school children. *EuraMedicophys* 2004 Mar;40(1):15-20.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Ley N° 50 y Decreto Reglamentario N° 1430/007, BOCBA N° 2791 del 18/10/2007.

## CRIANZA/PROMOCIÓN/PREVENCIÓN

### 30. ¿Cuándo puede salir de la casa un recién nacido?

No hay inconveniente en salir a pasear, hacer una diligencia o concurrir a la consulta médica, transportado en brazos, cochecito, automóvil o a pie, siempre que las condiciones climáticas, frío, calor, tormenta, no sean extremas. Se lo debe vestir considerando no solo la temperatura ambiente, sino también el viento, por la aceleración de la pérdida de calor por convección. La exposición al sol debe ser de muy breve duración o nula según la época del año (de octubre a marzo), la hora del día (mediodía o tarde temprano) o a la mayor altitud o menor latitud geográfica. Estas precauciones deben ser más estrictas aún, en caso de prematuros o recién nacidos con problemas de salud.

Contrariamente a ciertas creencias, el estar o transitar al aire libre no causa enfermedades respiratorias y sí puede representar un riesgo el lugar donde se arriba, por hacinamiento y contagio de infecciones o por ambiente contaminado, por ejemplo, con humo de tabaco.

### *Bibliografía*

- Ceriani Cernadas y col. El recién nacido sano. En "Neonatología práctica". Editorial Médica Panamericana. 4ª Edición. 2009. Capítulo 10:130-147.
- McInerny y col. Alta hospitalaria del recién nacido sano. En "Tratado de Pediatría", Tomo 1, Sección 3, capítulo 93:891-901. Editorial Médica Panamericana. 2011.

### 31. ¿Es conveniente ofrecerle el chupete a los recién nacidos?

Los padres encuentran en el chupete un recurso de contención tanto para ellos como para el niño, cuando no lo logran a través de la puesta al pecho, por diversos motivos. Éstos pueden ser: irritabilidad, dificultades para prenderse al pecho, técnicas inadecuadas, agotamiento o padecimiento psicofísico materno, administración inconsulta de fórmulas

de leche de vaca, falta de apoyo parental, servicios de salud no comprometidos con la lactancia, entre las más comunes. Sin embargo, la utilización precoz del chupete puede representar un marcador de dificultades. Este momento de vulnerabilidad es una oportunidad para que el pediatra despliegue todas las habilidades necesarias para identificar esas dificultades y acompañar, informar y promover la lactancia materna exclusiva.

Efectivamente, el chupete como dispositivo de succión no nutritiva, suele tranquilizar al niño o facilitar la conciliación del sueño, sin embargo, también se postula que su uso aumenta las dificultades con el agarre y altera el mecanismo fisiológico de succión del pecho ocasionando el "síndrome de confusión" y un abandono precoz de la lactancia. A favor se considera un efecto protector para el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante.

Puede aceptarse entonces su uso, una vez que la lactancia materna exclusiva esté bien establecida, a partir de las 3 o 4 semanas de vida, respetando la preferencia del bebé por su uso o rechazo.

#### *Bibliografía*

- American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of Human Milk. *Pediatrics* Vol 129 (3) March 2012:e827-e841.
- Rossato NE. Lactancia materna y prevención del síndrome de muerte súbita del lactante. *Arch Argent Pediatr* 2011;109(5):388-390.
- Lozano de la Torre MJ y col. Uso del chupete y lactancia materna. *AnPediatr (Barc)* 2011;74:271.e1-e5.-vol.74 (04).

## **32. ¿Cuándo empiezan los bebés a dormir toda la noche?**

Al nacer los lactantes tienen un patrón básico de estados de sueño tranquilo y activo que alternan cada 4 horas. A medida que progresa la organización neurofisiológica, los períodos de sueño y vigilia se agrupan gradualmente en respectivos períodos más prolongados. Hacia los 3 meses el sueño se presenta con un patrón más maduro, con períodos más prolongados durante la noche y a partir de los 4 meses ya hay más tiempo de sueño tranquilo con la posibilidad cierta de dormir toda la noche.

Distintas influencias ambientales, actúan sobre el ritmo biológico y los momentos de dormir y despertar. El más poderoso de ellos es la exposición a la luz/oscuridad; también la alimentación y la interacción social afectan los ciclos de sueño y vigilia. La luz a través de su estímulo en la retina actúa en el núcleo supraquiasmático inhibiendo la secreción de melatonina, la hormona del sueño.

Es fundamental considerar estas influencias para que las acciones de los padres acompañen en forma coordinada la adquisición del ritmo circadiano con sueño nocturno. Se debe tener en cuenta que los lactantes en los primeros meses, se muestran inquietos 10 a 20 minutos antes de dormirse y el contacto corporal les provee seguridad y sosiego, facilitando la conciliación del sueño.

La desorganización de los hábitos familiares, la impaciencia, la sobreexigencia, la imposición y el estrés de los padres suelen ser los factores que perturban este normal proceso de organización del sueño.

#### *Bibliografía*

- Howard B, Wong J. Trastornos del sueño. *Pediatrics in Review* 2002 (Ed. En español), 23(1):3-18. American Academy of Pediatrics.
- Mazzola ME. Sueño: perturbaciones más frecuentes en la infancia y la adolescencia. *PRONAP 2010; Módulo 3 Capítulo 2: 30-57.*
- Convertini G. El sueño normal y sus perturbaciones. En "Manual para la Supervisión de la Salud de niños, niñas y adolescentes". Sociedad Argentina de Pediatría. Fundasap Ediciones, 2010; 481-485.

### 33. Mi bebé de 2 meses tiene que dormir boca arriba y mis otros hijos de 12 y 14 años dormían boca abajo. ¿Por qué cambió?

La posición boca arriba de los bebés para dormir es uno de los pilares de la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). A partir de esta recomendación postural, que incluye a los lactantes de término y pretérmino sanos y de bajo peso al nacer, se redujo drásticamente la incidencia de SMSL. Siguen considerándose como necesarios la intervención sobre otros factores de riesgo, como el consumo de alcohol y el tabaquismo durante del embarazo, la exposición al humo de tabaco ambiental, el sobreabrigo y la cara o cabeza cubierta, la postura de costado y el colecho para dormir, éste último no exento de controversias.

Las recomendaciones vigentes para la prevención del SMSL incluyen: lactancia materna, apoyo sobre colchón o superficie firme, sin almohada, cohabitación durante el sueño y el uso del chupete una vez que esté bien establecida la lactancia materna exclusiva.

La indicación de decúbito supino durante el sueño para todos los lactantes, está contraindicada en malformaciones craneofaciales y de la vía aérea superior, displasia broncopulmonar o enfermedad pulmonar crónica y reflujo gastroesofágico patológico.

#### *Bibliografía*

- Trachtenberg F, Haas E, Kinney H, Stanley Ch, Krous H. Risk Factor Changes for Sudden Infant Death Syndrome After Initiation of Back-to-Sleep Campaign. *Pediatrics* 2012;129 (4):630-638.
- Ceriani Cernadas y col. Síndrome de muerte súbita del lactante. En: "Neonatología Práctica". Editorial Médica Panamericana, 2009. Cap 61: 835-855.

### 34. ¿Hay que rasurarle la cabecita a los bebés para que el pelo le crezca más fuerte?

El pelo es una de las características que nos identifican a todos los mamíferos. La evolución fue modelando en cada especie las distintas funciones del pelaje como respuesta adaptativa a la presión de su entorno físico y social para optimizar la supervivencia y la variabilidad morfogénica de la especie.

Esto no es ajeno al ser humano y, específicamente, al bebé recién nacido que nace provisto de una cubierta de lanugo en el cuerpo, pelos blandos y finos con limitada capacidad de crecimiento y pelo veloso en la cabeza que será reemplazado más tarde por pelo terminal más grueso al 3er o 4to mes de vida. El corte o rasurado del cabello no acelera ni mejora este proceso. La fase de crecimiento del folículo piloso del cuero cabelludo, es continua, estos folículos son metabólicamente muy activos y por lo tanto, sensibles a los cambios nutricionales y distintas alteraciones de orden interno, por lo que constituye además, una valiosa fuente de información clínica.

Las funciones generales de esta cubierta pilosa están fundamentalmente vinculadas con la regulación térmica, la percepción sensorial, la protección de la piel de la irradiación solar y del contacto directo con superficies o agentes irritantes y, también, al reconocimiento físico por parte de sus congéneres. Estas funciones son también vitales para la adaptación de un recién nacido a la vida extrauterina. La utilización adicional de gorritos complementa, no reemplaza, algunas de sus funciones, advirtiéndose la escasa racionalidad que supone cortar su propio pelo y reemplazarlo, por ej. con el pelo de un animal de otra especie, como un gorrito de lana.

### Bibliografía

- Mancini A, Lawley L. Estructura y función de la piel del recién nacido. En: "Dermatología Neonatal". 2da Edición. Elsevier España. Barcelona, 2009.
- Barnett NK. Alopecia y Alteraciones del tallo piloso. American Academy of Pediatrics. En "Tratado de Pediatría". Editorial Médica Panamericana. 2011. Tomo 2. Capítulo 106: 1466-1473.

## 35. Me dijeron que es muy bueno que los bebés hagan natación y aprendan a flotar: ¿qué me aconseja?

Para esta actividad es necesario tener en cuenta los factores de riesgo como ser, infecciones por contaminación del agua con fluidos corporales o excretas, hipo o hipertermia por la limitación en la capacidad de termorregulación en el agua sumadas a las propias de la edad, intoxicación hídrica por ingesta involuntaria de agua, hipoxia por pausa refleja respiratoria al percibirse agua en las fosas nasales, irritación de vías respiratorias por cloración.

Es preciso, además, considerar que antes de los 5 años no tienen capacidad para aprender a nadar y puede generarse una falsa sensación de seguridad por parte de los padres cuando los bebés y niños pequeños muestran habilidades para flotar o movimientos rudimentarios de natación. Esta apariencia de "saber nadar" puede relajar la rigurosa supervisión de contacto permanente en el agua por parte de los adultos responsables del cuidado, con el grave riesgo de ahogamiento.

Los aspectos que pueden valorarse como positivos son aquellos vinculados con el placer del contacto, deslizamiento y flotación, el estímulo para desplegar movimientos y experiencias motrices y propioceptivas y la interacción con la madre, todos estos pueden conseguirse de igual o mejor manera, y a menor costo, con otras actividades sin recurrir a la inmersión en un natatorio público.

### Bibliografía

- Gentile A. Comentario Editorial: Castor M, Beach M.J. Transmisión de enfermedades asociadas a la recreación acuática. Estrategias para su disminución. Natación y diarrea, una nueva problemática de la salud pública. *Pediatr Infect Dis J* 2004;23(9):866-70. En *Correo de la SAP*, 2005 (1): 7-39.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Sports Medicine and Fitness and Committee on Injury and Poison Prevention. Swimming Programs for Infants and Toddlers. *Pediatrics* 2000;105 (4):868 -870.
- Voisin A, Sardella A. Infant swimming in chlorinated pools and the risks of bronchiolitis, asthma and allergy. *ERJ* July 1, 2010 (36): 41-47.

## 36. Mi hijo de 3 meses duerme toda la noche ¿lo tengo que despertar para darle la teta?

Hacia el 3º o 4º mes de vida muchos lactantes empiezan a dormir toda la noche. El despertarlo para darle el pecho puede interferir la maduración normal del sueño o modificar su ciclo de sueño por la introducción del alimento (hambre aprendida).

Sin embargo, si la mamá se encuentra en amenorrea y ha elegido el Método Lactancia-Amenorrea (MELA) para evitar un nuevo embarazo, la lactancia materna exclusiva del bebe, requiere mamadas frecuentes día y noche. En este caso si el niño hace una pausa nocturna prolongada, habrá que reducirla. Además, para que las mamás puedan tener el beneficio de la lactancia como método anticonceptivo, necesitará recibir un asesoramiento correcto sobre el MELA.

### Bibliografía

- McInerney T y col. Alteraciones del sueño. En "Tratado de Pediatría". Editorial Médica Panamericana. 2011. Tomo 1. Capítulo 148: 1367-1385.
- Kennedy KL, Rivera R, McNeilly AS. Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. *Contraception* 1989;39:477-496.



### 37. ¿Le puede traer problemas al bebé ponerlo en un “bebesit”?

El mercado produce y ofrece una serie de accesorios supuestamente necesarios para el bebé en los primeros meses de vida, entre ellos el “bebesit” que simula reemplazar los brazos maternos y posiciona semisentado al niño para enfrentar su mirada con el ambiente y la familia. Existe la creencia que ésta es una posición confortable y estimulante; sin embargo, este dispositivo presenta algunos inconvenientes a considerar: no es estable, con riesgo mayor de caída por la práctica corriente de apoyarlo en una mesa, se fuerza la posición semisentada cuando aún no posee un adecuado sostén cefálico, impide el ejercicio espontáneo de la musculatura abdominal y limita la movilidad espontánea de todo su cuerpo.

Si un bebé no está en brazos, el lugar más adecuado es el piso sobre una superficie blanda, en decúbito supino o prono, preferentemente el primero, que le facilita, en una posición de descanso del peso de su cuerpo, movilizar la cabeza siguiendo su propio interés, y los miembros, permitiéndole libremente las habituales descargas tónico emocionales. De este modo, establece una base de desarrollo segura para luego adquirir, progresivamente, nuevas pautas motrices, como rodar y torcer el tronco para pasar voluntariamente al decúbito ventral. El piso es además un lugar seguro, no existe posibilidad de caídas, solo es necesario mantenerlo limpio, con agua y lavandina, y dejar fuera de su alcance objetos peligrosos.

#### *Bibliografía*

- Blasco M. *Desarrollo psicomotor: de 0 a 2 años*. Comité Nacional de Familia y Salud Mental, Sociedad Argentina de Pediatría. Disponible en [http://www.sap.org.ar/staticfiles/organizacion/comitesnacionales/familia/0\\_a2.pdf](http://www.sap.org.ar/staticfiles/organizacion/comitesnacionales/familia/0_a2.pdf)
- Ministerio de Salud de la Nación. *Desarrollo motor y postural autónomo*. En: *Desarrollo infantil: primer año de vida*. Buenos Aires, <http://www.msal.gov.ar>. Disponible en <http://msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/Dllo-motor.pdf>

### 38. Estoy embarazada de 2 meses. ¿Puedo seguir dándole el pecho a mi bebé de 10 meses?

Si la madre lo desea, es posible dar el pecho durante el embarazo y luego amamantar a los 2 niños: lactancia en tándem. Si no desea la lactancia en tándem puede realizar un destete paulatino al fin del embarazo.

No existen razones médicas que justifiquen la interrupción de la lactancia materna, salvo si existiera amenaza de parto prematuro, pues la oxitocina (hormona eyecto-láctea) tiene también la función de contracción del útero materno.

#### *Bibliografía*

- UNICEF-AFACIMERA. *Lactancia Materna, bases científicas para la práctica clínica. Amamantamiento y nuevo embarazo*. Mayo 2003, anexo III: 143.

### 39. ¿Puedo pararlo sobre los pies a mi bebé de 3 meses?

El reflejo de enderezamiento estático en la posición de pie suele desaparecer entre el 2<sup>do</sup> y 3<sup>er</sup> mes de vida. La sobreestimulación en esta postura puede hacer persistir la misma retrasando la adquisición de los próximas pautas motrices.

La marcha automática se pierde promediando el segundo trimestre y se continúa por un período de silencio para la marcha, también normal, denominado “astasia-abasia”, en el



cual, si se intenta que apoye las plantas de los pies sobre una superficie, el bebé retira sus miembros inferiores en triple flexión, manteniendo ambos pies recogidos en el aire. Este período de “astasia-abasia” desaparecerá 2 meses después con el apoyo voluntario preparatorio para la futura marcha definitiva, que normalmente inicia con el rebote repetido de ambos pies, conocido como “etapa del saltarín”.

De este modo, si en el período de astasia-abasia se sobreestimula y ejercita al bebé haciéndolo rebotar sobre un plano de apoyo, reaccionará con un rebote repetido haciéndolo entrar sin la transición necesaria a la etapa del saltarín.

### *Bibliografía*

- Czornyj L. *Maduración psicomotriz del niño normal de 0 a 3 años*. PRONAP 2007; Módulo 2 Cap 2:63-102.

## **40. En un mes finaliza mi licencia por maternidad y vuelvo a trabajar. ¿Qué cosas debo tener presente para elegir una guardería?**

El “Jardín Maternal”, denominación superadora de “Guardería”, es una institución que pertenece al sistema de Educación Inicial en el período comprendido entre los 45 días de vida a los 2 años, inclusive; pueden ser de gestión estatal, privada o de otras organizaciones de la comunidad. Esta unidad pedagógica debe cumplir con las normativas vigentes para cada distrito, responsable de su habilitación y control. Las actividades deben estar a cargo de docentes titulados, bajo la supervisión de la autoridad educativa local, incluida la organización en secciones, extensión de la jornada y servicios complementarios de salud y educación.

Corresponde a las funciones de un Jardín Maternal la promoción del aprendizaje y formación integral en el contexto familiar y comunitario, el cuidado y respeto, la capacidad creativa, el juego como alto valor cultural para todas las áreas del desarrollo, la capacidad de comunicación, debiendo atender e integrar las desigualdades sociales y necesidades especiales. Es fundamental que se proporcione afecto, interacción visual y verbal y atento cuidado.

Las salas deben ser luminosas; las paredes con revestimientos o pinturas lavables; el piso de superficie lisa en su totalidad, preferentemente goma; adecuada calefacción y ventilación, fuera del alcance de los niños; juegos y juguetes acordes a la edad y la decoración atractiva, sin excesos. Los muebles y todos los elementos deben cumplir con las normas de seguridad para evitar accidentes. La higiene de superficies y juguetes debe ser exhaustiva y continua, debiendo utilizar guantes descartables para el cambio de pañales en un área separada del área de alimentación. Del mismo modo, deben estar separadas e individualizadas las áreas de juego y sueño o descanso, distribuidas de manera tal que permita una mirada abarcativa por el personal docente.

Debe considerarse la organización en grupos o subgrupos por edades, como mínimo dos: menores y mayores de 18 meses, con criterio dinámico según características de los niños y con una relación docente, según edades (ver *Tabla 2*).

La cercanía al lugar de trabajo o vivienda, es un factor importante a tener en cuenta en la elección de un Jardín Maternal, para evitar tiempos perdidos de transporte, tener fácil acceso y disponibilidad de espacio para continuar con la lactancia materna y poder concurrir con frecuencia, manteniendo una comunicación permanente con los docentes.

**Tabla 2. Organización del jardín, según edad.**

edad	relación niños/personal	tamaño máximo del grupo
45 días a 12 meses	3:1	6
12-24 meses	4:1	10
2-3 años	7:1	14
4 años	8:1	16
5 años	8:1	16

Fuente: División Promoción y Protección de la Salud. Hospital Pedro de Elizalde. Jardines y Guarderías: ¿qué tener en cuenta? Temas para padres. Disponible en [http://www.elizalde.gov.ar/comunidad/padres\\_arch2.asp](http://www.elizalde.gov.ar/comunidad/padres_arch2.asp)

### Bibliografía

- Educación Nacional. Ley Nº 26.206/06. Publicada en el Boletín Oficial del 28-dic-2006 Número: 31062 pp 1.
- Mendoza S, Malajovich AM, Windler R. Diseño curricular para la Educación Inicial: niños de 45 días hasta 2 años. Secretaría de Educación, Go-bierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Buenos Aires, 2000. Disponible en [http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/educacion/curricula/pdf\\_inicial/45a2/45a2iweb.pdf](http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/educacion/curricula/pdf_inicial/45a2/45a2iweb.pdf)
- OMS-OPS-UNICEF. La mujer y el trabajo. Consejería en lactancia materna. Curso de capacitación. Agosto 1998; sesión 32: 175-177.

## 41. ¿Puede usar un andador para que aprenda a caminar y se entretenga?

Existe evidencia que el uso de andador retrasa el inicio de la marcha y está asociado a un alto número de accidentes, algunos graves, como traumatismo y fractura de cráneo, por lo que se desaconseja su utilización. Llama también la atención que en numerosas ocasiones la recomendación de su utilización fue dada por un profesional médico.

Por el uso temprano del andador han sido reportados consecuencias adversas, como el hábito de caminar en puntas de pies, la contractura de los músculos de las pantorrillas y desarrollo motor demorado y disarmónico.

### Bibliografía

- Ávila Aburdene R, Castro Kukoc M. Relaciones con el inicio de la marcha, gateo, uso de andadores y accidentes. *Rev Soc Bol Ped* 2005; 44(1):11-14.
- Shields BJ, Smith GA. Success in the Prevention of Infant Walker-Related Injuries: An Analysis of National Data, 1990-2001. *Pediatrics* March 2006;117 (3).
- Engelbert RH, van Empelen R, Scheurer ND. Influence of infant-walkers on motor development: Mimicking spastic diplegia? *European Journal of Paediatric Neurology* 1999;3:273-5.

## 42. ¿Le hace mal al bebé mirar la tele?

La televisión puede mantener entretenido y aquietar al bebé desde muy temprana edad. Muchos padres utilizan este recurso de fácil logro ante la fatiga de las exigencias cotidianas o como sustituto válido de su propia disponibilidad. Sin embargo, reemplazar con imágenes televisivas la interacción personal que se da a través del lenguaje verbal y paraverbal, las canciones, el cuento, los juegos, en una etapa trascendental del desarrollo, significará una disminución en la cantidad y calidad de vivencias y experiencias familiares, afectivas y ambientales, que repercutirán en la construcción psicoemocional y en la conducta social del niño.

La televisión permanentemente encendida, distrae a los adultos empobreciendo las oportunidades de interacción con los niños pequeños. Los hábitos de los padres respec-

to a los medios de comunicación audiovisual influyen, en gran medida, los hábitos infantiles. Es necesario que en cada hogar se establezcan normas respecto al horario, programación y ubicación del aparato.

Respecto del uso de los medios de comunicación como recurso educativo en niños menores de 2 años, no existe evidencia sobre beneficios en el desarrollo, por el contrario, pueden tener efectos potencialmente adversos. Por lo tanto, es recomendable evitar que los niños pequeños vean televisión y que ésta sea utilizada para conciliar el sueño.

### *Bibliografía*

- Academia Americana de Pediatría. *Media Use by Children Younger Than 2 Years*. *Pediatrics* 2011;128 (5):1040-1045.
- Comité Nacional de Pediatría Ambulatoria. *SAP. Algunas recomendaciones para ver televisión*. *Arch Argent Pediatr* 2001;99(5):480a.
- Silinger E. *El niño y la televisión en el mundo del espectáculo*. *PRONAP 2007; Módulo 1 Cap 3:77-97*.

## **43. ¿Cómo hago para que mi hijo no sufra de celos cuando nazca el hermanito?**

En el trascurso del embarazo se le deberá explicar cuál será el lugar que ocupará el hermanito en la familia: el mismo de él cuando era un bebé, apoyándose con fotos y anécdotas. Hay que ponerle palabras y respuestas a los sentimientos e interrogantes que no puede expresar o desconoce.

También anticipar los sucesos con relatos sencillos para disminuir su ansiedad, dar previsibilidad y evitar sorpresas perturbadoras cuando ocurran. Es conveniente facilitar el acompañamiento de la madre tanto en la atención del embarazo como en el momento del nacimiento, dándole protagonismo y estimulando las interacciones con su hermano desde un primer momento. Las demostraciones de afecto y sostener momentos de atención dedicada, refuerzan la seguridad sobre sí mismo, no siendo necesario recompensarlo o consolarlo por un hecho vital que enriquece plenamente su vida.

El nacimiento de un hermano es un momento de cambio en la familia en el que pueden diferenciarse tres etapas: el **período de alerta**, previo al acontecimiento, que posibilita la preparación y preelaboración mental. El **período de estado**, luego del nacimiento, se caracteriza por el desasosiego, la desorganización y la manifestación ruidosa de síntomas y comportamientos reactivos esperables según edad, temperamento y vínculos ya establecidos: mayores demandas, transgresiones, berrinches, negativismo, regresiones, cambios en los patrones de alimentación y sueño, etc. El **período de resolución**, a partir de una nueva reorganización familiar y de vínculos.

Los celos, entendidos como la percepción subjetiva de una sensación de frustración ante la creencia de no ser correspondidos emocionalmente por los padres, o al menos con menor intensidad de la deseada, son una consecuencia habitual frente al nacimiento de un hermano, se expresa en el período de estado, a veces con resentimiento hacia quien atribuye este desplazamiento afectivo. El adecuado despliegue de las funciones materna y paterna posibilita la resolución satisfactoria de esta crisis vital.

### *Bibliografía*

- Vázquez HD. *Familia PRONAP 2001; Módulo 1 Cap 1:13-43*.
- Martínez JC. *El primer mes del bebé*. *PRONAP 2005; Módulo 3, Cap 2:47-82*.
- Armus M, Duhalde C, Oliver M, Woscoboinik N. *Desarrollo emocional: clave para la primera infancia, 0 a 3*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fundación Kaleidos, abril de 2012.

#### 44. ¿A qué edad conviene sacarle la mamadera?

La Academia Americana de Pediatría recomienda completar el “destete del biberón” hacia los 15 meses de edad, iniciando su progresiva reducción antes de cumplir el año de edad. La OMS señala que el uso de la taza es más seguro y preferible al biberón.

Es común observar que los padres continúan ofreciéndole el biberón por mucho más tiempo. Diversos motivos abonan este hábito, psicológicos, socioculturales, supuesto facilismo, rápida pacificación o conciliación del sueño, subestimando el logro de la pauta madurativa motriz de los niños para tomar los líquidos en vaso o taza y prolongando innecesariamente la etapa de apego, interfiriendo con el desarrollo de su autonomía.

El uso prolongado de biberón (considerado como tal más allá de los 2 años de edad) se asoció con obesidad a edades tempranas; también con caries y otros riesgos nutricionales, por la ingesta excesiva de leche y la consecuente reducción de otros alimentos críticos por sus micro y macronutrientes, para el crecimiento y desarrollo, como carnes, frutas, cereales y legumbres.

La consejería en los controles de salud en el primer año de vida debe incluir la indicación de promover la ingesta de líquidos en vaso, sosteniendo el mismo y permitiendo que apoye la boca en el borde para sorber de él pequeños volúmenes, desalentando en lo posible el uso sistemático del biberón.

##### *Bibliografía*

- OMS. UNICEF. *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*. Disponible en <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243562215.pdf>
- Maguire JL et al. *Office-Based Intervention to Reduce Bottle Use Among Toddlers: Target Kids! Pragmatic, Randomized Trial*. *Pediatrics* 2010;126:e343–e350
- Gooze RA et al. *Prolonged Bottle Use and Obesity at 5.5 Years of Age in US Children*. *J Pediatr* 2011;159(3):431-436.
- Kahn R, Bonuck K, Trombley M. *Randomized controlled trial of bottle weaning intervention: a pilot study*. *Clin Pediatr (Phila)* 2007;46(2):163-174.

#### 45. Cuando le decimos que no a mi hijo de 2 años, se enoja, aprieta los puños y empieza a dar patadas. ¿Un chirlo a tiempo lo ayuda a controlarse?

Los berrinches representan un estadio del desarrollo normal de la personalidad en el 2do y 3er año de vida, período de progresiva autonomía. El niño, frente a situaciones de frustración o postergación, suele manifestar su enojo de esta forma, que además del grito y el llanto suele incluir tirarse al suelo, patear, arrojar objetos y, a veces, espasmos de sollozo.

En este proceso, los niños necesitan del mundo adulto una serie de límites que conforman fronteras seguras para su desenvolvimiento y vinculación con el entorno físico, familiar y social. Estos límites, establecidos por los padres o adultos cuidadores, contienen además, las normas que organizan el comportamiento social y deben ser coherentes, racionales, expresados con serenidad, comprensión y firmeza, pero sin castigos, adecuados al contexto cultural y al respeto por sus derechos.

Las estrategias frente al berrinche son variables, puede sugerirse una actitud paciente pero expresando claramente la desaprobación de manera verbal y gestual, a la espera de su resolución espontánea, que siempre se produce, bajo la observación del adulto para evitar riesgos físicos, sin ceder ni ofrecer compensaciones para apurar su resolución.

El logro de la aceptación de las normas que quieren establecerse y el aprendizaje de la autorregulación se facilita si las mismas y la estrategia a implementar son previamente acordadas por los padres.

La respuesta con un "chirlo", castigos físicos o con gritos destemplados o injuriosos, solo pone en evidencia la dificultad de los adultos para comprender esta etapa del desarrollo y manejar sus propias emociones, confundiendo aún más a los niños respecto a cuáles son las normas y los valores deseados para su educación.

### *Bibliografía*

- Prazar GE. Berrinches y espasmos del sollozo. En "Tratado de Pediatría". Academia Americana de Pediatría. Edit. Médica Panamericana, 2011. Tomo 1. Capítulo 150: 1389-1393.
- Nakab A. Límites. PRONAP 2006. Módulo 3, Cap 2:53-85.

## **46. ¿Es importante saber si mi bebé será zurdo para dejarlo así o corregirlo? ¿Cuándo me dará cuenta?**

Desde la vida intrauterina se presentan signos de lateralización. Luego, cuando el bebé toma un objeto, ya está insinuando la lateralidad futura y cuando tome una cuchara a los 2 años (praxia unimanual) ya existirá la preferencia por el uso de una sola mano. A los 6-7 años el niño conoce su lateralidad, que estará plenamente definida en la adolescencia.

La lateralización es una característica específicamente humana. Surge por la predominancia, al menos relativa, de un hemisferio cerebral sobre el otro y se traduce en un predominio motriz sobre un lado, derecho o izquierdo. Se tiene un predominio lateral bien establecido cuando el empleo de la mano, ojo y pie se encuentran bien definidos y la mayor eficiencia y fluidez corresponde a la mano derecha ("diestro") o izquierda ("zurdo").

Existen reportes que señalan que la preferencia manual es heredable e influenciada por factores genéticos, hormonales, del desarrollo y culturales. El determinismo genético no es simple, se ha sugerido un marcador en el brazo largo del cromosoma X pero varios genes pueden estar influenciando en la predominancia.

En ningún caso el niño diestro o zurdo insinuado o bien definido debe ser corregido. Al iniciar el aprendizaje de la lecto-escritura escribirá con la misma mano que haya elegido. Los padres y educadores deben observar al niño y si está clara su lateralidad, aunque se trate de un niño zurdo, no deben imponerle un cambio de mano en ningún caso, sino facilitarle la ejecución de actividades que le permitan afianzar dicha lateralización.

### *Bibliografía*

- Portellano Pérez JA. La disgrafía. Concepto, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de escritura. Editorial Ciencias de la Educación Pre-escolar y Especial. Capítulo 1. Motricidad, escritura y lateralidad. Madrid, 1ª Edición 2005. 25-38.
- Rodríguez PC, Vasconcelo MO, Barreiros JM. Desenvolvimiento de asimetría manual. Rev Port Cien Desp 10(1):230-241.
- Llauren SV, Raymond M, Faurie C. Why are some people left-handed? An evolutionary perspective. Phil Trans R Soc B 2009;364:881-894.

#### **47. Si ya no usa pañales de día ¿es un retroceso ponérselos a la noche para que no moje la cama?**

No constituye un retroceso, además, el control de esfínteres nocturno se adquiere meses o años después que el diurno y aquel suele lograrse a los 5 o 7 años.

El desarrollo del control vesical requiere de una maduración progresiva por la cual, primero se toma conciencia de la vejiga llena, luego se adquiere la capacidad de inhibir voluntariamente las contracciones del detrusor y finalmente se logra controlar y coordinar las funciones del esfínter y del detrusor. El acompañamiento familiar, sin presiones ni urgencias, va organizando socialmente las conductas de estos logros madurativos.

El control de la emisión de orina durante el sueño depende de otros factores adicionales más complejos, genéticos, capacidad vesical reducida, distintos tiempos de maduración del sistema nervioso central, ritmos de secreción de hormona antidiurética, disfunción sensorio-perceptiva vesical, y alteraciones o características del sueño y el despertar, sin considerar causas patológicas; todas ellas no modificables por la voluntad, de allí la enorme variedad temporal que se observa.

Los pañales sólo representan un modo práctico para el manejo e higiene de las evacuaciones de los niños cuando éstos no controlan esfínteres, sin otros significados psicológicos ni socioculturales y siguen teniendo la misma utilidad e inocuidad hasta su logro.

##### *Bibliografía*

- Wahren C. *Enuresis. PRONAP 2004; Módulo 4 Cap 3:51-86.*
- Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. *Enuresis. Protocolos de la Asociación Española de Pediatría. 2008. <http://www.aeped.es>*

#### **48. Para que acepten a mi hijo de 3 años en el Jardín de infantes es obligatorio que no use pañales. ¿Cómo hago?**

El control de esfínteres (CE) no es algo innato en sí, depende de un sistema anatómico-fisiológico, que requiere un período de maduración y se adecua a ciertas normas culturales impuestas por la sociedad. Si bien el logro de esta pauta madurativa suele ser entre los 18 y 36 meses de edad, el mismo a veces es tardío, pudiendo asociarse a padres inseguros y dificultad para establecer normas y límites.

Se requieren una serie de condiciones del niño y la familia para facilitar el proceso de CE, como ser: adquisición del lenguaje, desarrollo del aparato muscular, que no haya otras exigencias o situaciones estresantes. Es conveniente haber superado pautas de comportamiento de la etapa oral y respetar las etapas del CE sin adoptar una modalidad punitiva y evitando la ansiedad.

El inicio del Jardín puede ser un estímulo para el logro del CE pero no puede transformarse en una exigencia formal para su ingreso, a riesgo que las autoridades de la institución incurran en una norma discriminatoria de admisión. Es conveniente dialogar con los docentes para aclarar cuáles son las razones de tal exigencia, acordar estrategias en común y autorizar verbalmente y por escrito a realizar el cambio de pañales para disipar incertidumbres sobre eventuales sospechas que pueden recaer sobre los docentes cuidadores del niño.



### *Bibliografía*

- Kaerts N y col. Toilet training in daycare centres in Flanders, Belgium. *Eur J Pediatr* 201;Dec 30.
- Wahren C. Enuresis. *PRONAP 2004; Módulo 4 Cap 3:51-86.*
- Oliver M. Enuresis y Encopresis. Rol del pediatra frente al niño y su familia. Conferencia en 5º Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria. Buenos Aires, 2010. Presentación en PPT disponible en [http://www.sap.org.ar/docs/congresos/2010/ambulatoria/oliver\\_enuresis.pdf](http://www.sap.org.ar/docs/congresos/2010/ambulatoria/oliver_enuresis.pdf)

## **49. No hay manera de que tome agua ¿los jugos “light” son mejores que las gaseosas?**

Si un niño sano rechaza tomar agua pura, simplemente es porque no tiene sed. Cuando un niño tiene sed, y no solo ganas de tomar “algo”, como todo ser vivo, acepta el agua. Los niños habituados a las bebidas azucaradas suelen rechazarla alegando que no les gusta, pero a sabiendas que tienen disponible la opción de una bebida industrial, porque los padres la compran.

Los niños desarrollan esta preferencia desde muy pequeños, no solo por su sabor dulce, sino porque los adultos se las ofrecen o los inducen a tomarlas en forma persistente. El modelo de consumo familiar y la presión publicitaria y social contribuyen a la instalación de este hábito poco saludable, dado que los azúcares que contienen se consideran calorías vacías, reducen el apetito y desplazan la ingesta de alimentos con nutrientes de mejor calidad, favoreciendo el riesgo de obesidad.

Si bien las bebidas dietéticas, o “light” por su anglicismo, suelen tener reducida o nula cantidad de azúcares, contienen aditivos como el sorbitol, acidificantes y estabilizantes de la acidez, que puede generar diarreas, daño en el esmalte dentario e interferencia con la absorción de hierro y calcio, además mantienen el hábito de consumo de bebidas industriales. Es conveniente no ofrecer estas bebidas a los niños pequeños y no hacerlo en forma cotidiana en los de mayor edad.

### *Bibliografía*

- Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. *Plan Federal de Salud. Guías Alimentarias para la Población Infantil. Consideraciones para los equipos de salud. 3ª edición. Septiembre 2007:38-40.*
- Comité de Pediatría General Ambulatoria y Comité de Nutrición. *Agua para la sed. Arch Argent Pediatr* 2003;101(2):161ª.

## **50. Mi hija de 4 años rechaza “todo lo verde”. ¿Cómo puedo hacer para que coma verduras y legumbres?**

Si bien las preferencias o rechazos de los niños por algunos alimentos tiene un carácter personal, y se manifiesta de manera más notoria en el 3º y 4º año de vida, por las características del desarrollo de la personalidad, algunos comportamientos comunes pueden observarse en la sociedad actual, lo que pone en evidencia la existencia de ciertos determinantes culturales y otros asociados al mercadeo de la industria alimentaria.

Parte de este fenómeno puede explicarse por la exposición precoz y carente de sustento científico y tradición cultural familiar, a alimentos y bebidas formulados por la industria con concentrados y agregados de determinados nutrientes, como sal, azúcares y grasas y aditivos, como saborizantes, edulcorantes, colorantes, espesantes, etc., para intensificar el sabor, otorgar determinadas características de texturas y por lo tanto, lograr la preferencia hacia su consumo. A esto se suma la presión publicitaria destinada a padres y a los propios niños, exagerando de manera festiva las virtudes de sus productos, por el ocasional agregado de algunos micronutrientes prestigiados por la pediatría, como calcio, zinc, hierro, vitaminas C y A, entre otros.



En esta tensión, generada por el mercado, fácil es advertir que verduras y legumbres por sus características organolépticas y requerimientos de preparación son las primeras en ser descartadas, privando al niño de una exposición temprana y sistemática, constructora de hábitos y gustos.

La progresiva pérdida de la comensalidad familiar por distintos motivos familiares o sociales, ciertos hábitos selectivos de los adultos y el desorden en el consumo a deshora de golosinas, postrecitos lácteos, "snacks", galletitas y bebidas dulces, entre los más frecuentes, también constituyen un factor que no contribuye a la construcción de un hábito alimentario saludable y la incorporación compartida y afectiva de aquellos alimentos.

Tener en cuenta estas interferencias y planificar estrategias para neutralizarlos constituye la recomendación más válida para el logro de la aceptación de la mayor variedad de alimentos, verduras y legumbres que hacen a la salud nutricional. Mientras tanto, ordenar los horarios, no insistir ni forzar a los niños, pero no permitir que sean ellos quienes decidan qué comer y a qué hora hacerlo y no comprar lo que habitualmente perturba y distrae su normal apetito.

### *Bibliografía*

- Britos S, Pueyrredón P, O'Donnell A. De 1 a 4 años. Comer en una edad difícil. Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil. Agosto, 2006.
- Aguirre P. Qué Puede Decirnos una Antropóloga sobre Alimentación. Hablando sobre Gustos, Cuerpos, Mercados y Genes. 5to Congreso Virtual de Cardiología. Federación Argentina de Cardiología. <http://www.fac.org.ar>. Setiembre, 2007. Disponible en <http://www.fac.org.ar/qcvc/lave/c027e/aguirrep.php>
- Ibañez F, Torre P, Irigoyen A. Aditivos Alimentarios. Universidad Pública de Navarra. Febrero, 2003. Disponible en [http://www.nutricion.org/publicaciones/revista\\_agosto\\_03/Funcionales/aditivos.pdf](http://www.nutricion.org/publicaciones/revista_agosto_03/Funcionales/aditivos.pdf)

# EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

## IDENTIFIQUE VERDADERO O FALSO EN LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS

1. Cuando un niño tiene fiebre en ascenso y escalofríos es recomendable desvestirlo y bañarlo o ponerle compresas frías en el cuerpo para evitar que la fiebre siga subiendo.  
 V  F
2. Las convulsiones febriles no se evitan ni se tratan con medicación antipirética ni con medios físicos.  
 V  F
3. El baño con agua y jabón está contraindicado en los casos de niños con varicela.  
 V  F
4. Habitualmente se recomienda que el primer baño del bebe sea después de la caída del cordón para no interferir en el proceso de momificación pero no hay evidencias en contra del baño antes de su caída cuando éste se observa sucio.  
 V  F
5. En la consulta pediátrica, la medición periódica de la presión arterial debe formar parte del examen físico.  
 V  F
6. Se ha demostrado que el "rechinar de dientes" (bruxismo) está asociado a la parasitosis intestinal.  
 V  F
7. Cuando un niño pequeño insinúa una preferencia de lateralidad izquierda es conveniente corregirlo apenas aparece para evitar que se establezca como definitiva.  
 V  F
8. El uso del chupete altera el mecanismo fisiológico de succión del pecho ocasionando el "síndrome de confusión" y un abandono precoz de la lactancia.  
 V  F
9. El uso del chupete, una vez establecida la lactancia materna exclusiva, se considera un factor protector para el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante.  
 V  F
10. En los controles en salud, durante el primer año de vida, debe promoverse la ingesta de líquidos en vaso desalentando el uso sistemático del biberón.  
 V  F

## EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

11. Las bebidas deportivas comerciales de uso común son útiles en el tratamiento de la diarrea.  V  F
12. Es preferible que los niños tomen bebidas dietéticas en lugar de las azucaradas, porque no les generan trastornos nutricionales ni caries.  V  F
13. Un 10% de los niños sanos es capaz de caminar después de los 15 meses de edad.  V  F
14. El uso del andador retrasa la adquisición de la marcha.  V  F
15. En los días de mucho calor y humedad usar el aire acondicionado puede provocar desequilibrios en la regulación térmica del bebé.  V  F
16. El normal proceso de organización del sueño, adquisición del ritmo circadiano, es independiente de los usos y costumbres familiares.  V  F
17. El Método Lactancia-Amenorrea (MELA) para evitar un nuevo embarazo, se basa en la lactancia materna exclusiva del bebé y requiere mamadas frecuentes día y noche.  V  F
18. En relación a la exposición al aire libre, las pantallas solares están contraindicadas en los bebés menos de 6 meses.  V  F
19. En relación a la prevención de la picadura de mosquitos, a la hora de dormir es más recomendable el uso de tabletas, líquidos termoevaporables y barreras físicas.  V  F
20. A partir de las 4-5 años de edad un niño puede hacerse cargo del cuidado de una mascota.  V  F

**Compare sus respuestas con las que figuran en la clave de respuestas.**

# EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

## REFLEXIONES SOBRE UNA CONSULTA

**Fabiana** es una joven madre de 2 hijos, Santiago de 2 años y Blanca de 3 meses, ambos con crecimiento y desarrollo adecuado a la edad y sin antecedentes patológicos de interés. En la consulta de control en salud de Blanca, la mamá le comenta al pediatra su decisión de llevarla a un programa de natación para bebés. Algunas amigas se lo recomendaron y no quiere que le pase lo mismo que a Santiago que este año no quiso saber nada con meterse en el mar porque le daba miedo el agua.

Entusiasmada con la idea, le cuenta a la pediatra que es muy bueno que los bebés aprendan a nadar porque pueden sobrevivir si por descuido caen al agua y además estimula el vínculo con ella y mejora el desarrollo de su maduración.

Refiere que es un lugar seguro, hay pediatras por si pasa cualquier cosa, es muy cálido y limpio, “van solo bebés” y vio algunas fotos y se sorprendió de cómo siendo tan chiquitos aprenden a contener la respiración cuando están bajo el agua.

Ella no tiene dudas de llevar a Blanca pero el papá, no está de acuerdo, dice que es sólo una moda, que sale caro y le pidió que lo consulte con la pediatra.

**Elaboración de la respuesta.** Cuando se toman decisiones con los niños pequeños es conveniente primero reflexionar sobre los beneficios y riesgos eventuales de esa decisión y cuál de ellos prevalece. También importa saber si lo que vamos a hacer es para satisfacción y gratificación personal de los padres o es de real utilidad o necesidad para el niño, puesto que siempre debe considerarse el interés superior de él.

Respecto a la natación de los bebés y niños pequeños, los eventuales beneficios de estimulación, juego, vínculo afectivo con los padres, aprendizaje de supervivencia y otros que pueden reconocerse hay que contrastarlo con riesgos potenciales de esa práctica y si aquellos beneficios pueden lograrse de otra manera, mas segura y efectiva y menos onerosa.

A) Es preciso tener en cuenta algunos de los siguientes riesgos

**Contaminación del agua:** los bebés no entran solos a la piscina sino que lo hacen acompañados por adultos, éstos, y también los otros bebés, pueden ser portadores de diversos microbios (virus, hongos, parásitos bacterias) y contaminar el agua con sus secreciones, flujos y fluidos corporales, excretas, pelos, productos cosméticos, etc; lo que expone al bebé a contagiarse de infecciones a través del agua, aumentando el riesgo de enfermedades respiratorias y digestivas y sus consecuencias, entre ellas el Síndrome Urémico Hemolítico, tan frecuente en nuestro medio.

El riesgo se incrementa por la edad, dado que el sistema inmune es aún inmaduro y el sistema respiratorio todavía está en proceso de desarrollo en los primeros 2 años de vida.

**Irritación química:** hay que tener presente que el cloro usado como desinfectante no tiene efecto inmediato sobre los microorganismos y una alta concentración del mismo para aumentar su eficacia es irritativo para los ojos y vías aéreas superiores del bebé lo que aumenta la predisposición a infecciones y a la hipersensibilidad de las vías respiratorias.

**Hipotermia o hipertermia:** los bebés no tienen la misma capacidad de regulación térmica que los niños mayores y los adultos. El agua es un medio a través del cual el cuerpo, inmerso totalmente en ella y por periodos que se prolongan por la actividad lúdica, pierde o gana calor mucho mas rápidamente que en el medio habitual y natural del ser humano: el aire; lo que puede conducir a situaciones de enfriamiento o calentamiento potencialmente riesgosas para la salud de los bebés.

# EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

**Ahogamiento:** ver a un bebé que adquirió la habilidad de flotar y darse vuelta en el agua para permitirle respirar, crea la falsa sensación de seguridad en los padres, que con el supuesto de “sabe nadar” relajan las medidas de cuidado y supervisión cuando en otras circunstancias se encuentra cercano a una fuente de agua (piscina, mar, río, laguna, embarcados, etc.), situación en la que no va a lograr la supervivencia por más que haya aprendido a flotar.

Moverse en el agua no es sinónimo de saber nadar, para ello se requiere de la maduración del sistema nervioso central y de la sistema muscular y respiratorio lo que permitirá realizar movimientos coordinados y secuenciados para el desplazamiento en el agua. Habilidad muy útil y placentera que puede aprenderse y desarrollarse adecuadamente a partir de los 5 años.

**Hipoxia:** las pausas respiratorias reflejas que un bebé realiza durante la inmersión, no son voluntarias ni deseadas por él y, si bien serían breves, puede provocar disminución de la oxigenación en la sangre, absolutamente innecesarias.

**Sobrecarga hídrica:** la ingesta involuntaria de agua durante la actividad, cuando su organismo no lo requiere, puede generar hipervolemia e hiponatremia, difícil de valorar si es leve pero potencialmente riesgosa para el equilibrio del medio interno del bebé.

## B) Opciones a los beneficios de la natación

**Vínculo afectivo:** si bien el agua es un medio placentero y que permite la interacción lúdica y el contacto piel a piel, no es necesario esperar a introducirse en una piscina para desarrollar todas las posibilidades de juego, caricias, muestras de afecto. Cualquier entorno habitual en la vida de las familias posibilita esta interacción, solo requiere disponibilidad emocional y de tiempo por parte de los padres, y por saber natural y cultural encontrarán espontáneamente todos los medios y recursos para lograrlo.

**Estímulo y maduración:** los niños pequeños utilizan todo su tiempo de vigilia para interactuar con el entorno, recibir estímulos de él y utilizarlos para desarrollar las áreas psicoemocionales, cognitivas, motrices y de comunicación. Es el entorno del hogar y la familia la principal proveedora de estos estímulos sensoriales para que desarrolle todo su potencial. Las breves y esporádicas exposiciones a estímulos que pueda representar cualquier programa de natación (unos pocos minutos semanales) aporta mínimamente comparado con todas las actividades diarias que un niño realiza y no corresponde sobre valorarlas por encima de éstas.

**Placer lúdico:** el contacto con el agua templada es placentero y estimula distintas percepciones sensoriales, un bebé podrá disfrutar de la misma en los baños diarios. No es necesario que sea en una piscina con una extensión y profundidad que no logrará percibir ni le agregará más disfrute a lo que puede realizar con sus padres y hermanos en la bañera o piletita de su casa.

**Costo y tiempo:** los programas de natación para bebés suelen tener un costo elevado por las condiciones exigentes para la habilitación de los natatorios y el personal especializado. También la disponibilidad de tiempo para la preparación de la actividad, el traslado y la actividad misma tiene su correlato en los costos para una familia. La relación costo beneficio deberá siempre tenerse en cuenta dado que a similares recursos (tiempo y dinero) pueden aparecer otras posibilidades que ofrecen mayor beneficio y disfrute para el niño y la familia.

## CLAVE DE RESPUESTAS

### IDENTIFIQUE VERDADERO O FALSO EN LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS

1. Falso: la fiebre es una elevación activa de la temperatura corporal, controlada por el Centro Termorregulador (CTR) del Sistema Nervioso Central. Enfriar la piel es ineficaz, genera disconfort y no modifica el punto de ajuste del Centro Termorregulador del SNC que responde a la presencia de pirógenos endógenos o drogas antipiréticas.
2. Verdadero.
3. Falso: todo lo contrario, está recomendado un baño diario con agua tibia y jabón.
4. Verdadero.
5. Verdadero: para obtener un perfil individual de la PA del niño, las variaciones normales y detectar precozmente desviaciones anormales.
6. Falso: esta asociación no ha sido demostrada científicamente; los factores predisponentes más frecuentes son anomalías odontológicas, trastornos temporomandibulares, estrés y/o alteraciones respiratorias durante el sueño.
7. Falso: no deben imponerle un cambio de mano en ningún caso, sino facilitarle la ejecución de actividades que le permitan afianzar dicha lateralización que expresa la predominancia de un hemisferio cerebral sobre el otro.
8. Verdadero.
9. Verdadero.
10. Verdadero. La OMS señala que el uso de la taza es más seguro y preferible al biberón.
11. Falso: las llamadas bebidas deportivas, diseñadas para reponer las pérdidas de agua y sales durante el ejercicio, contienen sólo entre 10 y 20 mEq/litro de sodio y 15 mEq/litro de potasio, a diferencia de las SRO que contienen 75 mEq/l de Na, 20 mEq/l de K. NO están indicadas en la rehidratación de la diarrea.
12. Falso: contienen aditivos como el sorbitol, acidificantes y estabilizantes de la acidez, que puede generar diarreas, daño en el esmalte dentario e interferencia con la absorción de hierro y calcio.
13. Verdadero.
14. Verdadero.
15. Falso: el riesgo grave real para un bebé en días de temperatura y humedad elevada es la deshidratación y el golpe de calor y es recomendable la utilización de aire acondicionado para procurar un ambiente térmico neutro y facilitar el proceso de termorregulación.
16. Falso: la desorganización de los hábitos familiares perturban la organización de los ciclos de sueño y vigilia.
17. Verdadero.



## EJERCICIO DE INTEGRACIÓN Y CIERRE

18. Verdadero.

19. Verdadero.

20. Falso: recién a los 6-8 años podría asumir esta responsabilidad.