

Consejos Médicos
a Mamá y Papá



ecim
PROHIBIDA SU REPRODUCCION

Consejos Médicos a Mamá y Papá

Pablo Duperval Maletá
Reina Generosa Valdés Armenteros



LA HABANA, 2017

Catalogación Editorial Ciencias Médicas

Duperval Maletá, Pablo.

Consejos médicos a mamá y papá / Pablo Duperval Maleta, Reina Valdés Armenteros. — La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2017.

159 p.: il., tab.

Salud del Niño, Bienestar del Niño, Cuidado del Niño, Educación en Salud, Promoción de la Salud, Medicina Preventiva

WS 103

Edición: Marta Trigo Marabotto

Diseño e ilustraciones: Yamilé Hernández Rodríguez

Emplante: Xiomara Segura Suárez

© Pablo Duperval Maletá y Reina Generosa Valdés Armenteros, 2017

© Sobre la presente edición:

Editorial Ciencias Médicas, 2017

ISBN 978-959-313-209-1

ISBN 978-959-313-430-9 (PDF)

ISBN 978-959-313-431-6 (Epub)

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle 23 No. 654 entre D y E, El Vedado, La Habana, Cuba

CP- 10400

Teléfono: 7 836 1893

E-mail: ecimed@infomed.sld.cu

www.ecimed.sld.cu

Autores

Pablo Duperval Maletá

Especialista de II Grado en Neonatología. Máster en Atención Integral al Niño
Profesor Auxiliar de Pediatría. Investigador Agregado
duperval@infomed.sld.cu

Reina Generosa Valdés Armenteros

Especialista II Grado en Neonatología. Máster en Atención Integral al Niño
Profesor Consultante de Pediatría
delfinpc@infomed.sld.cu

Coautores

Rinaldo Puga Gómez

Especialista de II Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño
Profesor Auxiliar de Pediatría. puga@infomed.sld.cu

Luis Alberto Solar Salaverri

Especialista de II Grado en Pediatría. Máster en Infectología.
Profesor Auxiliar de Pediatría. solar@infomed.sld.cu

Zoila del Socorro López Díaz

Especialista de II Grado en Cirugía Maxilofacial.
Profesora Auxiliar de Cirugía Maxilofacial. zlopez@infomed.sld.cu

Eugenio Carro Puig

Especialista de II Grado en Neonatología. Máster en Atención Integral al Niño
Profesor Auxiliar de Pediatría. ecarro@infomed.sld.cu

José Antonio González Valdés

Especialista II Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño
Profesor Titular Consultante. josegv@infomed.sld.cu

Dayanis González Vega

Licenciada en Psicología. Máster en Género, Educación Sexual y Salud
Reproductiva. dayamisgv@infomed.sld.cu

*A mis hijos, a mi esposa,
a mi familia y profesores*

Pablo Duperval Maletá



ecime
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN

Las vivencias con muchas niñas y niños, las preocupaciones de madres y padres, así como las dudas de colegas jóvenes en algunos temas nos fue creando la intención de elaborar este libro.

Una vez concebido recibimos la confianza, el apoyo y las sugerencias de personas como la doctora Odalys Rodríguez Martínez de Unicef, la doctora Santa Jiménez Acosta del Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos y la doctora Gisela Álvarez Valdés, del Departamento de Puericultura del Minsap, así como también de amigos pediatras y neonatólogos.

A todos infinitas gracias

PRÓLOGO

Para la pediatría cubana, que ha alcanzado importantes resultados en la reducción de la mortalidad infantil y en el menor de 5 años, en la prevención de las enfermedades transmisibles y las anomalías congénitas, en el pesquisaje temprano de enfermedades metabólicas y la estimulación del neurodesarrollo; que también ha alcanzado logros significativos en el tratamiento quirúrgico de varias anomalías congénitas, es importante fortalecer las acciones de prevención y promoción de salud que permitan a nuestra niñez alcanzar todas sus potencialidades y eliminar los factores de riesgo y los estilos de vida no saludables que favorezcan las enfermedades crónicas no transmisibles en la etapa adulta.

Los pediatras no solo somos responsables de los niños, sino que también, en gran medida, somos responsables de su futuro; los padres confían en nosotros y nos escuchan, por lo que tenemos que estar preparados para enfrentar este reto.

Para todos los que trabajamos por la salud de los niños, este libro es un regalo que nos permitirá ser mejores pediatras y puericultores, ya que resume la sabiduría y experiencia de un grupo valioso de profesionales en el campo de la Pediatría.

Su estudio y lectura nos permitirá aconsejar mejor a los padres y llevar a cabo esa importante labor de educar, que es inherente a nuestra profesión y caracteriza a nuestro sistema de salud.

Pero también será muy útil a los padres, porque en un lenguaje sencillo y ameno expone temas que son preocupación de las familias y sobre todo brinda consejos sencillos, pero importantes, para lograr el óptimo crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Temas importantes relacionados con la alimentación, la higiene, las vacunas, la estimulación sana en el hogar evitando el sedentarismo, son de gran utilidad para las familias y contribuyen a lograr el objetivo de una niñez saludable y evitar las enfermedades crónicas no trasmisibles del adulto que constituyen las principales causas de muerte en nuestra población.

Como pediatra de corazón, formadora de varias generaciones, que presido una Sociedad que estimula la actividad científica en pos de mejorar el cuadro básico de salud de nuestra población desde la atención pediátrica, consciente del valor de la promoción de salud desde edades tempranas, me complace prologar este libro y recomendar su lectura, segura de que el esfuerzo realizado por los autores, las horas dedicadas a estos importantes temas, contribuirán a la salud de nuestros niños, porque, como reza el lema de nuestra Sociedad: “Nada hay más importante que un niño”.

Dr. C. Gladys Abreu Suárez
Profesora Titular de Pediatría
Presidenta de la Sociedad Cubana de Pediatría

PREFACIO

La idea de realizar este libro tiene algo más de dos años y surgió a sugerencia de la profesora Reina Generosa Valdés, pues luego de trabajar en otros proyectos dedicados a estudiantes de medicina y residentes de Neonatología, Pediatría y Obstetricia, se consideraba la necesidad de hacer, esta vez por las madres y los padres, para bien de las niñas y los niños.

Los pediatras y neonatólogos dedicados a la asistencia en salas y consultas consideramos que es útil dedicar más tiempo a orientar, a explicar y a convencer a las madres y padres sobre la conducta que deben seguir con sus respectivos hijas o hijos que a hacer indicaciones y recetas; sin embargo, el momento en que esto puede ocurrir, la ruptura de sus expectativas y el nerviosismo en dichos momentos, muchas veces termina con el fracaso de nuestras intenciones.

Tal realidad nos convence de que debe haber un período anterior para las madres y padres; entonces los consejos médicos tienen que anteceder a las vivencias con sus hijos.

A los médicos nos agrada que los padres lleguen a nosotros con su hijo, enfermo o no, con algún nivel de conocimiento respecto a lo que padece o lo que les preocupa; esto consigue un diálogo más fluido con ellos y podemos entendernos mejor.

Cuando un bebé llega a casa, a pesar de la experiencia de algún miembro de la familia, se crean múltiples preocupaciones y discrepancias entre lo que opinan unos y otros sobre el cuidado del niño, así como la interpretación de los problemas que van surgiendo.

Una de nuestras más estimadas colaboradoras cuando le solicitamos un tema que se trataría en el libro, al esbozarle nuestras intenciones nos preguntó ... “¿tú quieres hacer un médico de familia?, pues mi abuela me dejó un pequeño libro que así se

llama y aún lo tengo, en él dice qué hacer ante ciertos problemas médicos"... Nuestra respuesta fue, no; pues madres y padres solo nos han transmitido la necesidad de conocer cómo interpretar un determinado problema en su hija o hijo, y cómo saber qué pueden hacer antes de llegar donde el médico.

Este texto podría ser la respuesta a esa demanda de madres y padres, para que conozcan cosas importantes en el cuidado de su hijo, pero sin que lleguen a sustituir la valiosa ayuda del pediatra; saber interpretar el problema e ir donde el médico cuando ya hayan tomado medidas elementales y no lo hayan resuelto. Estamos en contra, de forma muy radical, de la medicación inconsulta, pero creemos y es nuestro deseo, que las madres y padres tengan una cultura médica más adecuada, que no sean los criterios callejeros los que primen, que muchas veces incluyen medidas inadmisibles para resolverlos.

A cada tema que tratamos podríamos añadirle más de una historia vivida en nuestra vida profesional, pero existe un principio en Medicina que dice "existen enfermos y no enfermedades", en consecuencia, no debemos individualizar; por esto, en esta obra se resume lo más actualizado de la literatura médica junto con la experiencia personal de autores, colaboradores y colegas.

Hacemos hincapié en la prevención; la realidad epidemiológica de este mundo ha cambiado sustancialmente; los gérmenes que agreden a mujer u hombre, niña o niño, ya sean parásitos, bacterias o virus y que superan en miles a la existencia de un ser humano en la tierra son bien dañinos, pero, por su causa, hemos aprendido que si conseguimos evitar que lleguen a nosotros o nos dañen, pues entonces se ha logrado lo mejor; combatirlos con medicamentos no siempre resulta una batalla ganada, pues han hecho gran resistencia a muchos de los que se utilizan para eliminarlos y además, pueden sumarle un daño más al organismo.

Las niñas o niños recién nacidos no consiguen tener la inmunidad que realmente necesitan, como la tienen mamá y papá; eso los hace más vulnerables a los gérmenes. De los recién nacidos se dice que

son inmunoinmaduros, solo tienen la protección de la inmunidad materna durante los primeros 6 meses de vida que la naturaleza les ofrece a través de la placenta; sin embargo, esta inmunidad podría multiplicarse si tienen el privilegio que la madre le dé el pecho de forma exclusiva en estos primeros 6 meses.

En *Consejos médicos a mamá y papá* se hace alusión, de una manera directa o indirecta, a los beneficios de esta práctica, sobre el vínculo favorable que tiene la lactancia materna en la prevención de los problemas que podrían tener sus hijos.

Este libro pretende ser una guía para la familia de un recién nacido, niña o niño, que llega al hogar, comparte y transforma sus vidas, crece mostrando problemas, quizás no tan trascendentales, pero que generan preocupaciones; llegado los 5 años inicia la escuela, pero lo logrado hasta aquí y más allá ha sido y será la consecuencia del bien hacer, de las preocupaciones y ocupaciones a su favor, muy especialmente de mamá y papá por el bienestar de su vida.

Dr. Pablo Duperval Maletá

CONTENIDO

RECIÉN NACIDO EN EL HOGAR/ 1

Consejos médicos/ 7

ALIMENTACIÓN/ 10

Lactancia materna/ 10

Lactancia artificial/ 13

Consejos médicos/ 16

CUNA, CUARTO Y ROPA/ 21

Cuna/ 21

Cuarto/ 21

Ropa/ 22

Consejos médicos/ 22

POSTURA/ 26

Consejos médicos/ 27

LUZ, RUIDOS Y SILENCIO/ 28

Luz/ 28

Ruidos/ 28

Silencio/ 28

Consejos médicos/ 29

SUEÑO/ 30

Consejos médicos/ 33

HIGIENE Y BAÑO/ 35

Higiene/ 35

Baño/ 36

Consejos médicos/ 37

LLANTO/ 40

Consejos médicos/43

OMBLIGO/ 45

Consejos médicos/ 46

DEPOSICIONES/ 47

Consejos médicos/ 49

PELO Y UÑAS/ 51

Pelo/ 51

Uñas/ 53

Consejos médicos/ 53

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA/ 56

Guía de alimentación complementaria/ 57

Consejos médicos/ 58

INMUNIDAD E INMUNIZACIONES/ 63

¿Qué es inmunidad?/ 63

¿Qué son las vacunas?/ 64

Consejos médicos/ 70

EVOLUCIÓN NUTRICIONAL/ 72

Peso/ 73

Talla o longitud/ 75

Circunferencia cefálica/ 76

Consejos médicos/ 77

TEMPERATURA CORPORAL Y FIEBRE/ 79

Temperatura corporal/ 79

Fiebre/ 80

Consejos médicos/ 81

DENTICIÓN INFANTIL/ 84

Dentición temporal o “de leche”/ 85

Dentición permanente o definitiva/ 88

Síntomas y signos asociados a la dentición/ 89

Consejos médicos/ 93

Higiene bucal y cepillado dental/ 94

CÓLICOS/ 99

Consejos médicos/ 101

VÓMITOS Y REGURGITACIONES (BUCHES)/ 103

¿Qué es un reflujo?/ 103

¿Cuán frecuente o abundante es este vómito?/ 104

¿Qué mecanismo podría evitar el reflujo?/ 104

Consejos médicos/ 105

HIPO/ 106

Consejos médicos/ 106

PUJOS/ 108

¿Cuál puede ser la causa de los pujos?/ 108

Consejos médicos/ 109

CONTROL DE LAS NECESIDADES/ 110

Consejos médicos/ 112

ESTORNUDO, TOS Y RONQUIDO/ 113

Consejos médicos/ 114

CHUPETE (TETE)/ 115

Consejos médicos/ 117

DESARROLLO PSICOMOTOR/ 118

Desarrollo psicomotor y consejos para la estimulación temprana/ 119

Estimulación temprana (hasta los 3 meses)/ 121

Estimulación temprana (hasta los 6 meses)/ 124

Estimulación temprana (hasta los 9 meses)/ 127

Estimulación temprana (hasta 1 año de edad)/ 129

Estimulación temprana (hasta 18 meses)/ 132

Estimulación temprana (hasta los 2 años)/ 133

Estimulación temprana (2 a 3 años)/ 135

Estimulación temprana (3 a 4 años)/ 137

Estimulación temprana (4 a 5 años)/ 138

SEXUALIDAD INFANTIL/ 141

Desarrollo psicosexual/ 142

Consejos médicos/ 143

JUEGOS Y ENTRETENIMIENTOS INFANTILES/ 145

Juegos en el período de lactante (0 a 1 año)/ 146

Juegos en la edad temprana (1 a 3 años)/ 147

Juegos en la edad preescolar (3 a 6 años)/ 148

Consecuencias del uso excesivo de la televisión, la computadora y los videojuegos/ 149

Consejos médicos/ 152

FALTA DE APETITO O ANOREXIA/ 155

Consejos médicos/ 157



Recién nacido en el hogar

Reina Generosa Valdés Armenteros

En Cuba, con raras excepciones, los partos son institucionales, o sea, que ocurren en un hospital o en alguna institución de salud, como puede ser un policlínico o en el consultorio médico de familia, estos últimos con aquellas madres que no supieron interpretar los signos del trabajo de parto o estos fueron tan nobles que no se evidenciaron como habitualmente corresponde.

Luego del nacimiento, el recién nacido permanece en el hospital durante 48 h como mínimo, tiempo de observación que se necesita por si se presenta alguna alteración o posibilidad de descubrirla. Si es necesario un tiempo mayor, la demora se justificaría por problemas del recién nacido, de la madre o de ambos; lo que sí resulta obligatorio y establecido por nuestro Programa Nacional de Atención Materno-Infantil (PAMI), es que los niños han de egresar de los hospitales con un peso de 2 500 g (5,8 lb) o más y sin signos de enfermedad, ni tratamiento antibiótico.

Aquellos que han tenido alguna morbilidad, o sea, que por presentar algún trastorno fueron ingresados en las unidades de cuidados especiales, en dependencia de la magnitud y cualidad del problema, puede que sean seguidos en consulta externa hasta determinado tiempo.

Una vez resueltos todos los problemas, el recién nacido va a casa vacunado con BCG (vacuna contra la tuberculosis) y anti-hepatitis B; la madre lleva consigo un carné donde constan las vacunas aplicadas y datos del peso, talla, circunferencia cefálica y Apgar al nacer, así como las razones por las que pudo ser ingresado y tratado en la Unidad de Cuidados Especiales. La llegada a casa, por lo general, resulta un acontecimiento para la familia, los amigos y los vecinos, pero papá y mamá no deben olvidar que se trata de un recién nacido, en este entonces el más vulnerable de toda la familia, por lo que debe permanecer en sus brazos hasta que las condiciones estén listas para él en la habitación; siempre hay personas dispuestas a ayudar, pero deben hacerlo en otras múltiples tareas que beneficiarían al niño y a los padres.

Una vez superada la emoción de la llegada y la alegría de familiares y amigos, los padres consiguen tiempo para observar con más detenimiento a su hijo y surgen preocupaciones por el aspecto y características generales del bebé, y entre las primeras cuestiones que llaman su atención es el aspecto de su piel.

La piel del recién nacido presenta características muy relacionadas con la edad gestacional al nacimiento, el tipo de parto, así como el funcionamiento del corazón y los pulmones. Por estas razones, al observar la piel del bebé es importante el conocimiento del tiempo del embarazo y si existen o no antecedentes de alguna afección que pudiera influir en la coloración o aspecto de su piel en esos momentos.

Un bebé prematuro (menos de 37 semanas de edad gestacional) inicialmente tiene una piel de coloración rosada uniforme, muy fina y con mayor transparencia, abundante lanugo (vello muy fino y aterciopelado) en determinadas zonas del cuerpo, y cubiertos con vermix caseoso o unto sebáceo, que es una sustancia blanca y grasosa que protege al feto mientras se encuentra en el líquido amniótico. En relación con el color de la piel, si el niño es muy prematuro, nace con coloración roja oscura y es todavía más fina. El verdadero color de la piel va apareciendo gradualmente durante los primeros meses de vida.

Si nace a término (37 a 41 semanas de edad gestacional), la coloración es rosada variable, mientras más a término es el niño al nacimiento tiene menos lanugo y menos vermix caseoso; esta

sustancia cubre la piel del feto de más de 35 semanas de edad gestacional, pero a las 40 semanas la cantidad está presente principalmente en los pliegues y pronto se seca y descama, desapareciendo entre los 3 o 4 días.

La descamación superficial de la piel se puede presentar en los neonatos maduros (a término o con 42 semanas o más), durante la primera o segunda semana de vida es normal y no necesita tratamiento. Cuando la descamación del neonato está presente desde el mismo momento del nacimiento, no es normal y seguramente es detectada por el médico neonatólogo de asistencia.

Es posible apreciar también algo que recuerda a picaduras de hormigas, solo que desaparecen y aparecen durante algunos días: es el llamado eritema tóxico, cuya causa se desconoce, pero es un trastorno benigno en el recién nacido.

También es observable, posterior a las 24 h de vida, una coloración amarilla que por lo general no va más allá del abdomen y debe desaparecer al final de la primera e inicios de la segunda semana; es la llamada ictericia fisiológica, que se considera como un proceso normal y se observa en 60 a 80 % de los neonatos; las escleróticas están igual de amarillas.

La mancha mongólica aparece en los recién nacidos de piel negra con una frecuencia superior que en los de piel blanca. Esta mancha puede medir de 2 a 10 cm, y es de color negro azulado, de bordes variados y bien definidos y que aparece regularmente en región lumbosacra, nalgas, tobillos, muñecas, espalda y hombros. Puede ser única o múltiple. Este tipo de mancha es el *nevus* o lunar de aparición más frecuente en el neonato en el momento del nacimiento y no tiene significación patológica, desaparece durante los primeros años de vida.

Después del nacimiento, la cabeza del neonato impresiona un poco grande, pero su forma se relaciona con la duración y tipo de parto. Los padres acostumbran en los primeros días de vida, pasarle las manos por la cabeza del niño en busca de alguna alteración ósea; seguramente notarán que, a esa edad, los huesos del cráneo son blandos y membranosos, flexibles y unidos solo por los espacios de las suturas y fontanelas (molleras) que facilitaron la adaptación del cráneo a los diferentes diámetros de la pelvis materna.

Con alguna frecuencia se ven recién nacidos que demoran en abrir los ojos como consecuencia de la inflamación de los párpados, debido a la compresión al pasar por el canal de parto; esto queda resuelto entre 24 y 48 h; otros nacidos a término (37 a 41 semanas) inmediatamente después del nacimiento, abren los ojos y empiezan a mirar a su alrededor, ven a corta distancia, pero poco a poco van centrando la mirada y lo primero que reconocen son los rostros de las personas, sobre todo el de la madre.

En el momento del nacimiento el color de los ojos del neonato es variable: azulado o gris azulado, pero ese color no es definitivo hasta después de los 6 a 9 meses de vida. El llanto del recién nacido carece de lágrimas, ya que sus estructuras aún no están maduras; después del primer mes de vida, el niño, al llorar, empieza a tener lágrimas.

Los movimientos oculares pueden impresionar: son erráticos al inicio, se mueven independientes uno del otro, sin paralelismo ocular. A partir de los 6 meses de vida, los niños ya son capaces de coordinar sus movimientos oculares.

Puede que a algunos padres les preocupe observar la presencia, en el blanco de uno o ambos ojos de una zona teñida de rojo oscuro que cubre parte de la esclerótica, formando en ocasiones un anillo rojo alrededor de la córnea: es la hemorragia subconjuntival y su frecuencia aumenta si el parto ha sido prolongado o difícil. Esa hemorragia no representa ninguna alteración patológica y desaparece en 2 o 3 semanas; no requiere tratamiento.

Durante años se ha escuchado decir a algunas abuelas que a su nieto, en etapa de recién nacido “le cayó agua de la fuente en los ojos” (refiriéndose al contacto del líquido amniótico con los ojos del feto, cosa evidentemente lógica); lo sucedido no es más que la obstrucción del conducto lagrimal, que es el encargado de llevar las lágrimas, siempre presentes en los ojos y protector de la córnea, a las fosas nasales; este problema puede ocurrir en uno o ambos ojos. Los párpados se muestran pegajosos, en uno o ambos lados, con una secreción blanco amarilla, no fétida, no hay enrojecimiento de la conjuntiva, puede que los ojos estén algo inflamados.

Su solución precisa de la actuación del pediatra y, en casos extremos, de los oftalmólogos; un masaje dado por la madre (previamente entrenada) en el ángulo interno del ojo y su lavado antes y

después de este proceder, con agua hervida o estéril, puede resolver el problema. Se hace necesario actuar precozmente sobre el trastorno para evitar sobreinfección bacteriana y otras consecuencias.

En el momento del nacimiento, el esqueleto nasal está bien desarrollado, pero la nariz es pequeña, puede aparecer aplastada o aplanada como resultado de la compresión intrauterina y el mecanismo del parto, o ambos; por ese motivo, siempre se debe mantener permeable.

La presencia de obstrucción nasal en el recién nacido es muy frecuente y a la vez muy mal tolerada, casi siempre es ligera y solo causa una pequeña molestia durante la alimentación. En determinados casos, si la obstrucción nasal es muy marcada y mantenida, puede producir dificultad respiratoria en estos recién nacidos, ya que ellos respiran por la boca con mucha dificultad. Un masaje realizado en ambos lados del tabique nasal podría aliviar la obstrucción, o puede que precise de la evaluación médica para otras medidas.

Lo curioso en los oídos es la consistencia del cartílago de la oreja, que está más desarrollado cuanto más maduro biológicamente es el neonato. Los recién nacidos a término tendrían un cartílago firme, mientras que en los prematuros sería más flexible, lo que se debe tener en cuenta cuando estén acostados, pues en ellos hay que evitar que la oreja quede flexionada, ya que podría facilitar posteriormente su deformidad.

En la boca, los labios del recién nacido a término tienen gran capacidad para realizar movimientos de succión en el mismo momento en que tienen cualquier tipo de contacto. Algunos neonatos pueden presentar una pequeña prominencia en la parte central del labio superior llamada callo de succión, no es dolorosa, se nota desde el mismo momento del nacimiento y desaparece cuando el niño aprenda y pueda tomar su alimento sin necesidad de succionar.

La lengua debe moverse sin dificultad y ser simétrica, estar húmeda, pero no con salivación excesiva. Al nivel del paladar y a veces en las encías, generalmente cerca de la línea media, pueden aparecer pequeños puntos blancos, duros al tacto, llamadas perlas de Epstein, las cuales son pequeñas masas de células, benignas

y que suelen desaparecer espontáneamente durante las primeras semanas de vida (*ver* Dentición).

El cuello del recién nacido normalmente es corto y no se debe detectar algún pliegue, ni tumoración, pero es importante tener en cuenta que no es capaz de sostener la cabeza, ya que sus músculos no están aún bien desarrollados.

El tórax es cilíndrico y su perímetro ligeramente inferior al craneal. Se destacan en él las mamas, que pueden estar aumentadas de volumen e incluso brotar de estas secreción láctea a la que algunos llaman “leche de brujas”, que se origina como consecuencia del paso, antes de ocurrir el parto, a través de la placenta y el cordón umbilical de hormonas maternas (estrógeno y prolactina). Este trastorno desaparece en breves semanas.

Puede llamar la atención una estructura prominente hacia la parte inferior del esternón, que es el llamado apéndice xifoides, aún no osificado y no unido al esternón; sobresale durante la inspiración o durante la palpación del tórax.

El abdomen en los recién nacidos, por lo general es globuloso, consiguiendo más altura que el tórax, la piel de la pared abdominal puede experimentar los mismos cambios de color que experimenta la piel del resto del cuerpo. En este se destaca el ombligo con el muñón umbilical, en los primeros 5 a 7 días (*ver* Ombligo).

En la observación de los genitales externos es posible ver, en el caso de las hembras, que el clítoris y los labios mayores son algo prominentes, también algunas presentan en los primeros días de vida una secreción vaginal mucoide y adherente, que puede estar teñida o no de sangre o puede ser tan solo sangre; esta es otra manifestación de la llamada crisis genital del recién nacido, que se suma a la ya descrita en las mamas y que tiene igual causa. Estas alteraciones alcanzan entre el tercero y quinto día y desaparecen espontáneamente.

En relación con los genitales externos en los varones, dentro de la normalidad, es importante que los padres sepan que la longitud normal del pene estirado es de 3 a 5 cm y la erección del pene en el neonato es frecuente y no representa alteración alguna. El neonato masculino y prematuro puede tener su escroto plano y liso y los testículos no descendidos; si están más cercanos al término, a

finales del embarazo, pueden tener rugosidades en el escroto y los testículos ya descendidos.

Preocupa a los padres si el niño es “cerradito” o no. La fimosis, como se le llama a este trastorno, es congénito, el prepucio (que es la piel que retrocede sobre el glande descubriéndolo) es rígido en esta etapa de la vida, sin embargo, en muy pocas ocasiones interfiere con la salida de la orina. Tal rigidez impide que se pueda retraer sin que ocurra un desgarro, por tanto no es maniobra para este momento.

En los miembros superiores (brazos y manos) se debe encontrar simetría en forma y movimientos de ambos; cuando el recién nacido está despierto y cuando llora, los miembros inferiores (las piernas) consiguen tener forma que se corresponde con la postura que tenían dentro del útero. Es curioso ver que aquellos que permanecieron mucho tiempo en posición sentada (regiones glúteas o piernas hacia el cuello del útero) o que nacieron en posición pelviana (en esa misma posición) tienen las piernas estiradas hacia la cabeza, aquellos otros que estuvieron en posición cefálica (la cabeza hacia el cuello del útero) puede que tengan las piernas algo incurvadas hacia adentro. Ambas alteraciones son corregibles de manera espontánea, sin que medie medida alguna para esto.

Consejos médicos

- Mamá y papá deben recibir durante su estancia en la maternidad y al alta, o en ambas ocasiones, información relacionada con alguna alteración presente en su hijo, así como la conducta y pronóstico para ese problema.
- Es importante que reciban y conserven el carné de vacunación donde además de las vacunas constan datos importantes de lo ocurrido al nacimiento. Deben llevarlo siempre junto con otros documentos, especialmente a las consultas médicas.
- Si la ictericia no cumple en el niño con los requisitos aquí planteados en cuanto a intensidad, extensión y duración, deben consultarlo con el pediatra.
- Si esta aparece en la segunda semana de vida exige evaluación clínica por el pediatra.
- En la casa existen dos maneras de disminuir la ictericia en su niño: bríndele el pecho con frecuencia para que aumente el

número de deposiciones al día y elimine bilirrubina (sustancia que justifica la coloración amarilla en la piel), y expóngalo al sol, en un horario en que sus rayos no sean intensos: entre las 9:00 y 10:00 a. m. Los rayos de sol sobre la piel facilitarían la descomposición de la bilirrubina depositada en la piel, favoreciendo de igual modo su eliminación.

- A pesar de su utilidad, a partir de esta edad tenga en consideración los beneficios y los efectos dañinos del sol. Dentro de sus beneficios está: generar calor, favorecer su crecimiento y desarrollo, así como permitir la formación de vitamina D; mientras que como consecuencia del daño que se ha ocasionado sobre la capa de ozono son cada día más notables los efectos adversos como cáncer de piel, trastornos pigmentarios, envejecimiento de la piel y daño ocular. También se ha señalado su efecto sobre el sistema inmune, pues la inmunodepresión inducida por radiaciones ultravioleta ha sido documentada.
- Por lo antes señalado, su niño menor de 1 año debe recibir sol en el horario entre 9:00 y 10:00 a. m.: comience con 1 min al día y vaya aumentando poco a poco según la tolerancia de su piel, hasta un máximo de 10 min diarios durante toda la etapa de lactante. Evite la exposición directa de su piel y sus ojos a las radiaciones solares hasta los 6 meses de vida.
- Si su niño tiene obstrucción del lagrimal debe ser evaluado por el pediatra, no le ponga leche materna en los ojos como se hacía en el pasado, pues esta, además de inmunoglobulina tiene carbohidratos y proteínas que podrían ser sustrato para el crecimiento de las bacterias.
- Si comprueba que tiene obstrucción nasal mantenida o recurrente, consulte al pediatra.
- De aparecer alguna tumoración o aumento de volumen en el cuello posterior a la primera semana de vida, tiene que ser evaluado por el pediatra.
- No es aconsejable apretar, ni tratar de exprimir las mamas de su bebé cuando observe salida de leche por estas, tampoco darle masajes o ponerle medicación alguna.
- En las niñas, en la región genital, limpie siempre la vulva antes que la región anal, por lo que debe hacerse de delante hacia atrás.

- Los recién nacidos en los primeros 28 días de su vida transcurren por una etapa de transición, donde sus sistemas y órganos van modificando su funcionamiento. Lo observado por mamá y papá que supere o que no incluya lo aquí planteado debe ser motivo de consulta con su médico de familia o su pediatra.
- Es oportuno sugerir que se consulten otros temas de este texto, pues todos involucran necesidades o acontecimientos en niños hasta los 5 años de edad.





Alimentación

Pablo Duperval Maletá

La alimentación es uno de los momentos más agradables que vivimos generalmente los humanos a cualquier edad de la vida; los primeros en constatar este disfrute lo han sido y lo serán siempre los recién nacidos.

Lactancia materna

Si el nacimiento transcurre sin dificultades, el niño tiene un peso aceptable y no existe razón alguna en la madre o en el neonato que obligue a una separación inmediata de ambos, debe ser acercado al pecho materno en la primera hora de vida, pero resulta más ventajoso para ambos si esto ocurre lo más cercano al momento en que el niño es separado de la placenta, luego de ser cortado el cordón umbilical.

A partir de este momento, madre e hijo han de permanecer juntos, lo que le ofrece la posibilidad a la madre de alimentarlo a libre demanda, sin considerar margen de tiempo de forma estricta entre una tetada y otra.

Ese inicio tan precoz de la lactancia estimula en la madre su glándula hipófisis a la producción y liberación de oxitocina y prolactina. La oxitocina favorece la expulsión de la placenta de una manera fisiológica (alumbamiento), la disminución del sangramiento

posparto, así como la involución del útero y otros órganos reproductivos, mientras que la prolactina estimula la producción de leche por las mamas.

La leche humana se adapta perfectamente al recién nacido, y por solo citar un ejemplo, la leche que le brinda la madre al bebé prematuro (aquel nacido antes de las 37 semanas) tiene mayor contenido en nitrógeno que la leche del nacido a término, el hierro contenido en esta es perfectamente absorbido por el niño, siempre se encuentra a una temperatura ideal, resulta barata y no precisa de preparación alguna. Está libre de bacterias, aporta anticuerpos contra numerosas infecciones y reduce de forma considerable el riesgo de diarreas, otitis, rinofaringitis, etc. Es poco frecuente la ocurrencia de alergias e intolerancias.

Se adapta a las necesidades del niño durante cada toma y a lo largo de toda la lactancia, también su composición es distinta para cada mujer, así como cambia de un día a otro e incluso a lo largo de un mismo día; su contenido en grasas aumenta entre las 6 y 10 h de la mañana y es mayor durante el día.

La leche materna transcurre por 4 etapas y cada una tiene volúmenes y composición cualitativa y cuantitativamente diferente:

- Prealostro.
- Calostro.
- Leche de transición.
- Leche madura.

Prealostro

Desde el tercer mes entre la gestación, las glándulas mamarias producen una sustancia entre cuyos componentes más importantes, se encuentran las inmunoglobulinas, lactoferrinas, sodio y cloro.

Calostro

Esta etapa de la leche materna transcurre en los 3 primeros días posparto, su volumen oscila entre 30 y 100 mL al día, en franca relación con la intensidad y frecuencia del estímulo de succión.

Destaca en su contenido cantidades de proteínas que superan casi 3 veces la leche madura, inmunoglobulinas (IgA), lactoferrinas y otras sustancias que le confieren un gran poder inmunológico. Algunas personas suelen decir y evidentemente con justeza "...es la primera vacuna que recibe el recién nacido".

Leche de transición

Esta etapa transcurre desde el cuarto al décimo día con volúmenes de leche que oscilan entre 300 y 500 mL al día, aporta más calorías y vitaminas liposolubles.

Leche madura

Se produce a partir del décimo día con un volumen promedio de 700 a 800 mL diarios, su mayor componente es el agua en aproximadamente 90 %, razón por la cual no resulta necesario darle agua al bebé durante la lactancia. Se le ofrecen además en esta leche sustancias nutritivas e inmunológicas necesarias para la salud del niño.

Transcurridos los 10 primeros días, el volumen y calidad de la leche en la madre debe variar para cada tetada y momento del día, en relación, además, con la ingestión de líquidos, nutrición de la madre y la voluntad psicológica de lactar a su hijo.

La recomendación del Sistema de Salud Cubano y de la OMS a las madres es conseguir una lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, lo que garantizaría un óptimo estado nutricional y la prevención de enfermedades infecciosas y alérgicas. No se puede olvidar que no hay nada mejor que prevenir.

También recomiendan seguir amamantando a partir de los 6 meses de edad, al mismo tiempo que se va ofreciendo al bebé otros alimentos complementarios, hasta un mínimo de 2 años. Según la OMS y Unicef, a partir de los 2 primeros años la lactancia materna debería mantenerse hasta que el niño y la madre decidan, sin que exista ningún límite de tiempo. No se sabe cuál es la duración “normal” de la lactancia materna en la especie humana. Los referentes sobre los términos y características de la lactancia se comprenden desde el contexto cultural de las madres que lactan, de forma que los períodos de lactancia se pueden extender, tanto como la variabilidad de culturas existentes en el mundo.

Existen contraindicaciones médicas bien definidas y absolutas de la lactancia materna, entre las cuales se señalan:

- Por la madre: infección por VIH/sida, hepatitis B, consumo de drogas, infección tuberculosa activa no tratada, así como tratamiento oncológico en curso. El consumo de algunos fármacos podría contraindicarla también; para este particular es necesario

la decisión médica de sustituirlo por algún otro sin que presenten inconvenientes.

- Por el niño: galactosemia, enfermedad que se pesquisa, entre otras, con la “prueba del talón” (prueba bioquímica) y se realiza a todo niño preferiblemente al quinto día de vida.

Lactancia artificial

El uso de leche artificial en los niños, especialmente en el primer año de vida, debe constituir para mamá y papá una decisión excepcional y siempre consultada con su médico de familia o su pediatra, pues exponen a los hijos a riesgos en su salud, así como en su estado nutricional, que lo predisponen a enfermedades graves, desnutrición e incluso la muerte.

Las causas por las que este tipo de lactancia produce riesgos son:

- No tiene propiedades inmunológicas, a diferencia de la leche materna donde diferentes inmunoglobulinas y sustancias antibacterianas consiguen proteger la salud del recién nacido y lactante en los primeros meses de vida.
- El consumo de agua, recipientes, utensilios y las propias manos en su preparación incrementa el riesgo de contaminación, aun en condiciones higiénicas aceptables y consecuentemente pueden producir enfermedades infecciosas y diarreicas en los niños.
- De no existir condiciones adecuadas de conservación y refrigeración, las bacterias consiguen multiplicarse muy rápidamente en estas fórmulas lácteas.
- Cuando no se logra una dilución proporcional y homogénea (leches muy concentradas o diluidas) produce trastornos nutricionales, diarreas y hasta cólicos en los niños.
- La leche de vaca fresca no se recomienda en la alimentación de los niños en su primer año de vida, pues puede dar origen a la aparición de anemia por deficiencia de hierro o alergia alimentaria a la proteína de la leche de vaca, entre otros complejos trastornos en la infancia.

Cuando resulta imprescindible darle al niño alguna otra leche existen en el mercado o con posibilidades de ser adquiridas diferentes tipos de leches artificiales.

Leche en polvo

La leche de vaca entera fluida luego de un proceso tecnológico es desecada en un aproximado de 8 veces su volumen. Para uso del recién nacido y lactantes se le disminuye la cantidad de proteínas y se le añade grasa y lactosa para semejarla a la leche humana. En Cuba es la llamada “Lactosan”, que se encuentra fortificada con hierro y zinc.

A partir del año de edad el niño puede consumir la leche entera en polvo, pues son leches fortificadas, lo que la diferencia de la leche de vaca fluida.

¿Cómo prepararla? (Fig. 1):

- De ser posible siempre ha de hacerlo la misma persona (mamá, papá o abuela).
- Lávese bien las manos antes de comenzar la preparación.
- Los utensilios que se van a utilizar han de estar limpios y secos.
- Hierva un poco más de la cantidad de agua necesaria para utilizar la que esté libre del sedimento que se crea al ser hervida.
- El agua para la dilución no ha de estar ni fría ni caliente, pues en ambas condiciones se crean grumos, preferentemente ha de estar tibia.
- Para conseguir finalmente las 32 onzas de leche, utilice un biberón o un vaso de cristal o desechable como medida para 8 onzas de polvo.
- Esta cantidad de polvo debe disolverse en 16 onzas de agua hervida, con agitación moderada y luego añadir las otras 16 onzas de agua. El polvo se pone sobre el agua, no lo contrario.
- Una vez preparadas las 32 onzas de leche, hervirla por 1 min.
- Evite pasar la leche ya hervida a otro recipiente.
- Proteja el paquete de la leche en polvo en un lugar fresco y seco.
- La leche ya elaborada se debe refrescar para luego conservarla en refrigeración, tapada, para que no adquiera olores de otros alimentos.
- Evite al guardarla que gotas de agua o de cualquier otro líquido caigan en la leche y la contaminen.
- Existen otras fórmulas lácteas en polvo en el mercado para recién nacidos y lactantes cuya preparación obedece a las orientaciones mostradas en la etiqueta del recipiente.



Cucharada rasa para la preparación de leche en polvo.



Leche en polvo (2 onzas = 4 cda. rasas = 25 g).
Cantidad de polvo necesaria para preparar 1 toma de 8 onzas = 240 mL fluida.



Leche en polvo (4 onzas = 8 cda. rasas = 59 g).
Cantidad de polvo necesaria para preparar 2 tomas de 8 onzas = 480 mL fluida.



Leche en polvo (8 onzas = 16 cda. rasas = 100 g).
Cantidad de polvo necesaria para preparar 4 tomas de 8 onzas = 960 mL fluida.

Fig. 1. Preparación de leche en polvo.

Fuente: *Atlas fotográfico de porciones de alimentos*. INHEM, 2015

Leche evaporada

Es el resultado de la reducción del volumen de la leche de vaca a la mitad o más, es homogenizada y se le modifican las proteínas, por lo que se utiliza en niños con alergia a estas. Se fortifica con vitaminas, hierro y zinc; debe ser utilizada en niños mayores de 6 meses y se reconstituye añadiendo el volumen de agua sugerido en su etiqueta.

Leche fluida de vaquería

Está disponible en algunas viviendas en áreas rurales y suburbanas o es distribuida en puntos de ventas de esos lugares; se debe utilizar en niños mayores de 1 año y tiene que ser objeto de un tratamiento térmico capaz de destruir los microorganismos causantes de enfermedades que podría contener. Debe ser hervida durante 10 min, y después que suba someterla a un fuego menos intenso para que no se derrame. Una vez hervida y refrescada, debe añadirse agua hervida para alcanzar su volumen inicial.

Esta leche carece de algunos elementos (vitaminas y minerales) que actualmente fortifican la leche que se ofrece para niños y niñas.

Yogurt

Luego de un proceso biológico se transforma la lactosa y se disminuye su concentración, por lo que se hace adecuada para niños con intolerancia a la lactosa; es indicada por prescripción médica y constituye un sustituto eventual de la leche.

Consejos médicos

Lactancia materna

- La lactancia materna es una práctica muy saludable para el bebé, la madre y la familia en general, pues garantiza nutrición y salud, así como tranquilidad espiritual a la madre y la familia en su conjunto.
- Toda mujer con la esperanza de ser madre debe prepararse desde la etapa fértil de la vida para asumir y triunfar en este importante reto que le ha ofrecido la naturaleza, en consecuencia, debe evaluar la calidad de sus pezones y si presentan alguna irregularidad consultar oportunamente a su ginecólogo, quien le ofrecerá la manera de solucionar este problema.

- Para proteger sus pezones durante la lactancia, debe conseguir que el bebé tenga dentro de su boca el pezón y parte de la areola y puede que toda si esta es muy pequeña. Para retirar el pezón de la boca del bebé ponga su quinto dedo (meñique, el más pequeño de todos) de la mano contraria a la mama que lacta dentro de la boca del bebé, introduciéndolo por la comisura labial; cuando su dedo se encuentre dentro de la boca del niño habrá disminuido la presión negativa que este hace para succionar, entonces debe presionar el pezón hacia usted y retirar al niño del pecho. Proceder de esta manera en la retirada del pezón lo hace menos violento y evitará las grietas en los pezones que favorecen posteriormente las mastitis, que algunas madres sufren durante la lactancia y que conspira con su éxito.
- Si los pezones se le agrietan, ponga gotas de su leche en las grietas y déjelas secar al aire, así favorece su cicatrización; además, debe corregir la técnica de lactancia (pezón, areola o parte de esta dentro de la boca del niño).
- Es importante que usted consiga una posición cómoda, un ambiente de tranquilidad y aceptación por parte de la familia; aliméntese adecuadamente con las reales posibilidades que le brinda el mercado y la economía familiar.
- Continúe tomando las tabletas prenatales (fumarato ferroso + ácido fólico) durante el primer año del puerperio, para posibilitar una recuperación del descenso de la hemoglobina sufrido como consecuencia del parto y aportar hierro a la leche materna.
- Antes y después de cada tetada debe ingerir un vaso de líquido, preferentemente agua, jugo o leche.
- La fiebre en la madre no contraindica la lactancia materna, a menos que sea portadora de una infección grave o su estado general para este momento no se lo permita.
- Para garantizar una lactancia exitosa, la familia debe brindar apoyo a la madre. El bienestar psicológico, la ingesta de líquidos, la succión del bebé y el vaciamiento de los pechos favorece el incremento gradual y satisfactorio de los volúmenes de leche en las mamas.
- ¿Qué hacer cuando el niño llora y culpamos de esto al hambre?:
 - Tratar de conseguir calma y no dejarse estresar por el llanto.
 - Ponerlo con más frecuencia al pecho y mimarlo durante el procedimiento.

- La leche materna es fiel expresión, en calidad y cantidad, del estado psicológico de la madre y de cuanto ingiere cada día, por cuya razón, aunque tenga libertad en el consumo de los alimentos, debe tener precaución y limitarse en algunos, pues podrían generar cólicos y molestias de otra índole en el bebé. En este sentido, la ingesta de alimentos muy condimentados o con picante, ciertos embutidos, exceso de té, café y algunas otras infusiones, el chocolate, el grano del frijol, las bebidas que contengan cola y las alcohólicas, así como jugos cítricos, entre otros, podrían originar trastornos en el niño.
- La leche materna resulta muy digerible, como consecuencia de la nobleza de las proteínas que contiene, en particular la caseína, lo que hace que el niño sienta hambre con mucha frecuencia en sus inicios y no precisamente que no “se llenen”; en tal sentido es importante también garantizar que succione cada pecho el tiempo que el niño exija y que no se duerma, pues muchas veces hacen de la “teta un tete”. Evite que esto suceda al estimularlo por la planta de los pies cuando quiera dormirse.
- Con la llegada de la leche madura, los volúmenes de leche son mayores, no obstante, en aras de aportar más calorías al bebé, usted, al terminar cada tetada, puede extraerse la leche final, que es la de más contenido en grasas y calorías, y guardarla en el refrigerador hasta 24 h en un recipiente estéril y protegido para brindárselo posteriormente al niño en un vaso; no es preciso calentarlo si se saca del refrigerador algunos minutos previos hasta que consiga temperatura ambiente.
- Cada tetada debe comenzar con la última mama con la que se terminó en la vez anterior.
- El contenido proteico-calórico de la leche materna se incrementa gradualmente en el tiempo de la tetada, de ahí la importancia de que supere los 15 min y consiga alcanzar, y de ser posible superar, los 20 min cada vez y en cada mama.
- Aquellas madres que precisan de hacerse extracciones, pues sus volúmenes de leche son tan altos que les causan molestias y dolores en las mamas, podrían donar su leche. Existen instituciones en Cuba y en muchas partes del mundo, llamados “Bancos de Leche Humana”, que tienen el noble empeño de recolectar leche materna y luego de un proceso de pasteurización, que la

hace más segura desde el punto de vista epidemiológico, garantizar la alimentación de recién nacidos y lactantes pequeños en salas de terapias y diarreas de los hospitales.

- No es conveniente, en estos tiempos, por razones epidemiológicas, que se realice la práctica “nodriza” que en el pasado hacían muchas mujeres, por cuya razón ninguna madre debe lactar a un niño ajeno.
- El chupete y el biberón, además de ser vehículos de las infecciones hacia la boca del niño, disminuyen su calidad de succión y preferencia por el pecho materno, por lo que no se recomienda su uso.
- Durante el período de lactancia materna exclusiva no resulta necesario darle agua al bebé, pues se estima que la leche materna contiene entre 88 y 90 % de agua.
- La evaluación periódica del bebé en la consulta de puericultura dirá lo satisfactorio que resulta o no la lactancia materna exclusiva; el incremento de peso, talla y circunferencia cefálica en correspondencia con la edad del niño, así como el resultado de la relación entre peso y talla es lo que decide el éxito. La decisión de otra conducta alimentaria es algo que debe ser acordado con el médico de familia o el pediatra; los padres y médicos serán los que diseñarán la conducta que se deberá seguir en la alimentación del niño.
- Cuando se ha cumplido cabalmente con la técnica y todo lo necesario para una lactancia materna exitosa, esta resultará efectiva si:
 - El bebé asume una actitud tranquila al mamar y lo hace de forma acompasada y se muestra, además, relajado y satisfecho.
 - Consigue un sueño tranquilo con una duración de 1,5 a 3 h.
 - Tiene un promedio de 6 pañales mojados al día con orinas claras y alrededor de 4 deposiciones amarillas y fluidas diarias.
 - Su crecimiento y desarrollo son adecuados.
- A partir de los 6 meses de edad debe comenzar la alimentación complementaria, que es la incorporación de otros alimentos diferentes a la leche materna, sin renunciar a esta.

Lactancia artificial

- El uso de leche artificial es una solución en la alimentación de los niños, pero no en aquellos que pueden tomar leche materna;

existen riesgos en su uso que han de ser tenidos en consideración siempre.

- La excusa de que “...el niño no se llena con el pecho” no justifica su empleo.
- Sea muy riguroso en las medidas de elaboración y conservación, la madre ha de probarla cada vez que se la da a su hijo.
- Las cantidades sugeridas son:
 - Recién nacidos a término normal: 30 mL, se puede llegar antes del mes a 90 mL cada 4 h.
 - A partir del mes, el volumen que se puede administrar es: edad en meses + 2 onzas, hasta llegar a los 6 meses que serían 8 onzas y se continuaría hasta el año con 8 onzas (Tabla 1).
 - Ningún niño debe tomar más de 32 onzas de leche al día; administrar cantidades superiores a las que le corresponde predisponen a su niño a diarreas y potencialmente a intolerancia.
- El esquema de alimentación de su niño puede necesitar adecuaciones y quizás cierto dinamismo acorde con sus características y demandas. Esas adecuaciones siempre deben ser consultadas con su médico de familia o pediatra.

Tabla 1. Cantidades de leche artificial

Edad en meses	Añadir (onzas)	Cantidad a suministrar (onzas)
1	+2	3
2	+2	4
3	+2	5
4	+2	6
5	+2	7
6	+2	8



Cuna, cuarto y ropa

Pablo Duperval Maletá

Cuna

La cuna es el lugar donde habitualmente duermen los niños desde que nacen y en algunos hogares se mantienen durmiendo allí hasta los 2 años de edad. Existen costumbres preconcebidas por la tradición que actualmente se ajustan a la disponibilidad de espacio con que cuentan los padres para ubicarlas y también sus posibilidades económicas para comprarlas, pues generalmente se ubican en su cuarto aun teniendo otros espacios en el hogar. No olvidar que el cuarto y la cuna influyen en la calidad del sueño del bebé.

Como el niño ha de crecer y no siempre ha de estar acostado y durmiendo es importante la observación de algunas precauciones.

Cuarto

En el cuarto, aún compartido con mamá y papá, lo que resulta más frecuente en estos tiempos, se debe conseguir un espacio para el niño, solo suyo, y que se identifique para el resto de la familia, donde madre y padre puedan sentirse a gusto atendiéndole; para crear este territorio se deben tomar algunas medidas.

Ropa

Una de las primeras preocupaciones de las futuras madres cuando se saben embarazadas es elegir y coleccionar ropas para el bebé: las adquieren para cualquier edad, y es una de las razones que les despierta el interés en conocer con la mayor premura posible su sexo.

Sin embargo, la vida demuestra una y otra vez la brevedad en la utilización de estas ropas, muchas veces encarecidas en el mercado, por lo que es más aconsejable aceptar en calidad de regalo o préstamo algunas ropitas de otros niños que han antecedido en la familia o en nuestro círculo de amigos, ya que por el poco tiempo de su uso no consiguen un deterioro importante.

Vemos con preocupación que muchas madres visten a sus hijos recién nacidos y lactantes pequeños con zapatos, cuando aún están lejos de pararse y caminar.

Si mamá y papá observaran el movimiento que los niños hacen frecuentemente con sus pies en la etapa de recién nacidos y lactantes, se darán cuenta que los flexionan con y sin estímulos en la planta; esto pudiera ser un ejercicio para comenzar a formar el arco interno del pie que el uso del calzado impediría. Asimismo, resulta difícil, en muchas ocasiones, ponerle un calzado por la flexión que hacen de sus dedos, por lo que hay que tener cuidado al ponerle algún zapato por si quedó algún dedo doblado.

Los ortopédicos y fisiatras consideran que los niños han de usar calzado cuando comiencen a caminar, lo que facilitaría más la estabilidad al pararse y en alguna medida la formación del arco interno de los pies.

Sea cual fuere la procedencia de la ropita que tenemos para el bebé, deben tomarse en cuenta algunas medidas.

Consejos médicos

Cuna

- Las cunas de madera son las más usadas en Cuba, son las recomendadas porque son más fuertes para el avance del desarrollo psicomotor de su niño.

- Los espacios entre balaustres no deben ser menores de 2,5 cm, para que no se le quede atascado un brazo o una pierna; ni mayores de 6 cm para que no pueda deslizarse entre estos.
- Si tiene barandas desplazables que le permita acceder a su niño más cómodamente, estas deben tener dispositivos o pestillos de seguridad en sus extremos, para que al niño le sea imposible desplazarlas en el futuro.
- Puede ponerle almohadas en sus lados y hacia los pies, pero trate de no limitar en mucho su espacio interior; con el decursar del tiempo estas almohadas pueden ser sustituidas por “chichoneras” o pequeñas almohadillas inflables o esponjosas, para amortiguar sus tropiezos contra los balaustres de la cuna en sus movimientos durante el sueño.
- El colchón debe adaptarse exactamente al espacio interior de la cuna y debe quedar bien asentado en su fondo, ser plano y lo bastante grueso y duro.
- Debe estar situada a una distancia prudencial de su cama, para que le permita escuchar su ritmo respiratorio y observar sus movimientos.
- Ponga una sábana pequeña o pañal en la zona donde apoya su cabeza y cámbiela varias veces al día.
- Si usa mosquiteros, lávelo o introdúzcalo en agua al menos cada 3 días para despojarlo del polvo impregnado.
- Límpielo solo con agua, evite productos químicos o desinfectantes.
- Considere que el niño irá creciendo y cuando consiga pararse y hasta caminar, las barandas deben estar situadas a una altura que no permitan el riesgo de que pueda saltarlas; esto habitualmente se logra bajando el bastidor y el colchón. La base del colchón debe estar, por lo menos, a 59,5 cm del borde superior de la cuna, para que el niño no pueda escalar. La altura de la base debe ser desplazable.
- Evite que la cuna esté directamente al sol, en zonas de corrientes de aire, cerca de televisores o ruidos excesivos.
- No ponga en la cuna muñecos de peluche u otros que desprendan pelos o fragmentos; preferentemente deben ser de goma, lo que permitiría lavarlos con frecuencia.

- Cuando el bebé consigue pararse ya le han brotado los dientes, por lo que suele morder las barandas de la cuna y con esto llevarse pintura de esta a la boca, así que sea precavido con la calidad de pintura que usa.

Cuarto

- Evite la entrada de animales domésticos al cuarto, pues el pelo que desprenden puede propiciar la aparición de manifestaciones de alergia y dificultad en la respiración del niño.
- No fume en el cuarto, y aquellas personas que lo hacen aun fuera de la casa, pueden traer consigo la nicotina impregnada en sus ropas hasta 6 h después, por lo que de no cambiarse de ropa estarían limitados a acceder al niño durante ese tiempo.
- Evite siempre que sea posible el uso de alfombras, pues acumulan muchos ácaros, lo que favorece procesos alérgicos en los niños.
- Ventile el cuarto diariamente al menos durante 10 min, pues se suelen acumular sustancias perjudiciales, muchas veces sin que podamos percibir las.
- Puede existir una decoración discreta, pero lavable; la pintura de las paredes debe tener colores suaves y relajantes, preferentemente azul o verde.
- Las cortinas, por lo general, complementan la decoración del cuarto y favorecen la penumbra, muchas veces necesaria para garantizar el sueño del bebé, pero deben ser lavables.
- Este lugar acepta también algunos objetos personales del bebé que den alegría, como una caja de música o algunos muñecos lavables.
- Si lo posee, el aire acondicionado es aconsejable, pero tenga la precaución de abrigar al bebé en la medida que la temperatura ambiental lo exija.
- Cuando en el cuarto hay mucho calor y solo se tiene un ventilador, puede usarse, pero ubíquelo en una posición donde alivie el calor y no mueva polvo hacia el bebé.

Ropa

- Seleccione ropa cómoda, fácil de poner y de lavar.
- Lave y planche toda la ropa que llegue a sus manos y que usará su bebé.

- Utilice detergentes a base de jabón neutro para lavar su ropa, especialmente donde existen antecedentes familiares de alergia; no use suavizantes.
- La ropa no le ha de quedar muy holgada, pero tampoco muy ajustada al cuerpo, ambas condiciones le generan incomodidad a su niño.
- Siempre que sea posible, utilice preferentemente ropas de algodón.
- Disponga además, de gorro, medias y guantes en época de invierno o cuando la humedad relativa ambiental es alta; ellos pueden sentir frío, sobre todo en la etapa de recién nacidos, entonces manos y pies pueden estar algo cianóticos (morados), cosa que se revierte abrigándolos o cubriéndole manos y pies.
- Por razones diversas, su niño, por lo general, exige ser cambiado de ropa más de una vez al día.
- Posponga el uso del calzado para el momento en que comience a dar los primeros pasos.



Cecimel
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN



Postura

Pablo Duperval Maletá

Ha sido tradición en Cuba y en muchos países del mundo, acostar a los niños boca abajo con la cabeza ladeada, por el gran temor a las regurgitaciones o buches que muchos padecen en los primeros 6 meses de edad, consecuencia del reflujo gastroesofágico, por lo general fisiológico. En esta posición, el estómago se situaría en una posición más anterior que el esófago evitando en gran medida que se produzca el vómito con el riesgo de aspiración y asfixia.

Estudios epidemiológicos mundiales apuntan a que en la posición boca abajo aumenta el riesgo del síndrome de muerte de súbita en el lactante. Estos estudios sugieren que la mejor postura para dormir el bebé ha de ser boca arriba o de lado.

Los defensores de esta nueva práctica consideran que, además, disminuyen los riesgos de hipertermia (elevación de la temperatura del bebé), y les permite ver el entorno obteniendo también una mayor oxigenación.

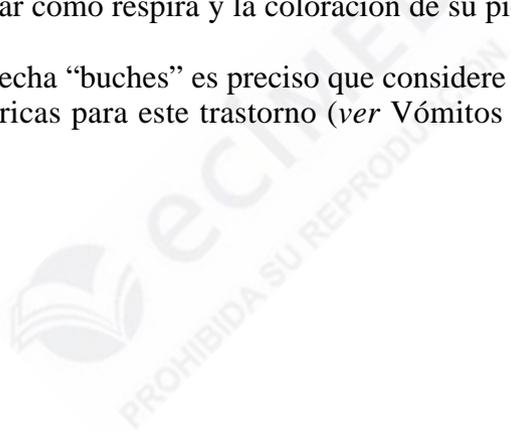
Nuestros recién nacidos y lactantes son objeto de una observación visual casi mantenida por los padres, así como otros miembros de la familia, lo que hace posible detectar oportunamente cualquier alteración en ellos; sin embargo, es obvio que se ha de conseguir para el bebé una postura que le dé seguridad y comodidad.

Es conveniente acostarlo del lado derecho en las primeras horas, luego de las tomas de alimento, pues favorecen el vaciamiento del estómago en más breve tiempo y minimizan el riesgo de regurgitaciones y vómitos; para otro momento podría ser del lado izquierdo o boca arriba como hoy en día se sugiere.

Cuando el niño esté despierto es necesario ponerlo boca abajo y con algún estímulo visual frente a sí, lo que favorecería el tono muscular del cuello y el control cefálico.

Consejos médicos

- Sea cual fuere la posición del bebé al dormir, mamá, papá o algún miembro de la familia debe observarlo frecuentemente; esta observación no precisa de cercanía extrema, solo es importante evaluar cómo respira y la coloración de su piel (palmas y plantas).
- Si su bebé echa “buches” es preciso que considere las sugerencias pediátricas para este trastorno (*ver* Vómitos y regurgitaciones).





Luz, ruido y silencio

Pablo Duperval Maletá

Luz

Es buena práctica que los niños duerman a oscuras durante la noche y con poca iluminación durante el día para que aprendan gradualmente a establecer diferencias de horario; sin embargo, esto no se cumple en los primeros días, porque las madres y padres tienen un sueño muy ligero y prefieren ver al bebé inmediatamente, pues casi siempre se estresan ante cualquier alteración del niño por sencilla que parezca al faltarles conocimiento y entrenamiento en su atención.

Ruidos

Los ruidos de alta tonalidad y a veces innecesarios, así como la música con volumen alto, consiguen alterar la conducta del niño, tanto en el día como en la noche. En ocasiones, la música instrumental con un volumen bajo consigue un agradable sueño en los bebés.

Silencio

No es imprescindible un silencio absoluto, pues a veces se propicia un sueño fácil al oír la voz de la madre o del padre.

Consejos médicos

- Al menos durante el primer mes consiga tener en la habitación una luz tenue que le permita evaluar cualquier alteración en su niño.
- La familia y los vecinos deben tener conciencia de que hay un bebé en casa y es importante que eviten ruidos innecesarios, así como la música alta.
- Seleccione música instrumental y suave durante el horario diurno para conseguir tranquilidad y quizás sueño en el bebé.
- La voz de la mamá o papá arrullándolo tiene un efecto muy estimulante y tranquilizador en los recién nacidos y lactantes pequeños, siempre y cuando ambos no lo hagan simultáneamente.





Sueño

Pablo Duperval Maletá

El acto de dormir representa una de las funciones fisiológicas del ser humano, casi imprescindible en cualquier etapa de su vida y la forma más genuina de ofrecer descanso al organismo. En su transcurso, los procesos orgánicos continúan su desarrollo, pero algunos lo hacen con menor intensidad; muestra de esto es que el ritmo cardíaco y respiratorio son más lentos, el tono muscular se relaja, la temperatura y la presión arterial disminuyen. Durante el sueño la mayor parte de la energía orgánica es usada en los procesos de recuperación para contrarrestar los efectos de la actividad diaria.

Cuando no se duerme lo suficiente y esto ocurre durante un largo período, se produce disminución de los glóbulos rojos y de la temperatura, incapacidad para la actividad física diaria, alteraciones de magnitud variable del sistema nervioso al nivel sensorial, manifestando irritabilidad, depresión, alucinaciones, delirio y en casos extremos puede llegar al estado de coma.

El sueño tiene particularidades para cada edad; en la etapa de la niñez, las horas que se le dedican varían según transcurre su vida; en el recién nacido, depende en buena medida de la edad posconcepcional, de sus condiciones básicas y de los estímulos ambientales.

Se puede decir que el recién nacido duerme casi todo el tiempo en los primeros 8 a 10 días de vida; sin embargo, este sueño varía mucho en profundidad. El sueño profundo solo ocupa 35 a 45 % de todo su tiempo, y el resto resulta, en su mayoría, una especial somnolencia. No puede determinarse con exactitud los requerimientos normales de sueño, pues bien atendidos y con necesidades satisfechas unos suelen dormir menos que otros.

Para los neonatólogos y pediatras que laboran en las maternidades y algunas madres con experiencias anteriores no es secreto que los recién nacidos suelen “dormir de día y llorar en la noche”; cuando son asistidos en las salas de puerperio, en las mañanas, excepcionalmente se escucha el llanto de algún recién nacido, solo las voces de las madres u otras personas en ese lugar. Sin embargo, pasadas las 7 de la tarde y muy especialmente en la madrugada, la mayor parte de ellos colman de ansiedad a la madre con un llanto que a esa hora de la noche-madrugada puede impresionar como hambre, dolor, etc. Una vez llegada las 5 de la mañana todos vuelven a callar. Esta historia es rutina diaria, pero lamentablemente no consigue ser bien interpretada por algunas madres y hasta abuelas.

Resulta aún más complejo una vez que llegan a casa, pues aprovechando ese sueño diurno (más profundo) que tienen los recién nacidos, las madres se ocupan en los quehaceres del hogar; extenuadas en la noche se sienten imposibilitadas de dormir, pues los bebés puede que lloren sin cesar aún con sus necesidades satisfechas.

Al parecer este trastorno con el sueño trasciende y puede llegar hasta la décima semana de vida con un máximo de intensidad a la sexta semana; es curioso, pues lloran y se retuercen mostrando signos de un gran malestar; sin embargo, no están húmedos, han comido bien, conservan una buena temperatura, por lo que se le ha llamado por algunos “la ansiedad del anochecer”.

No es alarmante este trastorno y resulta algo frecuente, pero pasajero, pues forma parte de su adaptación a los ritmos de día y noche, si es bien reconocido y manejado por las madres y los padres, debe desaparecer hacia el tercer mes.

Es especialmente interesante, cuando duerme, la profundidad de su sueño para este entonces, que dificulta que logre coger el pezón, aun con excitantes externos. Transcurrida esta primera semana,

los períodos en que permanece despierto y dormido se hacen más evidentes, la succión del pecho consigue más calidad y puede que duerma al final de cada tetada.

De forma general, durante el primer año de vida el sueño es el resultado de la satisfacción de necesidades, especialmente alimenticias, con el logro de un estado de tranquilidad en su entorno, ambiente agradable por desaparición de estímulos desagradables como presiones, frío, calor, etc.

Entre el primer y quinto mes de vida los niños duermen como promedio entre 18 y 20 h al día, y puede que ya a los 4 meses solo duerman 16 h al día, siempre alternándose períodos despiertos con los de sueño. Todo depende también, en alguna medida del carácter del niño, pues aquellos que son pacíficos y rodeados de un ambiente tranquilo, con necesidades satisfechas, son los que suelen dormir por períodos más prolongados, mientras que aquellos que son inquietos duermen “a retazos”, pues su sueño tiene brevedad de minutos cada vez; entre ambos extremos se encuentra la conducta de los niños frente al sueño para esta etapa.

Al principio, el sueño diurno en las últimas horas de la mañana y en las primeras de la tarde suele ser profundo, pero en la misma medida que avanzan en tiempo, los períodos de sueño en la noche se hacen más prolongados y ya a los 4 meses puede durar entre 8 y 12 h.

Los lactantes entre 5 y 10 meses de edad suelen tener períodos de sueño ininterrumpido entre 8 y 12 h; algunos pueden despertar en la madrugada exigiendo tomar alimentos para volver a dormirse. Esto último puede ser el resultado de malos hábitos creados por los padres que no consiguen eliminarse oportunamente. Al final de este período pueden dormir de 10 a 12 h en la noche, duermen mediodía y otro corto período de 3 a 4 h luego de las comidas (siesta).

Para aquellos entre 10 y 15 meses, el sueño nocturno es más prolongado, de unas 10 a 12 h, con dos períodos más cortos de sueño de 1 a 2 h en la mañana y de 2 a 3 h en la siesta. Al final de esta etapa aparecen “los terrores nocturnos”, suceso que los hace despertar llorando y que puede alarmar a los padres, confundiendo en algo su tiempo de sueño.

Los niños de 2 años pueden tener de 13 a 14 h de sueño al día, de las cuales 11 a 12 h son en la noche y de 1 a 2 h en la siesta; a los 3 años suelen dormir 12 h en la noche, además de una siesta de 1 h.

En las edades entre 3 y 4 años, los niños sienten temores para irse a dormir, lloran cuando se les obliga, tienen miedo a la oscuridad, piden tener una luz encendida en la habitación o irse a la cama de los padres. Es un trastorno transitorio que, con un buen humor, hay que ir desestimando hasta que se consiga eliminar estos miedos.

Cuando sus edades oscilan entre 4 y 5 años, pueden dormir una siesta de 1 h o más, pero conservan el período de sueño nocturno entre 11 y 12 h. Lo característico del sueño en esta etapa es su profundidad, pueden prescindir de la presencia de algún adulto o de juguetes junto a ellos y pueden ser trasladados de un lugar a otro dormidos sin que se despierten. Muchos dejan de hacer siesta en la tarde y tienen suficiente con el sueño nocturno.

Los niños que no respiran bien por la nariz no consiguen un sueño tranquilo, pues esta situación empeora en las horas de noche y madrugada. Estos niños tienen un sueño más superficial, lo que les impide restaurar la energía mental y psicológica, perjudicando posteriormente su concentración frente a actividades sociales y escolares.

Ha sido demostrado que los niños que duermen bien secretan mayores cantidades de hormonas de crecimiento, además, su agitación durante el sueño origina movimientos excesivos y proporcionalmente consumo de energía.

De forma general, el estado psicológico de un niño depende en buena medida de la satisfacción de sus horas requeridas de sueño y es preciso hacer cuanto sea necesario para que este sueño consiga ser tranquilo y recuperador de energías.

Consejos médicos

- La cuna, el cuarto y la postura son aspectos que garantizan la calidad del sueño en su niño.
- Es importante que evite los ruidos innecesarios, bríndele un ambiente de penumbra en el día y ventilación adecuada durante sus horas de sueño en cualquier horario.
- Si considera que el sueño no es satisfactorio en su niño, por su brevedad en horas, o profundidad, es posible que exista algún factor que le esté influyendo; es preciso determinarlo y resolverlo sin o con la ayuda de su pediatra.

- No es aconsejable llevar al niño a la cama de mamá y papá para que duerma, no es bueno, desde el punto de vista epidemiológico, y lo expone al riesgo de asfixia por colecho.
- Mantenga la calma, sin lugar a dudas un llanto que bien puede superar las 2 h puede ponerla en tensión, así como a cualquier familiar de su entorno, pero en su desespero no acuda a medicación inconsulta ni en el mejor de los casos a un Cuerpo de Guardia reclamando la valoración médica de su hijo.
- Su niño mayor de 3 meses no necesita alimentos en la noche-madrugada (la última toma puede dársela de 10:00 a 11:00 p. m.); dárselos puede resultar perjudicial al favorecer la aspiración durante el sueño y los procesos respiratorios recurrentes.
- Alteraciones del sueño en niños, como pesadillas frecuentes, sonambulismo y terrores nocturnos, deben ser consultados con su pediatra.
- En dependencia de la edad, las horas de sueño deben corresponderse con el esquema siguiente:
 - De 1 a 4 años: 12 h.
 - De 4 a 12 años: 10 h.
 - De 12 a 16 años: de 8 a 10 h.
 - Más de 16 años: de 7 a 8 h.
- Es recomendable que mamá o papá practiquen la agradable idea de leer cuentos a sus hijos a la hora de dormir, lo que tiene favorable repercusión en su futura capacidad intelectual.



Higiene y baño

Pablo Duperval Maletá

Higiene

El recién nacido inmunológicamente es inmaduro, lo que lo hace susceptible a infecciones que padecen personas que viven en la casa o consiguen en algún momento relacionarse con él.

Su defensa ante las infecciones se las propicia la madre, pues durante el embarazo le transmite inmunoglobulinas a través del cordón umbilical, cuya vida media en su organismo será de 5 a 6 meses aproximadamente, y que no consiguen una protección absoluta, lo que significa que ante ciertas violaciones de las medidas higiénicas recomendadas para la atención de estos niños podrían enfermar.

La higiene debe comenzar en las manos y ropas de quienes lo cuidan, y continuar en su pequeño y gran entorno, llámese pañales, ropas, cuna, mosquitero, habitación y casa.

Son la boca y la nariz, una vez caído el muñón umbilical y cicatrizado esta zona, las dos mayores puertas de entrada de las infecciones en estos niños. Evitar el riesgo de infección representa bienestar para los niños, madres y padres, así como tranquilidad espiritual para toda la familia.

Baño

El objetivo del baño no es solo propiciar suficiente limpieza de la mayor parte de la piel del niño, sino también ofrecerle una de las mayores satisfacciones que serviría para su iniciación en una disciplina higiénica en momentos posteriores de su vida.

Consigue ser igualmente para la madre un agradable momento en su relación con su hijo, luego de la lactancia, por lo que ha de encontrar un momento muy específico para esto.

Requiere de una preparación cuidadosa, pues una vez que la madre toma al niño para bañarlo no ha de separarse de él hasta su terminación, para evitar exponerlo a enfriamiento o caídas; en consecuencia, es preciso que coloque previamente a su alcance todo lo necesario para el baño: palangana con el agua tibia, toallas, jabón, ropas, etc.

La temperatura en la habitación donde se ha de efectuar el baño no debe ser inferior a 22 °C, esto permitiría desnudarlo y realizar el baño sin que exista sensación de frío por parte del niño.

El agua del baño ha de tener una temperatura de alrededor de 37 °C; no es preciso disponer de un termómetro para comprobarlo, para las madres es costumbre sumergir el dorso de su mano o el codo, pues la piel en esta zona del cuerpo resulta más sensible, y comprobar si esa temperatura resulta óptima o no para su niño. Es muy importante que antes de sumergir al niño se haya conseguido la temperatura deseada mediante la mezcla de agua fría y caliente, nunca hacerlo una vez que el niño se ha sumergido en la bañera, pues esto puede provocar aversión al baño.

Luego de desnudar al niño, la madre lo introducirá con suavidad en el agua, sujetándolo con la mano izquierda por el hombro izquierdo, de tal manera que la cabecita descansa sobre el antebrazo de la madre; de esta manera se evita que su cabeza pueda introducirse dentro del agua, sensación muy desagradable para el bebé, que conspiraría contra su tolerancia al baño.

Algunas madres, sobre todo aquellas con primeras experiencias, sienten temor para realizar el baño y puede que sean auxiliadas por otras personas en el hogar, abuelas o algún otro pariente; sin embargo, se le concede tanta importancia al baño en la relación madre-hijo que aconsejamos debe ser la madre la que de manera directa lo realice, sin subestimar la valiosa ayuda de la familia.

El baño debe realizarse de la cabeza a los pies, enjabonando y librando seguidamente cada zona del jabón para seguir hacia otra y así sucesivamente. Cuando se esté lavando la cabeza, se ha de tener la precaución de evitar que el jabón llegue a los ojos del bebé, para lo cual es preferible que esté bien inclinado hacia atrás y retirar el jabón lo más pronto posible, pero sin introducirlo dentro del agua.

El momento para realizar el baño puede ser cualquier hora en el día, inmediatamente antes de una de las tomas de alimento, pero en la práctica, las madres consiguen saber cuánto de bienestar le produce el baño y en consecuencia, lo adecuan cerca del mediodía o media mañana, pues luego el niño ha de dormir varias horas. Por igual razón, otras prefieren hacerlo cerca del horario de dormir. Sí es aconsejable que para la época de invierno se realice en los momentos más cálidos del día.

Es vital que el baño no resulte un acto precipitado y angustioso, para que no genere intranquilidad e insatisfacción para el niño. Una vez desnudo, la madre tiene la oportunidad para explorar y observar si existe alguna alteración en su cuerpo.

Consejos médicos

Higiene

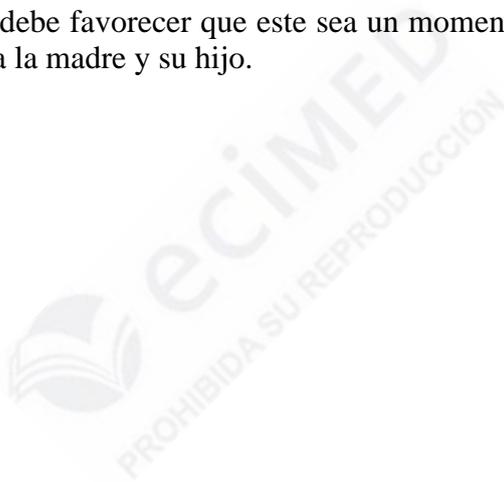
- El niño debe ser cuidado básicamente por mamá y papá; si por razones justificadas alguna persona tiene que participar en esta tarea, debe ser tan cuidadosa como ellos en la higiene personal.
- La ayuda que pueda necesitar mamá en lo relacionado con el cuidado de su hijo, podría ser en muchos menesteres que no sean precisamente en la atención del niño.
- Su ropa de cama debe sustituirse diariamente y una vez lavada exponerse al sol. Su mosquitero debe sumergirse en agua, al menos cada 3 días para librarlo del polvo impregnado.
- Su habitación debe tener limpieza, ventilación e iluminación adecuada.
- A su habitación no deben acceder personas que sufran de catarro u otra enfermedad transmisible.
- Si existe algún fumador en la casa, este debe hacerlo fuera del hogar, y si necesariamente ha de cargar al niño, no hacerlo sin antes cambiarse de ropa, pues la nicotina queda impregnada en sus ropas por varias horas.

- Los niños que son fumadores pasivos tienen mayor riesgo de contraer enfermedades respiratorias.
- Los familiares y vecinos han de tener conocimiento de que existe un recién nacido en casa y deben evitar los ruidos innecesarios, pues lastiman su sueño y tranquilidad.
- Los recién nacidos y lactantes no deben acudir a lugares donde se conglomeren personas, mucho más cuando son cerrados: llámense teatros, cines, tiendas, fiestas populares, etc., pues son sitios donde se aglutinan personas también con afecciones respiratorias o de otra índole con las cuales podrían contagiarse.
- La lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad es la que garantiza, de un modo más estable, la salud del recién nacido y el lactante, al proteger su aparato digestivo, y con esto a todo el organismo, de infecciones por virus, bacterias o parásitos. Los padres y la familia en su conjunto deben defender esta práctica por la salud de los niños.

Baño

- El baño debe ser diario y con agua hervida en los primeros 6 meses de la vida.
- En el lactante pequeño, en particular menor de 3 meses, no debe superar los 10 min.
- Es preferible escoger un momento en que el bebé no tenga mucha hambre ni esté enojado, pero también evitar que ocurra inmediatamente después de una comida, pues podría regurgitar la leche.
- No sumerja los genitales del niño (ano y nalgas) en el agua, sin que previamente no hayan sido limpiados para evitar ensuciar el agua. En las hembras, la vulva, que es una zona de secreciones, debe ser enjabonada y aclarada posteriormente de delante hacia atrás, haciendo hincapié en los pliegues. En los varones, debe desplazarse con delicadeza la piel que recubre el glande (el prepucio) y volver a llevarlo con cuidado y en breve hacia delante después de limpiar la zona, no insista si la manipulación resulta difícil; cada día, antes del baño, observe las características del prepucio en la búsqueda de signos como inflamación, calor, o enrojecimiento inusuales.

- Sea ágil y cuidadoso en el momento de sacar al bebé del agua, por el riesgo de que se le resbale de las manos o que sufra de frío. Cúbralo con una toalla preferentemente de algodón y séquelolo desde el cuero cabelludo, sin temor de tocar las fontanelas (molleras), pues estas son flexibles, pero resistentes. Continúe hacia abajo haciendo hincapié en el cuello y los pliegues. Luego de secado, vístalo también con agilidad para evitar el enfriamiento.
- El baño resulta también una buena oportunidad para que mamá pueda darle masajes a su hijo.
- No es necesario usar perfumes o talco luego del baño; aun prescindiendo de estos, los recién nacidos y lactantes tienen siempre un olor agradable.
- La familia debe favorecer que este sea un momento de mucho agrado para la madre y su hijo.





Llanto

Pablo Duperval Maletá

El llanto en el recién nacido resulta muy importante. Su ausencia en los primeros minutos de vida o en momentos posteriores, ante estímulos que supuestamente debían desencadenarlo, presupone alguna importante alteración neurológica.

Es una de las expresiones de malestar o de bienestar del recién nacido y lactante, o consecuencia de sentir alguna necesidad. También puede ser la manera que tienen los niños de llamar la atención de los adultos y con esto conseguir cercanía o su afecto.

Su frecuencia, permanencia e intensidad puede preocupar a los padres que van a buscar ayuda médica en aras de descartar alguna alteración o enfermedad que lo justifique, o lo que resulta aún peor, suministrarle medicación inconsultamente para “el dolor” u otros supuestos malestares.

Son los padres y especialmente las madres quienes con paciencia consiguen comprender el mensaje presente en el llanto del bebé y que deben ser atendidos cada vez que llore.

Las causas que pueden justificar el llanto son diversas, y se cuentan entre otras:

- Dolor.
- Sueño.

- Hambre.
- Necesidad de compañía.
- Incomodidad.
- Frio.
- Calor.
- Alegría.
- Se siente húmedo.
- Olores fuertes.
- Ruidos.
- Luz intensa.

Las características sonoras del llanto, su intensidad, duración y horario en que ocurre ayuda en la definición de su causa, pero un niño no debe llorar más de 2 h de manera continua sin que se consiga saber y eliminar su causa.

Uno de los momentos en que el llanto más preocupa y más ocurre en recién nacidos y lactantes pequeños es durante la noche y madrugada, cuando le ha precedido una mañana y una tarde tranquila. Es obvio que para estos momentos los padres han de estar cansados por la labor del día y desearían un descanso.

Esta realidad ocurre con tanta frecuencia y puede prolongarse tanto en el tiempo que resulta necesario que las madres y los padres consigan entenderlo y aprendan a resolverlo, para no cometer el gran error de llevarlos junto a ellos a su cama y ponerlo en riesgo de enfermar o de una muerte por asfixia o colecho.

Sucede que para este entonces los recién nacidos duermen muchas horas, sobre todo en el horario diurno, teniendo de vigilia entre 6 y 8 h como promedio en el día. Es durante la noche que despiertan y lo hacen llorando, situación que tiene mayor repercusión social, pues despiertan y preocupan a otros miembros de la familia y vecinos.

Es preciso que la madre lo despierte cada 2 o 3 h durante el día para lactarlo y de esta manera, con mucha paciencia, enseñarle cuál ha de ser el momento de la alimentación y cuál el del sueño, aunque durante el primer mes de vida es obvio que el niño ha de lactar algunas veces en la madrugada.

Otra manera de mejorar esa conducta en los recién nacidos y lactantes es estimularlos básicamente durante el horario diurno y evitar hacerlo durante la noche.

El embarazo y el parto son etapas que generan mucho estrés en las madres por múltiples causas; llegado el puerperio, luego de transcurridas las etapas anteriores, muchas no consiguen superar lo sufrido y cualquier incidente con el niño, por insignificante que parezca, exacerba la alteración. Eso se traduce en su relación con su hijo, al cargarlo y mucho más al amamantarlo; son ciertas las palabras de las abuelas cuando dicen: “no le des el pecho si estás alterada”.

Estas palabras significan que la ansiedad sufrida por la madre, sea cual fuere el motivo, crea malestar en el bebé y puede provocar su llanto.

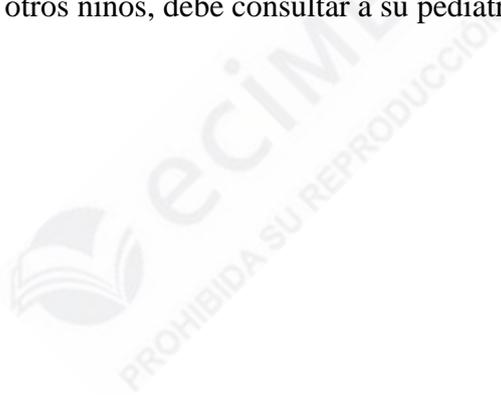
Es responsabilidad del padre y de toda la familia alejar de la madre situaciones estresantes, en las cuales se hace innecesaria su participación y favorecerle un ambiente de agradable tranquilidad, tratando de minimizar sus preocupaciones e inquietudes; todo esto beneficia la conducta del recién nacido y el lactante.

Los episodios de llanto en los niños disminuyen a medida que el tiempo transcurre, pues entre otras razones los padres consiguen entenderlo mejor y evitar muchos motivos para que ocurra. Sin embargo, cuando superan el año de edad y puede que hasta los 2 años, en algunos suele producirse el llanto espasmódico, que algunos llaman espasmo del llanto o espasmo del sollozo, que ocurre luego de una contrariedad o un deseo no satisfecho. Este llanto comienza cuando ocurre la apnea del llanto o “desmorecimiento”: llora, grita, contiene la respiración, pero su corazón sigue latiendo; se pone pálido y puede llegar a adquirir una tonalidad casi cianótica, se le afloja el cuerpo y a veces pierde el conocimiento unos segundos; tarda unos breves minutos para recuperarse. Al concluir el espasmo se sentirá cansado, sudoroso y con sueño; es más frecuente que se manifieste por las tardes. Estos episodios se hacen frecuentes en algunos; es importante saber que, a pesar de lo espectacular del evento, de ninguna manera repercuten en el sistema neurológico del niño. No obstante, si la fase de apnea (ausencia de respiración) se prolonga, lo cual es poco probable, podría presentar convulsiones. Algunos pediatras consideramos esto como el “preludio de las perretas”. En su manejo es importante no ceder a sus deseos sin dejar de atenderlo como merece.

Consejos médicos

- El niño debe ser atendido cuando llora.
- Si el llanto persiste hay que buscar las razones y tratar de resolverlas, siempre con palabras y mimos. Es muy importante mantener la calma:
 - Si está húmedo se ha de cambiar el pañal de inmediato.
 - Si usted siente frío es muy posible que el niño también lo sienta y en consecuencia debe ser abrigado; de igual modo si usted siente calor, debe librarlo de ropas calurosas e innecesarias.
- La persistencia del llanto obliga a desarropearlo y examinarlo en su totalidad en busca de picaduras de insectos (hormigas o mosquito) y si observa alguna revise minuciosamente el mosquitero y las sábanas.
- Bríndele un ambiente tranquilo, evite olores fuertes, ruidos innecesarios y luz intensa.
- Si su llanto es episódico, o sea, intermitente y coincidentemente flexiona las piernas sobre el abdomen, así como la expulsión de gases a través del recto (pedos), piense en cólicos; en ese caso puede ser útil que mamá ponga su abdomen junto al suyo (piel a piel), puede ponerlo al pecho y hacerlo eructar. Si toma leche artificial debe revisar su preparación y dilución, también reconsiderar su uso cuando le sea posible una lactancia materna exclusiva. Si estos episodios se repiten debe consultar a su pediatra.
- En las noches nunca lo lleve a su cama, pues mamá y papá pueden dormirse y ocurrir un accidente o colecho.
- Siempre bríndele el pecho, pues contribuye a tranquilizarlos.
- Si el llanto no cesa transcurridas 2 h, con o sin otros signos, debe de igual modo consultar a su pediatra.
- Cuando el niño sufre de “desmorecimiento”:
 - Mantenga la calma.
 - Retire cualquier objeto que el niño tenga en la boca.
 - Recuéstelo del lado derecho y aleje los objetos con los que se pueda golpear.
 - No lo levante ni lo coloque sobre su hombro, llegaría menos oxígeno a su cerebro y el cuadro podría prolongarse.
 - No intente detener el espasmo, aléjese un poco de él y obsérvelo de forma discreta, aparentando que no presta mucha atención al evento.

- Inmediatamente al término del espasmo, explíquele con voz firme que con esa actitud no logrará lo que quiere.
 - En caso de que sea provocado por golpe o caída, abrácelo y consuélolo, luego déjelo dormir una pequeña siesta.
 - Algunos padres cuyos niños tenían recurrencia de estos eventos dicen haber conseguido revertirlo con brevedad frotándole la cara con agua.
 - No olvide que estos niños son en esencia muy manipuladores y que el adecuado manejo social de su conducta es lo más aconsejable, evitando complacerlo siempre en todo cuanto quieren.
 - De no conseguirse buen resultado en su manejo debe ser consultado con su pediatra.
- Cuando por su frecuencia, características o intensidad, el llanto preocupe a los padres por considerarlo diferente a otros momentos o a otros niños, debe consultar a su pediatra.





Ombbligo

Pablo Duperval Maletá

El ombbligo es el sitio anatómico que permitió al recién nacido nutrirse, oxigenarse y crecer durante la vida fetal, pues a través del cordón umbilical unido a la placenta, y esta a una de las paredes internas del útero materno, se consiguió un favorable intercambio entre madre y feto.

El cordón umbilical es una estructura compuesta por una gelatina en cuyo interior existen dos arterias y una vena, por las primeras viaja la sangre no oxigenada del feto a la madre, mientras que por la vena transita la sangre oxigenada y nutrientes de la madre al feto. Ocurrido el nacimiento, el cordón deja de latir aproximadamente en 30 s y entonces se corta para separar el recién nacido de la madre; inmediatamente se liga más o menos a 3 cm de la piel del niño, se le aplica yodo y seguidamente alcohol para librarlo de bacterias, así como para favorecer su deshidratación y secado. Es cuando, en poco tiempo, se va originando un progresivo secado de ese muñón umbilical, desde su punta hasta su base en el ombbligo; este proceso significa una “momificación” de su tejido (muerte del tejido) al cual se suman bacterias.

En algunos niños se puede percibir una fetidez variable que recuerda a la “carne podrida” o en putrefacción; eso hace más

evidente el hecho de que existen muchas bacterias involucradas en el proceso, no significa infección si no se acompaña de otros signos como enrojecimiento y calor en esa zona. Su caída definitiva debe ocurrir entre el quinto y el séptimo día de vida.

Su caída puede ser demorada por algunas razones, lo que significa que podría caer días después de esta fecha.

Consejos médicos

- El muñón umbilical no es un sitio que se deba manipular, contiene múltiples bacterias que lo habitan que pueden favorecer su necrosis o destrucción biológica.
- Mantenga la sequedad en el área del ombligo, pues propicia su caída oportuna, por lo que se debe exponer al aire hasta que eso ocurra.
- Evite mojarlo durante el baño.
- Si la caída no ocurre en el tiempo promedio, consulte a su pediatra.
- En ocasiones, el muñón umbilical tarda en caer y cuando esto ocurre se puede observar un tejido blanco nacarado y húmedo en su base que se llama granuloma. Esto sucede como consecuencia de que el proceso de destrucción o necrosis biológica no consigue llegar hasta la base del ombligo; la conducta que se debe seguir debe ser orientada y practicada por su médico y enfermera.
- Cuando luego de caer el muñón umbilical se observa secreción constante a través del ombligo, fétida o no, manche los pañales o no, debe consultar a su pediatra.
- No use fajas en el ombligo, aunque apareciera posterior a la caída del muñón una hernia umbilical.
- La hernia umbilical podría tener solución espontánea en los 2 primeros años de la vida, de no ocurrir así, debe ser evaluada con su pediatra.



Deposiciones

Pablo Duperval Maletá

Las primeras deposiciones de los recién nacidos ocurren entre las 24 y 48 h de vida, lo que puede extenderse hasta las 72 h sin que exista preocupación, cuando se ha constatado la expulsión de gases por el ano (pedos) y el abdomen conserva dimensiones normales. Es precisamente la leche materna la que favorece la defecación, por la estimulación de enzimas y hormonas gastrointestinales que influyen en dicho proceso. Esta es una de las razones que justifica el inicio de la lactancia materna en los primeros 10 min luego del nacimiento y en el propio salón de partos.

Las deposiciones que ocurren en los primeros 3 a 4 días tienen un aspecto gelatinoso, un color verde intenso y son la consecuencia de lo asimilado y metabolizado por el recién nacido durante la vida fetal; a estas las llamamos meconio.

Conservan este color y características durante ese tiempo como promedio, para dar paso a deposiciones diarreicas amarillas color oro y que en general ocurren inmediatamente después de haber tomado el pecho o coinciden con ese momento.

Las deposiciones se modifican con el transcurrir de los días hasta adquirir una consistencia pastosa, y no son tan frecuentes como en

principio. Sin embargo, sucede que muchos niños, mientras toman pecho de manera exclusiva, pueden tener deposiciones semilíquidas o semipastosas, cuyas características semejan a la diarrea, solo que la evolución clínica lo aleja de esta situación, pues no se deshidratan, conservan un buen estado general y su peso se incrementa proporcionalmente con su edad.

Algunos niños defecan en sus primeras horas y días y luego, aunque mantienen una buena succión al pecho, sin vómitos, con expulsión de gases (pedos) y buen estado general, dejan de defecar; esto puede resultar normal, las primeras deposiciones pueden haber sido muy amplias y precisan de un tiempo de ingestión de leche materna para continuar defecando.

También se ha observado que hijos de madres constipadas (estreñidas de forma rutinaria) y tomando solo el pecho tienen un patrón de defecación algo atípico, pues pueden demorar en defecar varios días y cuando ocurre, con y sin estimulación, las deposiciones son pastosas, semipastosas y hasta semilíquidas, abundantes, lo que descarta el criterio de estreñimiento en ellos.

Estos niños no tienen signos que hagan sospechar obstrucción intestinal, pues su abdomen mantiene adecuadas dimensiones y expulsan gases por el ano (pedos).

Algunas madres se quejan durante el primer año de vida de que en algunos momentos las deposiciones de sus niños son verdes, aun sin ser diarreas; las abuelas dicen que el niño está “resfriado”.

En las deposiciones solo preocupa el color; cuando son absolutamente blancas (se les llama acolia), o negras (se les llama melena), pues estas últimas podrían contener sangre digerida. Cuando son blancas, el niño podría estar amarillo (presentar ictericia); en el caso de estar negras podría verse pálido; estas situaciones son de obligatoria consulta médica.

El origen del color verde tiene algunas hipótesis. La oxidación de ciertos compuestos metálicos contenidos en las heces fecales es una de ellas, pero al parecer, la que tiene más fuerza es a partir del estudio de la fisiología humana, que considera que como con-

secuencia del metabolismo de la hemoglobina en el intestino, se produce y elimina una sustancia llamada bilirrubina conjugada, que recibe el efecto de bacterias intestinales para transformarse en otras sustancias: primero estercobilinógeno y finalmente estercobilina, que se elimina en las heces fecales.

El aumento del tránsito intestinal y con este, el paso acelerado de alimentos digeridos por el intestino no permite un buen actuar de dichas bacterias sobre la bilirrubina conjugada para su degradación; en consecuencia, esta se elimina así o en forma de estercobilinógeno, lo que produce el mencionado color verde a las deposiciones.

Es bueno señalar que este trastorno es solo eventual y no constituye en modo alguno enfermedad, por lo cual, no merece actuación médica ni tratamiento alguno.

En las heces fecales, lo que más a menudo ocurre, en cualquier etapa de la vida, motivando preocupación y consulta médica, es el aumento de su frecuencia, su ausencia durante varios días o el cambio en su consistencia (líquida, semilíquida, etcétera).

A partir de los 6 meses de edad comienza la alimentación complementaria con la incorporación de alimentos diferentes a la leche, entonces también cambian las características y frecuencia de las deposiciones: suelen ser más pastosas y puede que moldeadas, con una frecuencia de 1 a 2 veces al día. Sin embargo, si no se incorporan otros alimentos, por preferencia del niño o de la madre, y no se le ofrecen granos del frijol, vegetales (fibras vegetales), etcétera, puede favorecer luego el estreñimiento, lo que crea problemas emocionales en el niño y en los padres.

Consejos médicos

- La lactancia materna es la alimentación óptima para que los recién nacidos y lactantes pequeños no tengan alteraciones en sus deposiciones.
- El uso de leche artificial debe ser una indicación médica, pues con frecuencia puede alterar la calidad de las deposiciones.

- El que los niños defequen con frecuencia e incrementen su peso cuando solo toman leche materna es sinónimo de que “se llenan” y no es preciso utilizar nada más en su alimentación.
- Los padres deben ser consecuentes con la alimentación del niño a partir de los 6 meses, dándole a comer lo que oportunamente le corresponde y al margen de sus preferencias, con lo que el niño tendría la posibilidad de defecar diariamente y sin inconvenientes.
- Los trastornos en la defecación, independientemente de lo aquí señalado, deben ser siempre del conocimiento de su médico de familia o su pediatra, a pesar de la atipicidad que puede tener este acto en los recién nacidos, lactantes pequeños y niños en general.





Pelo y uñas

Reina Generosa Valdés Armenteros

Pelo

El pelo empieza a formarse a las 8 semanas de gestación, es decir, cuando la mamá tiene casi los 2 meses de embarazo, aunque se hace más evidente a las 12 semanas (cerca de los 3 meses).

A este primer pelo se le llama lanugo y cubre densamente todo el cuerpo del feto, hasta los 7 u 8 meses de embarazo.

El lanugo es un vello primitivo e inmaduro que se observa con mayor frecuencia y cantidad en el recién nacido prematuro. Este lanugo puede cubrir gran parte del cuerpo, pero es más abundante en la espalda, hombros, mejillas y frente. En esta región casi ni se nota demarcación con la línea del nacimiento del pelo del cuero cabelludo. Se trata de un pelo muy fino, suave, poco pigmentado y sin médula, que crece solo unos milímetros y se cae habitualmente en las 2 primeras semanas de vida o en el primer mes.

En el recién nacido, según su localización y su edad gestacional, el pelo tiene distintas características al nacimiento y varía a medida que avanza en edad.

El del cuero cabelludo habitualmente es más abundante; el color, grosor, distribución y su rizado son características raciales; pero, por lo general, es más grueso y, en ocasiones, se observa una gran variación en el color definitivo que tendrá el niño en el futuro.

Cuando el niño nace su pelo nunca tiene la cantidad ni las características definitivas, hasta alrededor del primer año de vida. Algunas veces nacen con mucho pelo, otras veces es muy escaso y, como un hecho normal, se produce su caída en los primeros 6 meses de edad, lo que no debe preocupar a los padres. Esta caída del pelo ocurre en diferentes partes del cráneo y de forma dispareja, para ser sustituido luego por un pelo más fuerte.

También es importante que los padres conozcan que el pelo del cuero cabelludo también presenta algunas diferencias según la edad gestacional del neonato al momento del nacimiento. Si se trata de un recién nacido pretérmino (menos de 37 semanas de edad gestacional), el pelo es fino, aglutinado y difícil de separar; si el niño nace con más de 37 semanas de edad gestacional (a término), el pelo es grueso y se puede separar con facilidad.

Las cejas y las pestañas están muy poco desarrolladas y apenas se distinguen, con la excepción de la existencia de determinadas enfermedades congénitas.

En los primeros 5 meses de vida el cabello sufre caídas abundantes y rápidas, su crecimiento definitivo es lento y poco evidente, lo que se observa de manera especial en la parte superior de la cabeza, por lo que no es raro un aspecto de pseudocalvicie central, como ocurre con frecuencia en el hombre adulto.

Ante estos sucesos, algunas madres indagan sobre si sería conveniente o no cortarles el cabello. No existen contraindicaciones, pero tampoco necesidad, solo razones estéticas avalarían esa decisión; otras quisieran pelarlos al rape para que le salga más fuerte, cosa que no se consigue. A esta edad los cabellos son caedizos y el definitivo no saldrá en abundancia hasta después del año de edad.

El cabello definitivo tiene un crecimiento lento en el niño pequeño (0,2 mm diarios), se acelera más tarde y alcanza los 0,3 a 0,5 mm diarios. Observaciones detalladas han comprobado que, hacia los 2 años, el cabello crece unos 12 cm al año y hacia los 3 años, 24 cm.

El color del cabello tiende, en la mayoría de los casos, a oscurecerse; lo contrario es muy raro.

Las cejas y pestañas presentan un crecimiento mucho más acelerado; las pestañas alcanzan, hacia los 3 a 5 años, la misma longitud que tendrán en la adolescencia, lo que da al niño expresividad y belleza.

Uñas

Las uñas son estructuras epidérmicas especiales de protección, que están formadas por unas placas convexas y translúcidas, muy bien ajustadas en las superficies dorsales de los dedos de las manos y de los pies. El color rosado es debido al lecho vascular subyacente.

En el recién nacido prematuro las uñas son muy blandas y frágiles, alcanzan el vértice digital y en algunos niños muy prematuros (menores de 30 semanas de edad gestacional), quedan aún por debajo.

En el recién nacido a término y en los nacidos postérmino (42 semanas o más de edad gestacional al nacer), las uñas casi siempre son más largas. Las uñas de las manos y de los pies son suaves y muy sensibles, pero si están melladas o demasiado largas, pueden arañar o herir la cara u otra parte del cuerpo, ya que como sabemos, ellos no tienen pleno control de los diferentes movimientos.

Durante la infancia, las uñas se hacen progresivamente más largas y duras; se estima un crecimiento de 0,1 mm diarios.

Consejos médicos

Pelo

- El niño pierde mucho pelo, sobre todo cuando no se cambia frecuentemente la posición de su cabeza al acostarlo siempre del mismo lado para dormir. En el área de apoyo se le formará una calvicie, por lo que es recomendable cambiarle la posición de la cabeza con frecuencia durante la noche y las horas de sueño del día.
- Es necesario el lavado periódico del cabello; puede ser cada semana con el mismo jabón del baño y aprovechando este

- momento. Siempre hay que evitar que el agua jabonosa alcance los ojos.
- El peinado puede efectuarse 2 o 3 veces al día, con peine de puntas romas; en el lactante es aconsejable no usar peine y sí cepillo blando; es necesario evitar el peinado continuo.
 - Aunque el cabello sea escaso, un cepillado suave ayuda a que tenga más cabello, ya que se activa la circulación sanguínea.
 - El corte de pelo resulta innecesario en la mayoría de los casos hasta el año y medio o 2 años, para este momento el lanugo de la etapa de recién nacido cae con mayor o menor rapidez y el pelo definitivo no ha de crecer de forma proporcional.
 - El corte de cabello suele atemorizar a los niños, por lo que es preciso comenzar a adaptarlo a esta práctica. En sus inicios hacerlo en la misma casa puede ser lo mejor, pues encuentra aquí un ambiente de más protección.
 - Llevarlo donde el barbero sería más adelante y podrá compartir esta experiencia con alguno de sus padres o hermanos. El corte podría repetirse cada 2 o 3 semanas.
 - El peluquero, para estas edades, debe actuar de manera rápida y afable, aunque no resultara perfecto el corte en estos primeros momentos; evitar las experiencias que puedan resultar dolorosas, posturas prolongadas o mostrarle máquinas y tijeras. No se deben pretender peinados especiales para estos momentos iniciales.
 - Con respecto a las niñas, las conductas cambian sustancialmente, pues no es frecuente ni necesario el corte del cabello, por lo general se espera y necesita todo lo contrario, su *rol* social así lo exige.
 - A las niñas debe lavársele el cabello con frecuencia semanal y es recomendable el uso de un champú suave.
 - Algunos padres acostumbran afeitar el cabello del recién nacido a los pocos días de vida, las opiniones científicas más autorizadas opinan que esta conducta no es necesaria, el cabello se va a desarrollar y crecerá sin hacer absolutamente nada, y si los padres deciden hacerlo, lo recomendable es comenzar a pelar al niño por un personal especializado.
 - Consulte con su pediatra cualquier alteración o duda respecto al cabello del niño o la niña, no aclarada en esta información.

Uñas

- Limpie las manos, los pies y las uñas del bebé durante el baño diario.
- La limpieza de las uñas puede practicarse con un cepillo suave y frotación prudente.
- Durante las primeras semanas de vida no es necesario cortar las uñas de manera rutinaria, ya que al ser muy débiles, se pueden romper solas sin lesionar al bebé.
- De todas formas, las uñas se pueden cortar cuando estén muy largas y puedan arañar al bebé; puede ser preferible usar una lima de uñas para recortarlas y suavizarlas.
- Algunas madres usan unas pequeñas bolsas de tela suave, como guantes, para proteger a sus recién nacidos de los arañazos que podrían autoinfringirse y prolongar algo más el corte de uñas, además de garantizarle calor especialmente en los meses de invierno.
- Es mejor no cortar las uñas antes del mes de edad, siempre se corre el riesgo de lesionarlo.
- Si se decide recortar las uñas del bebé cuando estén muy largas, hacerlo con precaución para no cortarlo y preferiblemente cuando esté dormido, utilizando una tijera especial para bebés, que tenga puntas romas y redondeadas. No use cortauñas de adultos porque podría cortar la punta del dedo de la mano o del pie del bebé, en vez de cortar la uña.
- El corte se realizará con extremadas medidas de delicadeza y suavidad, paralelamente al borde de su inserción en el pulpejo del dedo, pero alejado lo suficiente de dicho borde para no ocasionar ninguna molestia o dolor.
- Luego de los 3 meses podría cortarse las uñas con regularidad y siempre con mucha precaución.
- La frecuencia sugerida del corte es entre 8 y 10 días, siempre lejos del borde de contacto del pulpejo y en sentido paralelo a este.
- Consulte con su pediatra cualquier alteración o duda respecto a las uñas del niño, no aclarada en esta información



Alimentación complementaria

Pablo Duperval Maletá

La etapa del amamantamiento (lactancia materna exclusiva) es el único momento en que el ser humano recibe todos los nutrientes que necesita de un único alimento por tiempo prolongado, que además es el adecuado para las características de inmadurez funcional del aparato digestivo, renal y del sistema inmunológico del niño pequeño.

La leche materna, cuya composición es la más apropiada para los niños, precisa ser complementada a partir de los 6 meses de edad, pues sus nutrientes, a partir de entonces, no consiguen satisfacer las crecientes necesidades para su crecimiento y desarrollo. Aunque este es uno de los objetivos de la alimentación complementaria, es preciso crear los hábitos de alimentación adecuados, familiarizando al bebé con nuevas texturas, colores, consistencias y sabores de alimentos. Esto está favorecido por la madurez funcional que evolutivamente alcanza el sistema digestivo del niño.

Se considera prudente iniciar la alimentación complementaria a los 6 meses y no antes, pues para este momento se ha logrado un desarrollo adecuado de la función digestiva, renal y de la maduración neurológica.

El proceso de la alimentación complementaria no es más que la incorporación de otros alimentos diferentes a la leche. Puede ser para algunos algo complejo y necesita de mucha paciencia por parte de la madre, ya que estos niños, acostumbrados al pecho, muchas veces no consiguen aceptar en principio algo diferente.

También algunas madres no gustan darles a los niños lo que a ellas no les agrada; esto puede ser un gran error; se hace necesario crear una cultura alimentaria diversa que le permita al niño transitar por la vida sin inconvenientes en cuanto a su alimentación.

No se pueden desestimar las preferencias, el rechazo o la intolerancia que puedan ocasionar en los niños algunos alimentos, por cuya razón cuando se comienza a introducir un nuevo alimento debe hacerse en pequeñas cantidades.

Se ha de probar tolerancia durante 3 a 4 días con el mismo alimento, para luego iniciar otro nuevo y lo que es importante, ofrecerlos con cucharita. No es recomendable utilizar el biberón para estos menesteres.

Guía de alimentación complementaria

Se debe cumplir con lo implementado en las *Guías Alimentarias para las niñas y niños cubanos*, para niños hasta el primer año y que se ha de continuar hasta los 2 años de edad, momento en que están en condiciones de alimentarse con el resto de la familia. Es muy importante seguir las instrucciones de esta guía, en cuanto a qué alimento ofrecer en cada edad (Tabla 2).

Tabla 2. Guía de alimentación complementaria para niños hasta 1 año de edad

Edad	Tipo de alimento
0-6 meses	Lactancia materna exclusiva (no agua ni juegos)
6-7 meses	Lactancia materna + jugos de frutas no cítricas o frutas aplastadas en puré (guayaba, piña, mamey, fruta bomba, plátano, tamarindo, melón, mango y tomate) Puré de frutas y vegetales en conservas (compotas fortificadas) Puré de viandas y vegetales (papa, plátano, malanga, boniato, yuca, calabaza)

Tabla 2 (continuación)

Edad	Tipo de alimento
7-8 meses	Lactancia materna + cereales fortificados sin gluten: arroz, avena y maíz Leguminosas: lentejas, frijoles negros, colorados, bayos y chícharos Aceites vegetales de maní, soya y girasol
8-9 meses	Lactancia materna + carnes: res, pollo, otras aves, carnero, caballo, pescado (1 vez por semana) Vísceras: hígado Yema de huevo Cereales con gluten: trigo (pan, galletas), pasas alimenticias como coditos, espaguetis, fideos Jugos y puré de frutas cítricas: naranja, limón, lima, toronja, mandarina, piña y fresa
9-10 meses	Lactancia materna + otras carnes: cerdo desgrasado Frutas y vegetales en trocitos Helados (sin clara de huevo) Postres: Arroz con leche, natilla, flan, pudín sin clara de huevo
10-11 meses	Lactancia materna + mantequilla, judías y garbanzos
11-12 meses	Lactancia materna + queso crema y gelatina
Más de 12 meses	Lactancia materna + huevo completo, jamón. Otros quesos, chocolate Remolacha, aguacate, pepino, col, coliflor, espinaca, quimbombó, zanahoria, nabo, berenjena Carnes enlatadas Alimentos fritos (con moderación)

Consejos médicos

- Comenzar la alimentación complementaria de forma temprana (antes de los 6 meses) tiene como consecuencia la reducción de la producción de leche materna, aumento del riesgo de infecciones, procesos alérgicos y desnutrición en los niños, así como riesgo para mamá de un nuevo embarazo.

- Los padres deben adaptarse a la incorporación de alimentos, seguir las orientaciones de esta guía alimentaria, en la medida que la economía familiar lo permita, lo que les garantizaría evitar intolerancia o reacciones adversas en los niños.
- Introduzca los nuevos alimentos uno a uno y poco a poco y no añada otro hasta tener la seguridad de que el primero fue tolerado.
- Prepare los jugos diluidos, al principio, con una cantidad igual de agua hervida fresca; aumente las concentraciones de manera progresiva hasta ofrecerlo puro. No los cuele.
- No es aconsejable el uso de azúcar ni de miel, pues esta última se contamina con frecuencia. Además, tampoco es conveniente habituar al niño al consumo de alimentos excesivamente dulces, pues promueve la formación de caries en el futuro, así como favorece la obesidad y puede que la diabetes en edades posteriores.
- Ofrezca el jugo una vez al día, comenzando por 3 o 4 onzas, y aumente la cantidad de forma gradual. No lo hierva o caliente, ya que ocasionará pérdidas de vitaminas. Bríndelo de preferencia a temperatura ambiente y recién preparado.
- En la medida en que el niño crezca y empiece a desarrollar la habilidad de masticar y deglutir alimentos más consistentes, déle alimentos más sólidos. Al principio deben ser blandos, picados en trocitos pequeños, y según desarrolle la dentición, aumente la firmeza y el tamaño de los trozos.
- Utilice una cucharita pequeña y de bordes lisos. Coloque el alimento en el centro de la lengua para evitar que lo bote, ya que aún no estará adaptado a la cuchara.
- A partir de los 7 meses ofrézcale como merienda frutas picadas en pequeños trozos o aplastadas con tenedor.
- Los vegetales aportan, entre otros, carotenos y vitaminas del complejo B; cocínelos al vapor en poca cantidad de agua para que conserven las vitaminas, y comience a dárselos en una papilla suave, que irá espesando hasta una mayor consistencia. También bríndele leguminosas en forma de puré, con esto se aportarán proteínas, fibra dietética y algunas vitaminas.
- Las frutas y vegetales se comen crudos; lávelos cuidadosamente con agua corriente y después con agua hervida para eliminar cualquier contaminación.

- La vitamina C presente en frutas y vegetales ayuda a que se aproveche mejor el hierro de los granos y el huevo, por lo que es conveniente combinarlos.
- Evite administrarle remolacha y espinaca durante el primer año de vida, pues pueden resultar potencialmente tóxicos debido a su inmadurez hepática.
- Las carnes rojas, pollo, pescado y el hígado son los alimentos más ricos en hierro; bríndelos en molidas finas, raspadas o pasadas por licuadora, de esta forma aportará a su niño proteínas de alto valor biológico, hierro y algunas vitaminas del complejo B. El hígado se debe ofrecer al menos dos veces al mes, preferentemente el de pollo, que es más blando. Esta es la manera de prevenir la anemia en los niños; es bueno recordar que sin anemia ellos aprenden más y son físicamente más activos.
- No descongele las carnes debajo del agua, ni descongele la que no va a utilizar de inmediato para luego volver a congelarla, pues pierde parte de su valor nutricional y corre además el peligro de contaminarse. Cocínela a temperatura moderada para que resulte más jugosa, haya una cocción uniforme y sea más agradable al paladar.
- Se recomienda triturar o moler independientemente la carne que le corresponda al niño y dársela separada en el plato.
- Evite el consumo de carnes procesadas por los aditivos químicos que pueden dañar la salud del niño.
- La yema de huevo es buena fuente de hierro; se introducirá cocida o pasada durante 1 min por agua hirviendo, ya que el calor coagula la albúmina, y la hace más digestiva. La yema es menos alérgica que la clara, por eso esta se introducirá después del año de edad.
- Ofrezca primero 1/8 de la yema; se recomienda partir la yema cocida a la mitad y esta a su vez, en 4 partes. Resulta así fácil ofrecer 1 de estas 8 partes en que queda finalmente dividida. Se aumenta de forma progresiva hasta darla completa una vez al día, con preferencia en el horario del almuerzo. Nunca se la ofrezca cruda.
- Otra fuente de hierro son los granos: frijoles, lentejas, chícharos, garbanzos y alimentos fortificados como cereales y compotas.
- Los frijoles deben combinarse con cereales (arroz, maíz, pastas alimenticias) para mejorar su valor nutricional; los granos deben quedar blandos y el caldo ligeramente espeso.

- Ofrézcale el pescado bien desmenuzado, cuidando eliminar totalmente las espinas, previo lavado de las manos.
- En la elaboración de las comidas use condimentos naturales para mejorar el sabor de los alimentos (ajo, cebolla, ají), no son recomendables los saborizantes y condimentos industrializados.
- No agregue sal a la comida del niño preparada en el hogar; escoja alimentos con bajo contenido de sodio, lo que reduce el riesgo de hipertensión en la edad adulta.
- Prepare los alimentos diariamente, no es recomendable almacenarlos en el refrigerador, pues en solo 8 h pueden contaminarse.
- Mamá debe probar todo cuanto le da a su hijo antes de ofrecérselo, pero nunca con la misma cuchara con la que le ofrezca sus alimentos.
- No se preocupe si su hijo muestra rechazo a algún alimento en principio, pruebe nuevamente en algún otro momento.
- Por lo general, los alimentos les resultan más aceptables cuando se les brinda a temperatura ambiente, que calientes o fríos.
- Combine los alimentos solo cuando compruebe que los toleran por separado.
- Aliméntelo siempre con cucharitas, nunca con biberones.
- Ajuste las comidas a un horario, así ayudaría a crear hábitos en el niño y una digestión adecuada.
- El número de comidas recomendadas diariamente para el niño, según su edad, se exponen en la tabla 3.

Tabla 3. Número de comidas diarias recomendadas para el niño según su edad

Edad	Tipo de alimentación
Hasta los 6 meses	Lactancia materna exclusiva
Entre 6 y 8 meses	Lactancia materna + 2 a 3 comidas
Entre 9 y 12 meses	Lactancia materna + 5 comidas
Entre 12 y 24 meses	Lactancia materna + 5 comidas

- Extreme las medidas de higiene personal, de cuanto utensilio se usa y del lugar en el proceso de elaboración, y finalmente de entrega de los alimentos a su niño.

- Alimente a su niño despacio y pacientemente, anímelo a comer sin forzarlo, en un ambiente agradable y sin distracciones.
- El niño que come bajo presión desarrolla conductas inapropiadas ante los alimentos. Al hablarle, haga valoraciones positivas de los alimentos como: ...qué rico qué bien come el niño... como le gusta esta comida, etc.
- Cuando sea posible (por lo general a partir del año de edad) su hijo debe participar socialmente con la familia en los horarios de almuerzo o de comida y permitirle que coma por sí solo sus alimentos, en sus inicios ocurrirán derrames de comida o se manchará alguna ropa, pero esto debe formar parte también de su aprendizaje y educación.
- Aquellas niños a los que se les permite comer solos, aun cuando derraman alguna comida y manchan la ropa, consiguen hacerlo mejor y más pronto que a los que mamá o papá se la dan.
- El esquema de alimentación de su niño puede necesitar adecuaciones y quizás cierto dinamismo acorde con sus características y demandas. Esas adecuaciones siempre deben ser consultadas con su médico de familia o pediatra.
- Considere y respete la individualidad de los niños.



PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN



Inmunidad e inmunizaciones

Rinaldo Puga Gómez

Le hemos escuchado a madres en más de una oportunidad decir “...mi hijo se pasa la vida enfermo...”, y puede que alguien le responda “...es que tiene las defensas bajas”, y tal vez le sugiera alguna medida para resolverlo.

Es muy posible que estos niños enfermen con frecuencia, pues aún no han “conseguido defenderse” o madurar la inmunidad para los microorganismos que les atacan.

¿Qué es inmunidad?

La inmunidad es la capacidad de defensa del organismo ante la presencia de agentes patógenos (que provocan enfermedades) y puede ser pasiva o activa.

¿Cómo adquirir la inmunidad?

La inmunidad puede ser activa o pasiva. Existen gérmenes que inducen en el organismo la fabricación de unas sustancias llamadas anticuerpos, que en un próximo contacto con los mismos microorganismos los destruirán antes de que se desarrolle la enfermedad. A esta inmunidad se le llama activa y suele ser para toda la vida.

Las vacunas también inducen producción de anticuerpos de forma activa.

Otras veces estos anticuerpos provienen de otra fuente y no los fabrica el organismo. Es el caso del bebé, que recibe estas defensas a través de la placenta, durante la lactancia o bien cuando se inyecta un suero hiperinmune o una gammaglobulina específica, rica en anticuerpos, de una enfermedad infecciosa concreta (tétanos, tosferina, parotiditis).

La inmunidad pasiva es una forma de protección rápida, pero de corta duración, que se adquiere durante el embarazo y se refuerza a través de la lactancia materna.

Cuando una madre se alimenta bien, descansa, no fuma, no ingiere bebidas alcohólicas, drogas o medicinas sin control médico y no se expone a radiografías sin protección, su bebé tiene muchas más posibilidades de nacer con defensas naturales, que le llegan a través de la sangre materna.

La inmunidad pasiva también se adquiere a través de sueros o gammaglobulinas, que son sustancias que producen anticuerpos para combatir algunas enfermedades producidas por bacterias, pero que también actúan por poco tiempo.

Las gammaglobulinas proceden de sangre de un ser humano, que por haber padecido cierta enfermedad desarrolló los anticuerpos correspondientes. Su administración y control deben ser muy cuidadosos porque se tiene que buscar siempre la compatibilidad sanguínea y la calidad de la sangre, que si no tiene un control adecuado, puede contener virus de otras enfermedades graves como el sida o las hepatitis.

Cuando se trata de una inmunidad pasiva, el organismo recibe directamente los anticuerpos y no tiene que “esforzarse” en fabricarlos. La inmunización pasiva da lugar a una protección inmediata, aunque solo dura unas cuantas semanas. Cuando estos anticuerpos se agotan, la inmunidad desaparece.

La finalidad de las vacunas es inducir al organismo en el que se inoculan, a fabricar anticuerpos específicos, es decir, se crea una inmunidad activa, que si no es definitiva, sí es muy duradera.

¿Qué son las vacunas?

Las vacunas contienen antígenos. Son sustancias que sensibilizan el organismo al ser introducidas en el cuerpo, de tal forma que movilizan las defensas específicas rápidamente y se forman los

anticuerpos; a esta acción se le llama resistencia específica, que es una situación adquirida en el sentido que solo se presenta cuando el organismo se pone en contacto con un antígeno o vacuna.

Las vacunas se clasifican en dos grandes grupos:

- Vacunas vivas: se preparan con gérmenes atenuados.
- Vacunas inactivadas: tienen gérmenes muertos.

Las que se elaboran con gérmenes vivos y atenuados tienen mayor capacidad de producir anticuerpos.

El mejor resultado de la producción de anticuerpos se obtiene cuando la vacuna protege contra la enfermedad, pero sin correr el riesgo de padecerla.

En la actualidad, los niños disponen de una serie de vacunas que, administradas a muy temprana edad y con las correspondientes dosis de refuerzo, les garantizan una defensa eficaz frente a las enfermedades infecciosas de mayor difusión. Las vacunas permiten crear artificialmente la inmunidad y se puede realizar de forma activa o pasiva. Durante el primer año de vida, pero también en el resto de la edad pediátrica, es necesario aplicar determinadas vacunas al niño para protegerlo de enfermedades infecciosas. Pueden administrarse por vía oral o por medio de inyecciones.

¿Para qué sirven las vacunas?

Las vacunas o inmunizaciones tienen dos objetivos fundamentales:

- Proteger contra las enfermedades infecciosas al nivel individual y colectivo, para que, a largo plazo, se consiga la erradicación de las enfermedades.
- Neutralizar al agente infeccioso antes de que pueda entrar en las células del organismo, reconociendo y destruyendo las células que hayan sido infectadas, antes de que el agente se pueda multiplicar en gran número.

Las vacunas han demostrado ser la medida de salud pública más efectiva para prevenir enfermedades mediante la inmunización. Es de gran importancia que la comunidad participe y conozca que las nuevas vacunas son eficaces contra enfermedades inmunoprevenibles, capaces de reducir estas enfermedades. Es necesario y

fundamental que los padres conozcan los aspectos más importantes sobre la prevención de enfermedades mediante la inmunización, para formar barreras de protección contra estas enfermedades.

La OMS ha señalado reiteradamente que el propósito fundamental del Programa de Atención Integral (PAI) es reducir las muertes y los casos de enfermedades que puedan ser prevenibles por inmunizaciones y que forma parte de la atención primaria en materia de salud. Además, señala que las pautas de inmunización se establecen en función de la actividad biológica de las vacunas utilizadas, de acuerdo con la situación epidemiológica local, de la estructura y los recursos de los servicios de salud y de varias consideraciones psicosociales. Con este objetivo se elaboran al nivel nacional los calendarios o tablas de vacunaciones (Tabla 4).

Sitio de aplicación

- Las inyecciones subcutáneas se aplican en la región del músculo deltoides, esto quiere decir en la cara anterior del brazo.
- El sitio preferido para inyección intramuscular (i.m.) en los niños es la cara antero lateral del muslo, hasta los 3 años, y la masa muscular del deltoides en mayores de 3 años.
- Se utilizará el cuadrante superior externo de los glúteos, en la parte más alta y externa, solo para inyecciones de elevado volumen o para administrar múltiples dosis, como las inyecciones de inmunoglobulinas.

Dosificación

Las dosis recomendadas se derivan de consideraciones teóricas, estudios experimentales y experiencias clínicas. Aplicar dosis menores a las recomendadas, antes o después de la edad correspondiente, fraccionarlas o administrarlas por vía equivocada, puede hacer que la protección obtenida no sea la adecuada.

De forma similar, no se debe exceder de la dosis máxima recomendada, pues no garantiza mejor respuesta y en cambio, puede resultar peligroso para el receptor, debido a la excesiva concentración local o sistémica de antígenos.

Reacciones de las vacunas

Las vacunas pueden provocar reacciones adversas, la mayoría benignas y autolimitadas, que generalmente ocurren en las primeras

24 a 72 h posteriores a la inmunización, aunque estos efectos adversos se buscan hasta 30 días después de administrada la vacuna. De igual forma estas pueden ser esperadas o no. Las reacciones pueden ser clasificadas en:

Manifestaciones locales: Generalmente relacionadas con el sitio de la inyección, que pueden ser: molestias, induración, edema, calor, dolor y enrojecimiento. También pueden aparecer nódulos subcutáneos, adenopatías (ganglios linfáticos) regionales, raramente infección local, por falta de asepsia, apareciendo abscesos bacterianos.

Manifestaciones generales o sistémicas: La más frecuente es la fiebre, generalmente sin riesgos, a no ser aquella relacionada con la edad de la convulsión febril en la infancia. Otras son la lipotimia (pérdida súbita del conocimiento), síncope vaso-vagal (desfallecimiento o desmayo) y menos frecuente las crisis de ansiedad. La reacción anafiláctica denota severidad por la urgencia que provoca en estos casos; es el efecto adverso más grave que pone en peligro la vida de la persona inmunizada. También pueden ocurrir reacciones alérgicas en forma de erupción generalizada, urticaria o angioedema, así como manifestaciones de artralgias, obnubilación e irritabilidad, además de grito o llanto persistente, etc.

Existen muchos mitos con respecto a la administración de vacunas, uno de los más mencionados, es que la administración de algunas vacunas puede causar autismo: hay suficientes evidencias científicas que niegan este postulado, pero genera, incluso muchas veces en países desarrollados, la aparición de movimientos antivacunas en los padres, por lo que ocurren brotes con grandes secuelas, que son perfectamente prevenibles con un poco de sentido común.

El mensaje es claro en dos comentarios para la comunidad médica y los familiares de los niños que deben ser inmunizados:

- Conocimiento y educación para la salud sobre la importancia de inmunizar para prevenir enfermedades controlables de transmisión a través de vacunas.
- Lograr un completamiento de los esquemas vacunales establecidos para cada país de forma completa, con cobertura lo más cercana posible al 100 % de la población diana para ser inmunizada.

Tabla 4. Esquema de vacunación en Cuba

Tipo de vacuna	Fecha de inicio de la dosis			Cantidad de dosis	Volumen de dosis	Vía de administración	Región anatómica de aplicación	Lugar de aplicación
	1ra.	2da.	3ra.					
BCG (formas graves y diseminadas de tuberculosis)	Alta materna	-	-	1	0,05		Deltoides izquierdo	Maternidad
HB (10 mcg) (hepatitis B) DTP + HB + Hib (Difteria, tétanos, tosferina, hepatitis B, <i>Haemophilus influenzae</i>)	Alta materna	-	-	1	0,5		1/3 m calm*	Maternidad
(Pentavalente) DTP (difteria, tétanos, tosferina) Hib. (<i>Haemophilus influenzae</i>) AM-BC (Meningitis bacteriana, Meningococo B y C)	2 meses	4 meses	6 meses	3	0,74	i.m.	1/3 m calm*	Policlínico
	18 meses			1	0,5	i.m.	1/3 m calm*	Policlínico
	18 meses			1	0,5	i.m.	1/3 m calm*	Policlínico
	3 meses	5 meses	-	2	0,5	i.m.	1/3 m calm*	Policlínico

Tipo de vacuna	Fecha de inicio de la dosis 1ra. 2da. 3ra. React.	Cantidad de dosis	Volumen de dosis	Vía de administración	Región anatómica de aplicación	Lugar de aplicación	
PRS (Parotiditis, rubeola y sarampión)	12 meses - -	6 años	2	0,5	s.c.	Deltoides	Policlínico y escuela
DT (Difteria y tétanos)	- - -	6 años	1	0,5	i.m.	Deltoides	Escuela
AT (VI) (Fiebre tifoidea)	10 años - -	13 y 16 años	3	0,5	i.m.	Deltoides	Escuela
TT (tétanos)	- - -	14 años	1	0,5	i.m.	Deltoides	Escuela
TT (tétanos)	- - -	Grupo de 15-59 años	1	0,5	i.m.		
TT (tétanos)	- - -	Grupo de 60 y más años	1	0,5	i.m.		
OPV (Poliomielitis)	Se realiza en campaña: niños desde 1 mes de nacido Policlínico hasta 2 años, 11 meses y 29 días reciben 2 dosis Niños desde 9 años a 9 años, 11 meses y 29 días reciben una reactivación						
						Gotas	Oral

* 1/3 medio cara anterolateral del muslo.

Otras consideraciones:

Existen vacunas que no están en nuestro Plan Calendario, que se incluirán de forma gradual y en las que se considerarán los mismos factores que se exigen para otras vacunaciones. Son algunos ejemplos:

Vacuna antineumocócica: por la incidencia del Neumococo (bacteria) en las infecciones respiratorias en niños (neumonías, otitis media), infecciones del sistema nervioso central y enfermedad invasiva. Será una de las próximas en establecerse, con un esquema propuesto para niños de 2, 4 y 6 meses de edad y una dosis de refuerzo a los 18 meses de edad.

Vacuna antigripal: formada por virus inactivados. Es necesario aplicarla cada año para poner al día los cambios que sufren los virus (mutaciones). Existen más vacunas, pero se utilizan menos y se reservan para brotes epidémicos o viajes a países donde la enfermedad tiene carácter endémico y otras con indicaciones concretas.

Vacuna contra la hepatitis A: se fabrica utilizando virus muertos (inactivados). La vacuna protege contra el virus de la hepatitis A. Brinda protección por más de 20 años en la persona vacunada. La vacuna se administra en dos dosis. La segunda dosis se aplica 6 meses después de la primera. Se puede administrar al mismo tiempo que otras vacunas. Casi todos los niños que se ponen dos dosis de la vacuna (al menos 94 en 100 niños) quedan protegidos contra la hepatitis A. A los niños se les debe poner la vacuna contra la hepatitis A cuando tienen entre 12 y 23 meses de edad. La vacuna puede ser menos eficaz, si se aplica antes del año de edad.

Hijos de madre HbsAG + reciben un esquema diferente de HB: al nacer, al 1er. mes, al 2do. mes y al año.

No se utiliza la pentavalente, las vacunas DPT y Hib las recibe por separado. El resto de las vacunas de acuerdo con el esquema.

Consejos médicos

- La lactancia materna fue, es y será la forma menos costosa, más noble y saludable para que los niños consigan una dote de inmunidad desde el nacimiento.
- En Cuba y países desarrollados está contraindicada la lactancia materna en madres portadoras del virus de la hepatitis B y del VIH/sida.

- La higiene del hogar, de las manos y muy especialmente de todo cuanto esté cerca del niño, es la mejor prevención a las enfermedades.
- Los niños que asisten a guarderías o círculos infantiles enferman con mucha frecuencia, pues no tienen aún inmunidad para los gérmenes con los que se relaciona en esos colectivos. Es posible que cuando dejen de enfermarse o adquieran inmunidad ya tendrían que abandonar este lugar para iniciar la escuela, pues ese proceso requiere de tiempo.
- No es conveniente que asistan o se acepten en las guarderías o círculos infantiles niños enfermos, pues su estado podría empeorar en esas horas, además de contagiar, con su enfermedad, a otros niños sanos.
- A pesar de las molestias que podría ocasionar, la vacunación es una forma sólida de garantizar a los niños inmunidad a enfermedades graves y de mal pronóstico.
- Los niños enfermos no se deben vacunar, pues algunas vacunas provocan fiebre y no se sabría interpretar luego si esta responde a la enfermedad que lo aqueja o a la vacunación recibida.
- La contraindicación real de la vacunación oral en niños es la fiebre y la ocurrencia de diarreas, también las enfermedades graves e ingresos hospitalarios. No la contraindican las enfermedades respiratorias banales, muy frecuentes en los lactantes y niños pequeños.
- Para disminuir la fiebre consecuencia de la vacunación es aconsejable el uso de dipirona a las dosis recomendables para la edad y peso del niño en cuestión; no así el paracetamol, pues se plantea que podría disminuir la inmunogenicidad (o efectividad) de la vacuna.
- No es recomendable administrar dipirona u otro antipirético antes de vacunar al niño, o una vez vacunado, si no existen reacciones.
- Los niños que presentan llanto continuado por más de una hora luego de ser vacunados, deben ser valorados por el pediatra.



Evolución nutricional

Pablo Duperval Maletá

Desde la etapa del embarazo se pesa el peso del feto y, en consecuencia, se evalúa el crecimiento del futuro bebé, que siempre ha de corresponder evolutivamente con la edad gestacional o tiempo de embarazo (calculado en semanas).

El método tradicionalmente usado para evaluar el peso es la altura uterina. El advenimiento de nuevas tecnologías como la ultrasonografía, ha permitido calcularlo de una manera más exacta.

Al ocurrir el nacimiento, el peso es uno de los indicadores de salud del recién nacido, y según la OMS un peso adecuado en estos niños es el que se encuentra entre 2 500 y 4 000 g. Se considera un recién nacido bajo peso cuando se encuentra por debajo de 2 500 g, y se habla de macrosómico cuando supera los 4 000 g.

Ambas condiciones extremas expresan riesgos para el recién nacido que han transcurrido durante la vida fetal y puede que tengan alguna otra manifestación presente y futura para el bebé.

El peso, la talla y la circunferencia cefálica son los tres parámetros antropométricos más evaluados en los niños y, obviamente, sujetos a modificaciones constantes durante su vida, por lo general favorables. Son los médicos de familia, los pediatras y los padres, los encargados de garantizar que estas evaluaciones se realicen

con periodicidad, y cuando los resultados no cumplan con las expectativas, definir y resolver sus causas.

Peso

Hoy se sabe cuánto influye también la genética familiar en el peso, pues lamentablemente se ha culpado mucho a la alimentación por cosas aparentemente incongruentes, como niños que se alimentan bien pero no engordan, mientras otros que comen mal están gordos.

Es obvio que una sobrealimentación, sobre todo de alimentos ricos en carbohidratos, que suelen ser los más atractivos para los niños, fomenta el incremento excesivo de peso; también influye desfavorablemente en su crecimiento el no establecer una disciplina de alimentación.

Pero es importante saber cómo se controla el peso desde la etapa neonatal, teniendo en cuenta de que la casi totalidad de los recién nacidos están condenados a un descenso de peso hasta el quinto o séptimo día por razones puramente fisiológicas.

Ellos defecan a veces en abundancia e incluso, transcurrido el tercer día, puede que tengan diarreas; orinan con frecuencia y pierden líquido por la transpiración de la piel y por la respiración. La cantidad de líquido perdido no se recupera en iguales proporciones durante la alimentación, pues las madres aún suelen tener volúmenes de leche pobres, por lo que no se resarcan las pérdidas que se producen; por eso, se considera que pérdidas de peso entre 5 y 10 % con respecto al peso al nacer en esos primeros días, son aceptables y no debe motivar alarma en los padres.

En recién nacidos a término, el peso promedio varía acorde con las características de la población de procedencia, pero en general, oscila entre 3 000 y 3 500 g (7,5 lb).

El parámetro peso tiene gran significación desde los primeros meses de la vida, pues expresa el crecimiento de la masa corporal y constituye una guía sobre el progreso nutricional del niño.

La evaluación del peso en el lactante se debe realizar con pesas para bebés, de ser posible siempre en la misma, pues suelen existir diferencias de algunos gramos entre unas y otras. El niño pequeño debe estar completamente desnudo, y para ser más categórico en sus resultados no debe haber ingerido alimentos en las últimas 3 h

previas a la pesada. Los niños mayores usarán ropa interior mínima, así como se debe estimular la evacuación de la vejiga previamente. La unidad de peso más utilizada en la actualidad es el kilogramo.

Durante el primer año de vida el niño aumenta rápido, de forma tal que el peso del recién nacido se duplica hacia el final del cuarto mes de vida y se triplica hacia el final del décimo mes. Estos incrementos se realizan fundamentalmente a expensas del aumento de masa muscular, depósito graso en panículo adiposo y crecimiento longitudinal.

Luego del nacimiento y de haber ocurrido las pérdidas fisiológicas estimadas, en el primer mes y después de los 10 días, el recién nacido aumenta a razón de 30 g al día. Posteriormente, durante el primer semestre de la vida, tiene una ganancia de peso aproximada de ½ lb (200 g) semanal, 1 lb quincenal (460 g) y 2 lb mensuales (900 g-1 kg). Durante el segundo semestre este crecimiento es más lento, y se estima que aumenta la mitad de lo que aumentó en el primer semestre.

Con esos incrementos, el niño duplica lo que pesó al nacer a los 5 meses de edad ($7,5 \cdot 2 = 15$ lb); lo triplica al año ($7,5 \cdot 3 = 22$ lb) y lo cuadriplica a los 2 ½ años ($7,5 \cdot 4 = 30$ lb).

Para definir expectativas en cuanto al peso del niño en determinadas edades de la vida, se han estimado valores teóricos que se exponen a continuación:

Para edades entre 3 y 12 meses:

$$\text{Peso (kg)} = \frac{\text{Edad (meses)} + 11}{2,2}$$

Para edades entre 1 y 6 años:

$$\text{Peso (kg)} = \frac{\text{Edad (años)} \cdot 5 + 17}{2,2}$$

Para edades entre 7 y 12 años:

$$\text{Peso (kg)} = \frac{\text{Edad (años)} \cdot 7 + 5}{2,2}$$

El sexo es un elemento que hay que tener en consideración, pues desde 1 mes y hasta los 9 años el peso de los varones supera el de las niñas de la misma edad; se exceptúa el de los 7 años que es idéntico. A partir de los 10 años y hasta los 15, las niñas tienen mayor peso como consecuencia de su maduración biológica más temprana, que da inicio al estirón de talla y cambios de la composición corporal a una edad más temprana que el varón, con la consecuente repercusión sobre el peso.

Talla o longitud

La talla o longitud tienen igual significado práctico: son dos medidas que indican la máxima distancia entre el vértex o punto más prominente del cráneo y el talón. La primera se obtiene en bipedestación (de pie), mientras que la segunda, acostado boca arriba. Un incremento en longitud o estatura es el resultado directo del crecimiento de la columna vertebral y de las extremidades inferiores y resulta la mejor expresión de desarrollo en los niños.

Las instituciones de salud donde se evalúan con periodicidad la talla o longitud de los niños cuentan con instrumentos para esto, llamados neonanómetros (para uso en los recién nacidos) e infantómetro para aquellos que superan el mes de edad y hasta los 18 meses. A partir de los 2 años esta medida se obtiene con el niño descalzo en posición de pie.

Debe hacerse esta evaluación preferentemente a la misma hora, pues se han comprobado diferencias entre un momento y otro del día de hasta 0,48 cm, debido a laxitud de la columna vertebral.

La longitud de un recién nacido a término normal oscila entre 48 y 52 cm, y durante el primer año crece un promedio de 24 cm. Entre este primer y el segundo año solo crece la mitad de esta cifra, o sea, 12 cm, y a partir de entonces disminuyen estos incrementos de la talla y alcanzan 1 m en algún momento, entre los 3 ½ y los 4 años.

La estatura solo se eleva como promedio pasado los 4 años, entre 5 y 6 cm/año, hasta alcanzar el estirón puberal en el que las hembras pueden alcanzar 9 cm en un año mientras que los varones en el mismo tiempo alcanzan 10 cm.

Las variaciones de la talla también dependen básicamente de la calidad de la alimentación del niño en cada momento, de las enfermedades que padece y de la constitución física de mamá y papá.

Circunferencia cefálica

La medida de la circunferencia cefálica es útil para evaluar y conocer el crecimiento del perímetro de la cabeza, el cual depende del tamaño del cerebro y en una pequeña proporción, del cuero cabelludo y del cráneo.

El recién nacido normal a término nace con 34 cm de circunferencia cefálica, aumenta a razón de 1,5 cm/mes en el primer semestre, mientras que en el segundo semestre el incremento es de 0,5 cm mensual. De esta manera a los 6 meses mide 43 cm y al año de edad unos 46 a 47 cm. A los 3 años alcanza los 49 cm y a los 5 años tiene 50 cm. Posteriormente transcurren 10 años para crecer 5 cm. A los 15 años alcanza un perímetro de 55 cm.

Es evidente que la circunferencia cefálica aumenta rápidamente en los primeros meses, y posteriormente, este crecimiento se entelece hasta llegar a la edad adulta. Además, parece muy probable que no reciba el influjo del estirón puberal.

Resulta rutina evaluar el crecimiento de los niños con estos tres parámetros fundamentales: el peso, la talla y la circunferencia cefálica; sin embargo, existen otras que se consideran muy útiles y que se manejan con mucha frecuencia con vistas a realizar una valoración más precisa del estado de salud y nutrición de los niños, son estas:

La *circunferencia del brazo* que, como lo hace el peso, puede ofrecer información importante sobre el estado de las reservas de proteínas de músculo, la disponibilidad de reservas calóricas en forma de grasa subcutánea y la deficiencia en el crecimiento.

Los *pliegues cutáneos* que ejemplifican el comportamiento de la grasa situada bajo la piel, como consecuencia de la grasa corporal total y su patrón de distribución, pues los efectos de la obesidad sobre la salud dependen más de la distribución de las grasas que de la propia obesidad.

La *circunferencia de la cintura* es también un indicador de adiposidad visceral y puede ser otro eventual parámetro que se puede utilizar.

Consejos médicos

- El estado nutricional de un niño, sea cual fuere su edad, es un gran predictor de su estado de salud y el grado de vulnerabilidad a enfermedades.
- Es preciso que chequee, con la frecuencia que lo exige el programa de salud para cada edad del niño, cómo marcha su estado nutricional. Aunque es cierto que el niño es muy bien monitoreado en su primer año de vida, es preciso que los padres garanticen que esto continúe con posterioridad, aunque no con la misma frecuencia.
- Las consultas de puericultura que existen en las instituciones primarias de salud abarcan toda la edad pediátrica. Lleve a su niño para que lo examinen con más frecuencia durante el primer año; pero, si padece alguna enfermedad, es posible que necesite frecuentar la consulta por más tiempo. Posteriormente, hasta los 18 años de edad, debe ir a consulta al menos una vez al año, incluso aquellos aparentemente sanos (Tabla 5).

Tabla 5. Grupos de edad y periodicidad de la programación de los controles de puericultura

Grupo de edad	Consultas de Puericultura
Recién nacido (primeros 28 días)	Quincenal
Lactante de 1 mes	Quincenal
Lactante de 2 a 12 meses	Mensual
Transicional (de 1 a 2 años)	Semestral
Preescolar (de 2 a 5 años)	Anual
Escolar (de 6 a 11 años)	Anual
Adolescentes	Anual

- Si le garantiza una lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de la vida, y complementada hasta los 2 años, aseguraría un crecimiento y desarrollo armónico en su niño, pues entre otras cosas, se evitarían enfermedades que de una manera u otra conspiran con su evolución nutricional.

- Inicie y continúe una alimentación complementaria de la manera indicada. Esta es otra forma de favorecer un crecimiento adecuado, pues le ofrecería cada vez los alimentos que necesita y que por su edad está en condiciones de asimilar.
- Es muy importante que su niño incremente su peso, pero es aún más importante que esto ocurra con la talla o longitud, pues significaría una correcta utilización de los nutrientes que le aporta y un buen indicador de desarrollo.
- La obesidad a cualquier edad de la vida, aunque quizás es atractiva para algunos, es nociva para la salud, pues constituye en sí una enfermedad y predispone a otras muchas.
- Para tener una correcta percepción del estado nutricional de su niño, es preciso que sea evaluado por su pediatra, quien luego de hacer las correspondientes mediciones de peso, talla, circunferencia cefálica, etc., hará corresponder los resultados con las expectativas para cada edad que aparecen en las tablas de crecimiento y desarrollo.
- La familia debe garantizar, acorde con sus posibilidades económicas y las ofertas del mercado, una cultura alimentaria adecuada, que favorezca el progreso nutricional del más pequeño y de los otros miembros del núcleo familiar.





Temperatura corporal y fiebre

*Pablo Duperval Maletá
Luis Alberto Solar Salaverri*

Temperatura corporal

Uno de los trastornos que más se pesquisa durante la infancia ante la sospecha de enfermedad, es la temperatura corporal. Su regulación depende de tantos factores y sistemas funcionales que resulta un indicador de maduración del organismo.

La temperatura del cuerpo puede variar por factores individuales y ambientales que incluyen edad (ligeramente elevada en jóvenes), sexo, actividad física y temperatura del aire ambiental.

Bajo circunstancias normales, la temperatura del cuerpo puede variar tanto como 0,5 °C de la media normal durante las horas del día; es baja en la mañana (4:00-8:00 a. m.), y máximas temprano en la tarde (4:00-6:00 p. m.).

La temperatura no consigue ser una constante en el ser humano, sino que tiene variaciones durante las 24 h y sigue un ritmo de día y noche, en correspondencia con la etapa de la vida en que se encuentre, digamos recién nacido, lactante, etapa preescolar, adolescencia, etc.

No existe temperatura corporal que pueda considerarse como normal para todos los individuos, pues mediciones realizadas en personas normales han mostrado gran amplitud. Se han observado

rangos entre 36,1 y 37,2 °C. La temperatura axilar considerada como normal en el recién nacido debe oscilar entre 36,5 y 37 °C.

Una vez superada la etapa de recién nacido (primeros 28 días de vida) se ha de considerar como temperatura normal en un niño aquella que es mayor de 36 y hasta 37 °C.

Los recién nacidos son vulnerables a la hipertermia (no es sinónimo de fiebre), que corresponde a un ascenso de la temperatura como consecuencia de exceso de calor ambiental, mucho abrigo o falta de líquidos (cuando la madre no ha conseguido en el tiempo previsto secreción láctea); así como a la hipotermia, con descenso de la temperatura rectal por debajo de 36,5 o 36 °C axilar, motivada por temperaturas frías ambientales comunes en época de invierno o que no esté bien abrigado. Cuando estas razones no existen, se ha de pensar que el niño presenta algún trastorno y que necesita evaluación médica.

Fiebre

La fiebre, quizás uno de los signos que más alarman a los padres durante la infancia de sus hijos, no es sencillamente la elevación de la temperatura del cuerpo por encima del rango considerado como normal, sino el resultado de la elevación del punto que controla la regulación térmica en el cerebro. Tampoco es una enfermedad en sí misma, sino una respuesta que podría ser favorable ante la agresión de virus o bacterias, pues estimula su inmunidad para este y momentos futuros. Existen evidencias científicas que sugieren que la fiebre puede elevar la respuesta inmune del organismo, su presencia o ausencia es muy usada como guía para el curso de una enfermedad.

En muchos casos, la fiebre está asociada con enfermedades infecciosas, el microorganismo (virus o bacteria) invade al cuerpo humano y puede enfermar varios tejidos y órganos causando infección focal o generalizada (sepsis); como respuesta, los mecanismos de defensa del humano intentan contener y eliminar el microorganismo invasor.

Los niños pueden presentar conductas diferentes durante los episodios de fiebre, algunos permanecen corriendo o actúan de manera normal y es en el contacto con la madre o algún familiar

cuando se descubre el trastorno. Otros niños puede que se muestren irritables, con tendencia al llanto fácil y al malhumor, así como rechazo a comer cuando han tenido antes un excelente apetito.

¿Cómo interpretar los resultados de la lectura del termómetro?

- Si la temperatura axilar se encuentra entre 37 y 37,5 °C, precisa de observación de su progresión, así como si existe alguna alteración en el estado de ánimo del niño; estas cifras de temperatura solo exigen vigilancia y no tratamiento.
- Cuando la temperatura supera los 37,5 °C, pero no alcanza los 38 °C, se convierte en febrícula; tampoco necesita medicación.
- De alcanzar o superar los 38 °C, ya se habla de fiebre.
- La fiebre es elevada cuando supera los 39 °C.

Existen dos sucesos que se relacionan mucho con el proceso febril: los escalofríos y la sudoración. Durante el ascenso de la fiebre pueden aparecer los temblores; sin embargo, los escalofríos en los lactantes con signos de enfermedad podrían ser indicios de bacteriemia (aumento de la circulación de las bacterias en sangre) y exigen pronta evaluación médica. La sudoración ocurre durante el descenso de la temperatura y es uno de los mecanismos del organismo para lograr ese objetivo.

Las madres aprenden a conocer a sus hijos desde la etapa de lactantes pequeños, así como sus más mínimas reacciones, y suelen darse cuenta de que existe una temperatura anormal.

Es prudente considerar algunos detalles importantes para hacer un manejo correcto de la fiebre.

Consejos médicos

- Se recomienda a los padres que atiendan a su percepción de la temperatura de la habitación. Si ustedes sienten calor, el bebé también lo siente, solo que si este está muy abrigado se incrementará su temperatura; lo mismo ocurre cuando hay frío en la habitación y el bebé está desarropado, entonces descenderá su temperatura.

- ¿Cómo tomar la temperatura del niño?
 - El depósito del termómetro (parte metálica) debe estar situado en la parte media y más alta de la axila, y permanecer allí durante 3 a 5 min.
 - Debe asegurarse de que esta área no esté muy sudada.
 - Para que el registro sea normal debe oscilar entre 36 y 37 °C.
- ¿Qué hacer frente al proceso febril en el niño?
 - Su actuación debe ser tan rápida y dinámica como elevada es la temperatura.
 - El niño debe ser despojado de la ropa dejándolo desnudo o con muy poca ropa, a una temperatura ambiental.
 - Bríndele líquidos con frecuencia (agua).
 - Si la temperatura de la habitación supera 20 °C, debe mejorarla mediante ventilación.
 - Bañe al niño con agua cuya temperatura esté 2 °C por debajo de su temperatura, quizás previamente podría aplicar compresas de agua sobre el tronco o en las axilas.
 - Puede administrarle algún antitérmico como dipirona. La OMS y OPS sugieren paracetamol o ibuprofeno a las dosis recomendadas para la edad del niño. La dipirona no produce elevación inicial de la temperatura corporal, solo que el tiempo que media entre su administración y su actuar sobre el centro termorregulador puede alcanzar entre 60 y 90 min, y quizás un poco más.
 - Los antitérmicos no suprimen la fiebre, la reducen, por lo que no se pueden hacer malas interpretaciones de su actuar administrando nuevas dosis u otro medicamento alternativo. Es imprescindible definir y tratar la causa.
- No culpe a la dentición de un cuadro febril, esta interpretación puede hacer demorar la búsqueda de ayuda médica. Desafortunadamente, en muchas ocasiones la fiebre ocurre sumada a algunos malestares en los niños.
- Tan importante como vigilar y hacer bajar la fiebre es identificar en lo posible qué alteración se suma a esta y cuál puede ser su causa.
- No espere por la valoración médica para decidir las medidas antitérmicas, pues el médico no ha de basar su diagnóstico según la temperatura del niño.

- En los niños menores de 5 años con fiebre, por lo temible que resulta el riesgo de que puedan tener convulsiones, en presencia o no de otros síntomas, debe tratarse la fiebre cuando supera los 38 °C. El riesgo de convulsiones en niños con antecedentes de padecer crisis febriles (cualquier convulsión asociada a la fiebre) hace que se recomiende el uso de antitérmicos cuando la temperatura alcanza 37 °C, pues su rápido ascenso es lo que desencadena la convulsión.
- Este trastorno tiene mayor probabilidad de ocurrir en hijos de madres o padres que han padecido convulsiones febriles en la infancia.
- ¿Cuándo es necesaria la valoración médica?
 - Cuando la fiebre persiste después de 12 h.
 - En presencia de erupción cutánea, vómitos, diarreas, falta de aire, irritación de la garganta, dolor de cabeza o irritabilidad.
 - Es mucho más apremiante la consulta médica si existen convulsiones, si el niño se pone pálido, si la piel se le pone morada, si tiene labios y uñas moradas (cianosis), si se muestra somnoliento, si emite gritos quejumbrosos o simplemente cuando “no vea bien al niño”.
 - No demore en acudir donde el médico ante estas situaciones u otras que alarmen; la fiebre necesita más de la actuación de los padres que de su preocupación.
- Es oportuno recordar también que una de las mejores maneras de evitar la fiebre y las enfermedades en sus hijos, desde la época de recién nacidos, es la lactancia materna, que además de nutrir tiene la saludable labor de proteger.



Dentición infantil

Zoila del Socorro López Díaz

La erupción dentaria en el ser humano es un proceso largo e íntimamente relacionado con el crecimiento y desarrollo del resto de las estructuras craneofaciales; no obstante, tradicionalmente se denomina erupción dentaria al momento en que el diente rompe la mucosa bucal y hace su aparición en la boca.

La “aparición” de un diente en la boca recibe el nombre de emergencia dentaria, y aunque sea llamativo para la familia y el niño, solo constituye uno de los parámetros con que se evalúa la normalidad o no de este proceso.

Cabe recordar que el hombre tiene doble dentición:

- La dentición temporal o “de leche” emerge a partir de los primeros meses de la vida y finaliza alrededor de los 3 años edad; con duración limitada a los años en que el crecimiento craneofacial y corporal infantil es más intenso. Es remplazada por una segunda dentición.
- La dentición permanente o definitiva sustituye progresivamente a los dientes temporales o “de leche”; preparada para durar toda la vida adulta del individuo, y excluye a los terceros molares, cordales o “muelas del juicio”, cuyo proceso de erupción y desarrollo de la oclusión (contacto con su antagonista) dura entre 13 y 15 años.

Dentición temporal o “de leche”

¿Beneficia la lactancia materna el desarrollo de dientes y maxilares?

Indiscutiblemente sí. La lactancia materna es muy beneficiosa para el desarrollo de dientes y maxilares, pues condiciona la normal función de los músculos y contribuye a que la lengua se coloque en posición normal, lo que favorece el desarrollo de los maxilares y facilita el brote y alineación de los dientes. Además, el movimiento mandibular que se produce durante la lactancia, mediante la función de los músculos masticadores, evita la aparición de anomalías o deformidades en dientes, maxilares y cara, lo que ayuda a disminuir la aparición de hábitos bucales deformantes.

La lactancia materna también es de vital importancia para el bebé y su mamá. En niños hasta 6 meses de edad, la leche materna es el alimento ideal, pues les aporta todos los nutrientes que necesitan para su sano desarrollo, además de ser inocua y de contener anticuerpos que ayudan a proteger al lactante de enfermedades o infecciones tan frecuentes, como la caries dental.

¿Guarda la dieta y forma de preparar los alimentos relación con la salud bucal?

Desde luego. Existe una estrecha relación entre el tipo de dieta y de preparación de los alimentos con la salud bucal y el cuidado de los dientes de su hijo. Es importante que, desde etapas tempranas de la vida, el niño consuma alimentos saludables y fibrosos, los cuales contienen elevadas proporciones de nutrientes y muy pocas de azúcares, además de que su masticación permite la limpieza dental, como es el caso de las carnes, pescados, frutas y vegetales. Por eso, hay muchas cosas que usted puede hacer para el cuidado de los dientes de su hijo y una de las recomendaciones más importantes es que no ingiera o evite al máximo que coma con grandes cantidades de azúcar, que no consuma productos dulces y pegajosos que permanezcan por mucho tiempo en la boca, como caramelos, chicles y gaseosas, por no ser recomendable para el cuidado de su salud bucal.

El niño desde los 6 meses puede consumir jugos de frutas naturales no azucarados, por lo que en lo posible trate de evitar otros

jugos azucarados o de endulzarle la leche; es recomendable que tome este tipo de jugos solo a la hora de la comida.

Ofrézcale todo tipo de alimento líquido, de preferencia en un vaso; si por el contrario usa el biberón, que este tenga válvula o boquilla para prevenir deformidades bucales, maloclusiones, malposiciones dentarias o ambas.

Introduzca en su alimentación, tan pronto como sea posible, alimentos no batidos, o sea alimentos que condicionen o precisen de masticación, y mientras lo alimente haga uso del vaso y la cuchara. Evite el uso de biberones o teteras, con esto estimulará el desarrollo de dientes y maxilares, evitará el retardo en la “salida” de los dientes y el desarrollo de deformidades bucofaciales no deseables, que a la larga acarrearán en el niño serios trastornos psicológicos durante su etapa escolar.

Nunca ofrezca a su hijo bebidas gaseosas, incentíVELO a comer frutas entre comidas, y en lugar de viandas fritas como las papas, enséñelos a comer. Si su hijo es capaz de masticar, ofrézcale palitos de zanahoria u otro vegetal crudo que precisen de masticación. Otra buena opción para cuidar los dientes y estimular el desarrollo de los maxilares de su hijo, además de las carnes y el pescado, son los tradicionales huevos duros, con los que si desea puede hacer caritas y adornarlas con zanahoria u otro vegetal fibroso y de color atractivo, para estimular su apetito.

El yogurt y los queques caseros, así como el pan integral untado con cremas de vegetales, son una muy buena opción para reemplazar algunas golosinas blandas, pegajosas y azucaradas en la dieta de su hijo, a la hora de cuidar sus dientes.

No olvide nunca ofrecerle agua o leche pura (sin azúcar) entre comidas al niño, después de haber cumplido su primer año de vida, con el fin de prevenir la caries dental.

¿Cuándo deben “salirle” los dientes a los niños?

Llama la atención el interés tan marcado que los padres manifiestan por conocer el momento en que a su hijo le van a “salir” los dientes; motivo por el que muchos pediatras, exclaman: “a veces quieren que seamos adivinos y podamos decirles con seguridad, cuándo será tal momento”.

La “aparición” del primer diente en todos los bebés es diferente, pero por lo general, en la mayoría de los niños suele ocurrir entre el cuarto y el sexto mes de vida; aunque en muchos niños no ocurre hasta los 11 o 12 meses de edad y los expertos lo consideran como normal, al aceptar que su “salida” o emergencia puede llegar a producirse entre los 4 y los 15 primeros meses de vida.

No obstante tener la emergencia o “salida” dentaria edades de referencia, esta puede llegar a ser muy variable y explica por qué en algunos niños la “salida” de su primer diente ocurra a partir de los 3 meses de edad. No olvidar que los dientes “de leche” se empiezan a formar en la tercera semana de vida intrauterina y, al nacer, ya el niño tiene dentro de sus huesos maxilares los brotes de los 20 dientes que conformarán su fórmula dentaria temporal o de “leche” y las células diferenciadas que darán origen a sus 32 dientes permanentes o definitivos; sin olvidar que existen familias con algún componente genético que condiciona a que la emergencia dentaria o “salida” de sus dientes ocurra más temprano, mientras que en otras, la “salida” de los dientes puede ocurrir más tarde.

Si el niño ha cumplido ya los 18 meses y no le ha emergido o no tiene algún diente en la boca, es importante consultar a un estomatólogo dedicado a la atención infantil o al pediatra, para buscar la causa de ese retraso, que pudiera estar relacionado con alguna otra enfermedad de base.

¿En qué orden debe ocurrir la “salida” o emergencia de los dientes?

La emergencia o “salida” de los dientes es un fenómeno fisiológico normal, que guarda semejanza con un patrón hereditario familiar, pese a que sigue un orden en tiempo y secuencia de aparición que de alguna manera está relacionado con el desarrollo general del niño y que para su mejor comprensión será comentado por separado (dentición temporal o “de leche” y dentición permanente o definitiva), teniendo en cuenta que en el hombre existe una doble dentición y que en cualquiera de estas, los dientes aparecen por pares homólogos.

Cronología de la emergencia o brote de los dientes temporales (de leche)

Los dientes temporales por lo general en su emergencia o brote siguen el orden que se observa en la tabla 6.

Tabla 6. Cronología del brote de los dientes temporales

Edad de emergencia	Tipo de diente
5 a 7 meses	Incisivos medios inferiores
8 meses	Incisivos medios superiores
14 meses	Incisivos laterales inferiores
14 a 18 meses	Primeros molares
20 meses	Caninos
30 meses	Segundos molares

A pesar de que la secuencia de aparición de los dientes temporales suele ser muy irregular y que de manera frecuente ocurren fallas en este proceso, estas son variantes de un fenómeno normal; pues lo establecido es que al niño, tras haber cumplido los 30 meses de vida, deben haberle “salido” todos sus dientes “de leche” y haber completado así la llamada dentadura temporal, constituida por 20 dientes hasta que el niño cumpla los 6 años de vida.

¿Qué pasa en los niños prematuros y con bajo peso al nacer. así como con aquellos niños que nacen con dientes (dientes neonatales)?

En los niños prematuros y en los que nacen con bajo peso al nacer, la emergencia dentaria es un poco más retardada. Mientras que en los niños portadores de dientes neonatales o que presentan dientes en la boca al momento de nacer, por lo general, la emergencia del resto de sus dientes “de leche” es más precoz y también su recambio o “muda” por dientes permanentes, que por lo general se inicia antes de los 6 años.

¿Niños y niñas por igual?

Se ha comprobado que los dientes “de leche” tienen una emergencia más temprana en los varones, que en las niñas.

Dentición permanente o definitiva

Cronología de la emergencia o brote de los dientes permanentes o definitivos

Cuando el niño alcanza entre los 6 y 8 años de edad, comenzará la “sustitución” o recambio de la dentadura temporal por la

dentadura permanente o definitiva, conformada por 28 dientes hasta la adolescencia tardía y más tarde por 32 dientes durante la edad adulta, cuyo orden y edad de brote no se comporta igual en el maxilar que en la mandíbula (Tabla 7).

Tabla 7. Cronología del brote de los dientes permanentes

Tipo de diente	Edad de emergencia	
	Maxilar superior	Mandíbula
Incisivo central	6 a 8 años	6 a 7 años
Incisivo lateral	8 a 9 años	7 a 8 años
Canino	11 a 12 años	9 a 10 años
Primer premolar	10 a 11 años	10 a 12 años
Segundo premolar	10 a 12 años	11 a 12 años
Primer molar	6 a 7 años	6 a 7 años
Segundo molar	12 a 13 años	11 a 13 años

Entre los 15 y 16 años, la dentición permanente o definitiva, que también tendrá gran importancia para el desarrollo de los maxilares y cuyas características son muy diferentes a las de la dentición temporal o “de leche”, pues entre otras cosas no se “muda” o reemplaza y cuyos dientes son más voluminosos y de mayor tamaño que los dientes temporales, debe haber completado totalmente su emergencia o brote, a excepción de los terceros molares, cordales o “muelas del juicio”, los que brotarán posteriormente, en edades de la adolescencia tardía o primera juventud, completándose así la fórmula dentaria del adulto de 32 dientes.

Síntomas y signos asociados a la dentición

¿Puede la emergencia o salida de los dientes dar síntomas y signos?

Durante la emergencia de los dientes, en las arcadas dentarias se origina un fenómeno inflamatorio que provoca que la mucosa que cubre al diente en cuestión aparezca algo congestionada, lo que puede provocar pequeños problemas en el infante como inquietud,

aumento del babeo o salivación abundante, rechazo del biberón, mordisqueo de los puños, lo que de manera frecuente se asocia a mejillas enrojecidas y brillantes.

Es bueno recordar además que el proceso de la dentición dura muchos meses y que durante este tiempo es posible que aparezca cualquier otra infección que no guarde relación alguna con la “salida” dentaria, o sea, infecciones durante la dentición y no por la dentición; estas pueden producirse porque el niño se introduce en la boca todo lo que está a su alcance para buscar alivio a las molestias propias que ocasiona este proceso y que proporciona que la colonización por gérmenes de su tracto digestivo sea mayor, lo que condiciona la aparición de pequeñas infecciones que pueden ser causa de cuadros respiratorios, diarreas y temperatura entre 37 y 37,5 °C. No se acepta que la dentición ocasione fiebre elevada, severos cuadros diarreicos o erupciones propias, ya que los trastornos asociados a la dentición suelen ser casi siempre de tipo local.

Estudios internacionales desmienten la presencia de toda patología que ha sido asociada por los siglos de los siglos a la dentición, mientras que resultados de investigaciones realizadas en Cuba acerca de este tema señalan que durante la emergencia dentaria, en los niños se manifiestan signos y síntomas clínicos que guardan relación con su inicio y que no desaparecen hasta que el diente no ha terminado de “salir” o emerger; entre estas las de mayor afectación referidas por las madres de los niños investigados en orden de frecuencia son: las diarreas, la ocurrencia de febrícula, el estado catarral y la irritabilidad.

Algunos síntomas y signos asociados o “achacados” a la aparición de los dientes son:

Locales

- Babeo: se piensa que la “aparición” de los dientes estimula el babeo, cosa que ocurre en unos bebés más que en otros. Todos asociamos que el babeo o exceso de producción de saliva presente en los niños en edades entre la décima semana de vida y hasta los 3 o 4 meses de edad, guarda relación con el comienzo de la dentición, lo cual es falso, ya que la ocurrencia de este fenómeno se debe al comienzo del desarrollo de las glándulas salivales y a que no ha aprendido a tragar bien su saliva.

- Irritación de la piel del cuello y la barbilla: el exceso de saliva y la constante humedad que esta ocasiona, asociado a su acidez, son las causas de la notoria irritación de la piel de alrededor de la boca, parte inferior de la carita y cuello del bebé.
- Dolor bucal: este es ocasionado por la inflamación, manifestación que tiene el sensible tejido de las encías para reaccionar frente a la “aparición” del diente; el brote del primer diente es el que causa más molestia y dolor. No obstante, si su bebé manifiesta mucho dolor, incomodidad y llanto inconsolable, consulte con su médico para descartar otra enfermedad más seria o para que le recomiende algún medicamento que calme a su hijo y lo haga sentirse mejor.
- Dolor en los cachetes y oídos: es común que los niños se toquen los oídos o los cachetes cuando están por “salir” sus primeros molares temporales, debido al intenso dolor que se produce en la porción posterior de la boca y que a veces se traslada a esas zonas. Pero tenga en cuenta también que un niño que se toca las orejas puede estar sufriendo de una infección de oídos, por lo que, ante tal situación, consulte de inmediato con su pediatra.
- Necesidad de morder: cuando al niño le comienzan a “salir” los dientes, tiende a morder todo lo que está a su alcance, pues la contrapresión de lo que muerde le ayuda a aliviar la presión que ejercen el o los dientes bajo sus encías.
- Irritación de los glúteos: muchas personas asocian este cuadro con el exceso de saliva tragada por el niño, lo cual no tiene por qué ocasionar irritaciones glúteas. Estas, por lo general, están causadas por alguna infección vírica intercurrente, que acidifica las heces o aumenta el tránsito intestinal, lo que ocasiona la emisión de heces más líquidas y ácidas, y produce que los glúteos del niño se irriten.
- Hematoma de la encía: ocasionalmente la “salida” de un diente puede provocar la ruptura de un pequeño vaso, con su consiguiente pequeño sangramiento debajo de la encía y que clínicamente se traduce como una hinchazón azulada. Cabe decir que estos hematomas normalmente se resuelven solos; sin embargo, si se mantienen por más de 7 días, se debe consultar al estomatólogo.

Generales o sistémicos:

- Irritabilidad: a medida que el diente se acerca más a la superficie de la encía, aumenta la inflamación y por ende el dolor, lo que se traduce en la irritabilidad que demuestra el bebé y que es de esperar.
- Tos: es natural que el exceso de saliva produzca algo de tos, por lo que no es motivo de preocupación. Pero cuidado, de persistir, consulte con su médico.
- Pérdida del apetito: cuando al bebé le está “saliendo” un diente, es normal que se niegue al ofrecimiento del pecho materno o que rechace comer cualquier otro tipo de alimento, ya que el acto de la succión le produce desazón y dolor; mientras que se llevará constantemente las manos o cualquier otro objeto a su alcance a la boca para mitigarlo. No obstante, si rechaza varias comidas o come poco por varios días, es conveniente consultar al médico-pediatra.
- Diarreas: es posible que cuando al bebé le esté “apareciendo” un diente, sus deposiciones se hagan más blandas, por lo que muchas personas relacionan las diarreas con la dentición infantil; sin embargo, esto no está comprobado. Si el niño presenta 2 deposiciones blandas seguidas, es mejor visitar al doctor.
- Fiebre: al igual que la diarrea, no todos los expertos vinculan esta reacción con la dentición, aunque reconocen que en ocasiones puede ocasionar temperaturas entre 37 y 37,5 °C. Sin embargo, algunos pediatras y estomatólogos explican que la inflamación de las encías puede llegar a ocasionar fiebre (temperatura igual o superior a 38 °C); si se encuentra ante una situación semejante, no se confíe y acuda de inmediato al médico con su hijo.
- Desvelo o pérdida del sueño: como la “salida” de un diente no solo se produce de día, sino también durante la noche, las molestias o el dolor que produce pueden desvelar al niño y por tanto, también a usted.
- Catarros o resfríos: muchas veces los padres confunden y asocian los síntomas catarrales o de resfríos con los primeros síntomas de los dientes. Siempre consulte con su médico, no se confíe.
- Cabe señalar que los padres pueden permanecer apáticos ante las quejas de sus hijos, en la época en que a estos les están

“saliendo” sus dientes, y como resultado, pueden pasar por alto enfermedades respiratorias y fiebres causadas por otras complicaciones extrabucales, lo que motiva que sea muy necesario el trabajo educativo con la futura mamá, la familia y el entorno social en que el niño se desarrolla, para obtener logros sustanciales en este campo.

Consejos médicos

- Ante todo, tenga usted mucha paciencia.
- Para aliviar las molestias o el dolor ocasionados por la dentición, es recomendable frotar las encías al bebé, con un juguete de goma o el dedo índice de sus manos bien limpias; verá que al inicio el niño manifestará dolor, que luego pasará cuando la contrapresión comience a surtir efecto y le dé alivio.
- Algo frío para comer y beber: es probable que cuando le esté “saliendo” un diente, el bebé no quiera tomar el pecho, ante tal situación ofrézcale de manera frecuente otros alimentos líquidos (jugos naturales) y compotas bien frías, lo que también le ayudará a calmar sus molestias bucales o dolor.
- Para evitar la irritación de la piel de la cara y el cuello producto del exceso de babeo, séquele con frecuencia la boca y póngale el tradicional babero o un paño debajo de su cara para que absorba el exceso de saliva que cae de su boca. Recuerde que el babero o paño debe ser cambiado frecuentemente.
- Limpieza bucal: este hábito es muy conveniente crearlo desde la infancia, por lo que límpiele la boca con una gasa o paño embebido en agua hervida 2 veces al día.
- Alteraciones de la dentición, recuerde siempre que estas suelen ser de dos tipos:
 - Banales y de fácil solución, lo que ocurre en la mayoría de los casos.
 - Severas, que requieren de tratamiento médico multidisciplinario. Ante estas y en dependencia del síntoma que prime, consulte de inmediato con su médico o estomatólogo.

Higiene bucal y cepillado dental

Cuando el bebé es pequeñito y todavía no tiene dientes, debe tener cuidado en limpiar su boca con una gasa o paño embebido en agua hervida, por lo menos 2 veces al día, para evitar problemas en un futuro próximo.

Recuerde que una buena higiene bucal permite que los dientes “de leche” le “salgan y se le mantengan” sanos a su bebé, para que los pueda utilizar después para masticar sus alimentos y pronunciar sonidos y palabras cuando comience a hablar; además de servirle de guía para la alineación correcta de sus dientes permanentes, cuando estos sustituyan o replacen a sus dientes temporales en un futuro no muy lejano.

Empiece a limpiar los dientes de su bebé tan pronto como le “aparezca” en la boca su primer diente, para esto puede utilizar cepillitos suaves, con una frecuencia de 2 veces al día.

No obstante, cuando sea mayorcito enséñelo a cepillarse los dientes después de cada comida y antes de acostarse, utilizando un cepillo infantil y muy poca cantidad de dentífrico (pasta dental), ya que esta puede ser tragada por el niño. Realice el acto del cepillado dental junto con su hijo, hasta conseguir que forme parte de un ritual, ya que esta costumbre conviene desarrollarla desde la infancia y los padres deben dar el ejemplo, pues el niño es un gran imitador.

Además, es importante saber que cuando su hijo coma caramelos y otras golosinas pegajosas, sus dientes deben ser cepillados una vez que termine de disfrutar el festín. No olvide que una buena higiene bucal, mediante un correcto cepillado dental en forma y frecuencia es insustituible para la prevención y control de enfermedades dentales en sus hijos, como la caries dental.

Elimine desde edades bien tempranas el uso del famoso “tete”; con esto evita muchos problemas y previene en su hijo la instauración de deformidades dentomaxilares.

¿Desde cuándo y cómo se hace profilaxis o prevención de la caries dental?

La prevención de la caries dental debe comenzar tan pronto como a su hijo le “salga” su primer diente.

La caries dental es una enfermedad infecciosa y contagiosa que puede presentarse en los niños desde muy temprana edad, por lo que su prevención y control fundamental son convenientes para que sus hijos no sufran de infecciones y dolores dentales. Para esto, además de mantener una buena higiene y realizarle el cepillado dental, debe usted evitar que el niño se quede durmiendo con el pomo en la boca, cuando consuma el último alimento o toma del día.

Para evitarlo, cuando lo alimente, mantenga al niño en posición vertical y evite que se quede dormido. Si se durmiera con el biberón dentro de la boca, es recomendable despertarlo y darle agua para eliminar los restos de leche que pudieran quedar; ya que estos dañan sus dientes y pueden ocasionar su pérdida cuando todavía el niño es muy pequeño, debido a que, en la noche, la saliva que los protege contra los microorganismos, es menor.

Las madres generalmente se preocupan por mantener aseado a su bebé, lo bañan, limpian su nariz y sus orejas; pero muchas desconocen cuán importante es la limpieza de su cavidad bucal, debido a que en esta viven muchas bacterias causantes del “síndrome o caries del biberón”, que afecta a los dientes temporales o “de leche”. Síndrome que de no ser tratado tempranamente puede ser transferido en el momento del recambio dentario a los dientes permanentes o definitivos, problema que pudiera empeorar con una mala higiene bucal y una dieta cariogénica (rica en azúcares).

Además, aquellas madres que tienen o han tenido caries y que prueban los alimentos de su hijo con la misma cuchara que los alimentan, pueden transmitirle esta enfermedad, ya que al igual que un catarro o resfriado, la caries es una enfermedad infectocontagiosa.

¿Cuándo resulta aconsejable la opinión y valoración del estomatólogo?

Resulta aconsejable acudir al estomatólogo con su hijo una vez al año, aunque este aparentemente “no tenga nada”, para recibir su valoración acerca de su salud bucal. La edad recomendable para hacer su primera visita a este profesional es cuando el niño cumpla el año de edad, especialmente si los padres sospechan que presenta o padece de caries dental.

Durante su visita, seguramente el estomatólogo le preguntará:
– Si su hijo pasa mucho tiempo con su pomo en la boca.

- Si la madre o quien lo cuida sufre de caries dental u otras enfermedades bucales, que puedan ser traspasadas al niño.
- Si el infante usa el “tete” de forma permanente (durante todo el día) o solo para dormir.

Es de destacar que si las caries dentales detectadas durante esta visita concuerda con la erupción temporal o “de leche”, estas están ocasionadas por el uso indiscriminado del biberón.

No obstante, los padres deben revisar periódica y detalladamente la boca de su hijo y si notan alguna mancha de color amarillento o café, apreciada por lo general en la zona posterior de la arcada dentaria mandibular o dientes posteriores inferiores, u otra alteración bucal, deben consultar de inmediato al estomatólogo.

¿Cómo preparar a su hijo para la primera cita con el estomatólogo?

Para llevar al niño al estomatólogo, los padres no deben esperar a que este manifieste dolor, pues la relación estomatólogo-niño debe comenzar en buenas condiciones, con el fin de no inculcar en la mente infantil temores hacia este profesional.

Tenga presente que la primera vez que un niño acude al estomatólogo, significa para él toda una aventura. Esta visita debe realizarse a edades tempranas y cuando aparentemente el niño no tiene nada, pues su principal objetivo es que su hijo se familiarice con el experto, se sienta a gusto con él y sea una experiencia favorable.

Se insiste y recomienda que este encuentro se realice cuando el niño ya haya cumplido su primer año de vida, pues así se evitan algunos problemas como: infecciones, caries y alteraciones maxilares o dentarias debida a malos hábitos; además de que asegura que los padres cuenten con herramientas e información necesarias para prevenir cualquier futuro problema, en aras de que su hijo crezca con una dentadura sana.

Consejos a la hora de acudir con su hijo al estomatólogo

- Elija un(a) estomatólogo(a) dedicado y entrenado en la atención infantil.

- La hora más recomendable para efectuar esta visita son las primeras horas de la mañana, momento en que el niño estará descansado y se portará más tranquilo.
- Si su hijo tiene hermanos mayores que acuden al estomatólogo, es aconsejable llevar al menor a la consulta para que se habitúe al entorno.
- No lo amenace con el dentista para castigarlo; lo único que logrará será potenciar el miedo que el niño pueda sentir.
- Trate de que se sienta seguro y contento al ir a visitar a su mejor amigo: el estomatólogo.

Recomendaciones para que el niño entienda lo que pasará ante la inminente visita a este profesional

- Prepárelo con anterioridad para enfrentar esta nueva situación y para que se sienta lo más relajado posible ese día.
- Es ideal que avise y prepare al niño para el día en que visitará al estomatólogo, anticipése a esto.
- Juegue con su hijo al estomatólogo, contando sus dientes ayudado por un espejo, pues lo ideal es que se familiarice con la situación que vivirá.
- Cuando se encuentre en el consultorio, déjelo tranquilo y permítale desenvolverse solo.
- No conteste las preguntas que le haga el estomatólogo, usted debe solo intervenir cuando se lo pidan.
- Es probable que su hijo sienta temor durante la visita; no comente o traspase sus miedos al niño, pues le creará cierto recelo hacia el estomatólogo, únicamente por el miedo que sienta cualquiera de sus padres hacia este profesional.
- No permita que terceras personas le hagan comentarios a su hijo acerca de sus experiencias desagradables durante la visita o atención dental.

¿Cómo evitar el susto del pequeño durante la visita al estomatólogo?

- Acompáñelo siempre a la consulta, así se sentirá más cómodo.
- La mayor solución para evitar el miedo es llevarlo a su primera visita con este profesional cuando sea pequeño, para que se acostumbre al estomatólogo y al entorno que lo rodea.

- No se inquiete si el niño llora en la consulta, recuerde que es una reacción normal antes de lograr confianza.
- En caso de intervenciones invasivas, como extracciones dentarias u otros procedimientos largos y dolorosos, permanezca siempre a su lado, apóyelo y déle consuelo, pues el estrés provocado por tal situación puede hacer que el niño lllore y no deje que el experto realice su labor.
- Nunca engañe al niño diciéndole lo que le van a hacer o no.
- No lo avergüence o ridiculice en presencia de otras personas o compañeros de su misma edad por su comportamiento en la consulta. Recuerde que no hay mayor causante de esta situación que usted, por no haber prevenido la situación o por no haber acudido a tiempo con el niño al estomatólogo.

Conclusiones

No olvide que:

- La buena salud bucal de nuestros hijos depende muchas veces de su buen estado físico y mental.
- Las enfermedades o problemas de la boca también son problemas de salud y deben ser tratados como tal.
- Una boca descuidada y no saludable, representa un serio peligro para la salud y hasta para la vida de su hijo.



Cólicos

Eugenio Carro Puig

Los cólicos son un grupo de síntomas donde lo más característico resulta la presencia de dolor abdominal paroxístico (exacerbado de forma violenta), al parecer de origen intestinal, que se acompaña de llanto agudo y aparece en el niño con menos de 3 meses de edad, aunque en ocasiones puede observarse en niños de más edad.

Usualmente siguen un patrón clínico característico con comienzo repentino, llanto fuerte y agudo que causa gran ansiedad a los padres; paroxístico, pues se exagera súbitamente, y puede persistir durante varias horas. Durante el paroxismo la cara se torna roja y puede haber palidez perioral, el abdomen se contrae o se distiende, las piernas se flexionan sobre el abdomen, aunque pueden estar por momentos extendidas, los pies se tornan fríos y las manos apretadas; no termina hasta que el niño queda exhausto, y se observa alivio aparente cuando defeca o expulsa gases (pedos). Estos episodios suelen ser algo más frecuentes en horas de la tarde y la noche.

Las causas que se asocian a este cuadro son desconocidas, aunque puede estar presente si hay hambre y gases tragados durante la alimentación, que llegan al intestino, así como a alimentación excesiva. Se ha observado vinculado a grupos con predisposición

personal y alergias intestinales. Ciertos alimentos ricos en carbohidratos pueden ser responsables de una excesiva fermentación en el intestino. Algunos lo relacionan con alimentos que ingiere la madre durante la lactancia y aconsejan eliminar la ingestión de frijoles, chocolate, alimentos picantes o muy condimentados, refrescos de cola, etc. Se ha constatado, en el seguimiento a estos niños, que presentan cólicos y dermatitis en la cabeza y detrás de las orejas, que posteriormente se asocian a procesos alérgicos en edades tardías.

Este cuadro parece predestinado a crear un estado de excitación y ansiedad que genera preocupación en los cuidadores, que al parecer crea un círculo vicioso que no ayuda en su manejo, por lo que estudiosos en el tema sugieren, entre otras cosas, tratar de romper con este círculo dejando al niño, por momentos, al cuidado de algún familiar allegado como los abuelos o tíos, y así les permita descansar a mamá y papá.

Es imprescindible mantener la lactancia materna, ya que es la leche de la especie humana la que mejor se metaboliza en el sistema digestivo del bebé. Las leches artificiales generalmente provienen de la leche de vaca, que obviamente es ideal para los terneros, pero contienen proteínas que pueden desencadenar fenómenos alérgicos responsables de los cólicos en los niños.

La técnica de alimentación es de suma importancia. Se debe recordar, durante la lactancia, introducir en la boca del niño el pezón y parte o toda la areola (según las dimensiones de esta y de la boca del bebé), para evitar daño en el seno materno y la deglución de aire durante la lactancia. En caso que se tenga que usar biberón (no recomendable), el orificio de este no debe ser ni muy grande ni muy pequeño, se aconseja realizar una incisión en forma de X, para cuando cese la presión negativa que ejerce el niño, actúe como una válvula impidiendo el paso de aire. También recordar, entre tetadas, “sacarle el aire” al niño antes de comenzar con el otro pecho.

Se han usado analgésicos orales con resultados variables como la dipirona, el paracetamol, el dioxazol, que es una combinación de ambos con octometrina (un antiespasmódico). También se utilizan medicamentos para modificar las partículas de gas en el intesti-

no, como la simeticona o dimeticona, cuya función es disminuir en pequeñas partículas los gases en el intestino para facilitar su eliminación. Existen médicos que prescriben dipirona a madres que lactan para que, al pasar el medicamento a través de la leche, produzca efecto analgésico. La práctica demuestra poca efectividad de estas medicaciones, tanto analgésicas como antiespasmódicas, en la erradicación de los cólicos; es el tiempo el que termina el problema, pues cuando superan los 3 meses podrían ocurrir, pero muy esporádicamente.

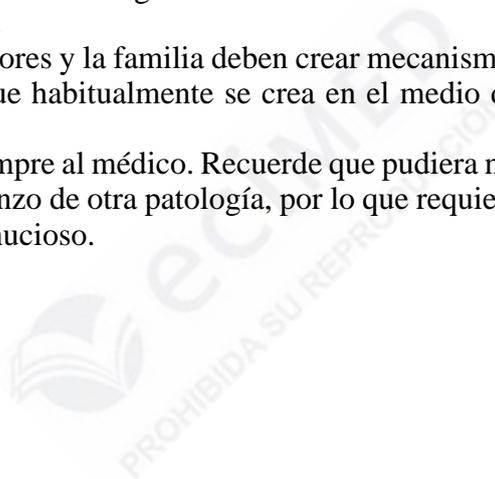
Las medidas mecánicas producen, en ocasiones, resultados favorables, como colocar al niño erguido o en posición prona (boca abajo) sobre el regazo, lo que facilita la expulsión de gases. Colocar bolsas tibias sobre el abdomen o mantas eléctricas, poner el abdomen del niño piel a piel junto a la madre, mecerlo suavemente pero de forma continua, incluso se han creado cunas quinéticas que mantienen un movimiento continuo.

Es importante entender, en todo caso, que se trata de un cuadro fisiológico y que es muy poco probable que su duración se extienda después de los 3 meses. No obstante, siempre se debe consultar al médico, ya que algunos procesos patológicos pueden confundirse con el cólico como las hernias estranguladas, la invaginación intestinal, otitis, infección del tracto urinario, entre otras afecciones, por lo que un completo y minucioso examen clínico debe ser realizado. Se ha dado el caso de un paciente consultado por un cólico donde se encontró un dedito del pie doblado dentro de sus zapatos que había estrenado el niño esa mañana, al desvestirlo para practicar el examen cesó el llanto. Ningún factor por sí solo parece ser el responsable de los cólicos en niños.

Consejos médicos

- Lactancia materna absoluta los 6 primeros meses de la vida (evita la ingestión de proteínas y sustancias ajenas a la especie).
- Asegúrese de que al alimentar a su bebé se le introduzca en la boca el pezón y la areola, para evitar que trague aire.
- No use remedios caseros como anís, manzanilla, ni fármacos sin consultar a su médico.

- Alimentación antialérgica a la madre. Evite maní, mariscos, comidas picantes o muy condimentadas, embutidos, refrescos con cola, etc. Si las madres descubren algún otro alimento que ingerido por ellas provoque cólicos en sus hijos cuando son lactados, no los coman en el período de lactancia.
- Coloque al niño en posición prono (boca abajo) sobre su regazo, coloque bolsas tibias en su abdomen y muévalo de forma continua.
- Facilite entre tetadas el eructo y con esto que “bote el aire”.
- Si de forma irremediable usa leche artificial, debe ser muy cuidadosa en su preparación y concentración.
- Los biberones deben tener en sus teteras una incisión en forma de X, para evitar la ingestión de aire cuando el niño la succiona para tomar.
- Los cuidadores y la familia deben crear mecanismos para evitar el estrés que habitualmente se crea en el medio donde se presenta.
- Acudir siempre al médico. Recuerde que pudiera no ser cólico y sí el comienzo de otra patología, por lo que requiere un examen clínico minucioso.





Vómitos y regurgitaciones

Pablo Duperval Maletá

Los padres se preocupan cuando sus hijos vomitan y, mientras más pequeños, mayor es su preocupación, pues saben los riesgos de deshidratación que estos entrañan. Sin embargo, es frecuente que los recién nacidos y lactantes pequeños, posterior a la ingestión de alimentos, tengan pequeños y repetidos vómitos y hasta amplios y abruptos, sin que repercutan en mucho sobre su estado de hidratación ni su bienestar físico. Los pediatras, por lo general, al conocer de estos eventos y examinar a los bebés decimos a las madres y padres que se trata de un reflujo gastroesofágico fisiológico.

¿Qué es un reflujo?

Es el ascenso del contenido gástrico hacia el esófago torácico, o sea, el contenido del estómago, ya sea alimentos o secreciones gástricas, sube, llega hasta la parte superior del esófago y puede que eventualmente llegue a la boca y al exterior, provocando el signo clásico que es el vómito.

¿Cuán frecuente o abundante es este vómito?

Estos pueden ser pequeños y hasta repetidos, son interpretados como regurgitaciones, o “buches”, como lo conoce la población. Se produce posterior a la ingesta de alimentos, básicamente leche u otros líquidos, pero pueden ser amplios y abruptos, que se describen excepcionalmente como un proyectil por la velocidad con que ocurren. Este tipo de vómito despierta más preocupación, no solo en los padres sino también en los médicos; sin embargo, la mayor parte de las veces no pasa de ser expresión de un reflujo gastroesofágico fisiológico.

¿Qué mecanismo podría evitar el reflujo?

El esófago, en su porción o parte inferior y más cercana al estómago, tiene un engrosamiento en su musculatura que actúa como un esfínter o cierre cuando está contraído; este esfínter esofágico inferior es el factor más importante en la profilaxis del reflujo.

Entre los mecanismos que producen el reflujo está la relajación transitoria de este esfínter, no relacionada con la deglución, que consigue ser una relajación inapropiada.

También puede ocurrir reflujo cuando el lactante ha ingerido aire o leche en exceso, o alguna otra razón que incremente la presión intraabdominal y que consiga superar la presión de cierre de este esfínter.

Para los recién nacidos y lactantes pequeños existen otras razones que favorecen el reflujo, por ejemplo: cuando permanecen la mayor parte del tiempo acostados o en brazos semiacostados, unido a la alimentación básicamente líquida, pues lactan de forma exclusiva al pecho en los primeros 6 meses, y es lo que condiciona mayor riesgo de vómitos y regurgitaciones. Cuando comience la alimentación complementaria con comidas más espesas y como ya pueden sentarse para ser alimentados, estos episodios son más infrecuentes.

Si se determina que los vómitos o regurgitaciones constituyen un trastorno transitorio ya evaluado por el pediatra, las madres y los padres deben tomar algunas precauciones especiales en los momentos en que los niños son alimentados.

Consejos médicos

- Alimentarlo en posición vertical.
- Cuando es lactado al pecho debe estimularse la expulsión de gases entre un pecho y otro, así como al final de la tetada.
- Si la madre tiene mucha leche es recomendable hacerle el pinzamiento al pezón para lactar, con el objetivo de regular el flujo de leche hacia la boca del bebé.
- Seguidamente, debe mantenerlo entre 30 y 45 min en posición vertical, para favorecer la evacuación gástrica.
- No mecerlo ni agitarlo después de la alimentación.
- Acostarlo hacia el lado derecho para favorecer el vaciamiento gástrico, pues el estómago anatómicamente está ubicado a la izquierda.
- Inclinar su cuna en la cabecera, aproximadamente de 10 a 15 cm, para obtener de 30 a 45° de inclinación.
- Evite el uso de alimentos o productos que alteren el vaciamiento gástrico y no recomendados por médicos.
- La falta de progreso en el peso y talla, o ambos, del niño que sufre de reflujo, resulta de imprescindible valoración por su pediatra y quizás precise de nuevas investigaciones.
- Si el trastorno supera los 6 meses de edad del niño, también debe ser consultado con su médico de familia o pediatra.



Hipo

Pablo Duperval Maletá

El hipo no es más que la contracción espasmódica o brusca del diafragma acompañado de un sonido característico. En los niños sucede durante la toma del pecho o el biberón o inmediatamente después.

Lo que ocurre en esencia es que el diafragma se contrae de forma repetida y las vibraciones de la glotis son transmitidas a las cuerdas vocales, de ahí ese sonido agudo.

Se suele desencadenar cuando el niño toma muy deprisa y traga mucho aire: el estómago se distiende o hincha, sobre todo en su parte superior (fondo gástrico o del estómago) vecino inmediato anatómicamente del diafragma, lo estimula y provoca este efecto.

Ocurre con bastante frecuencia y, por lo general, hay que esperar que transcurra haciendo pausas durante las tomas, aunque también se pueden tomar algunas medidas en su prevención o manejo.

Consejos médicos

- Cuando el niño toma el pecho debe tener dentro de su boca el pezón y parte de la areola.

- Si toma biberón, la tetera debe tener en su punta, no un hueco, sino una incisión en forma de cruz que lo obligue a succionar para tomar, lo que evita que trague aire.
- Si sufre de hipo con frecuencia, interrumpa la alimentación cada 10 o 15 min y estimúlelo a eructar.
- Si ya tiene hipo, de igual manera póngalo a lactar y estimúlelo a eructar, colocándolo en posición erecta y dándole algunas palmaditas en la espalda, de abajo hacia arriba.
- Si regurgita o buchea luego de un ataque de hipo, consulte con su pediatra.
- Si el hipo se asocia a que toma mal del pecho o el biberón, regurgita y no incrementa de peso, consulte a su pediatra.





Pujos

Pablo Duperval Maletá

Con mucha frecuencia les escuchamos a algunos lactantes pequeños, sobre todo aquellos con antecedentes de bajo peso al nacer, prematuros o que fueron sometidos a cuidados intensivos por alguna razón, emitir un sonido que comúnmente se conoce por “pujos”.

Esto puede ocurrir de forma esporádica en algunos, mientras que en otros resulta casi constante, aunque se encuentran aparentemente sanos.

Algunos padres lo atribuyen a que tengan dificultad para defecar u orinar; sin embargo, se ha demostrado que estos pujos pueden ocurrir en momentos en los que el bebé no manifiesta tales dificultades.

¿Cuál puede ser la causa de los pujos?

Existen varias teorías, y parece cierto que es consecuencia de la inmadurez de los músculos o resulta del acomodo que trata de hacer el lactante de estos, comparable con el estiramiento de nuestro cuerpo que con frecuencia hacemos y disfrutamos los adultos.

Otra de las teorías es que se debe al proceso de adaptación de su sistema digestivo. Se presenta también en niños sin los citados antecedentes, pero aún desde la etapa de recién nacidos.

Si se conoce que no resulta un signo mórbido o preocupante en un lactante con salud aparente, pues orina, defeca, toma bien sus alimentos y no tiene evidencias de enfermedad alguna para el momento de los pujos, los padres no deben preocuparse.

Consejos médicos

- Si los pujos surgen eventualmente en niños sanos y que flexionan las piernas y quizás lloren, además de expulsar pedos, es presumible que tenga cólicos. En ese caso, usted debe evaluar si solo le da el pecho, qué alimentos le ha brindado antes de este evento (*ver Alimentación*) y hacer lo recomendado para resolver el problema.
- Si su niño ingiere leche artificial, considere entonces calidad y cantidad de esta.
- Cuando exista duda del estado de salud de su niño que tiene pujos, debe consultar a su pediatra.



Control de las necesidades

Pablo Duperval Maletá

¿Cuándo conseguir que nuestro hijo controle sus esfínteres y podamos saber en qué momento quiere orinar o defecar? Esta es otra de las preocupaciones de los padres, especialmente de las madres, pues es obvio que hasta que ese momento no ocurra están a merced de chequear con frecuencia su culero, cambiarle de ropa y en consecuencia, de lavar y limpiar todo cuanto ensucia.

Puede que podamos estimular este control, pero no es sugerente exigirlo, sin lugar a dudas precisa de una maduración neuropsíquica por parte del niño.

La educación de las evacuaciones requiere de mucha paciencia, algunas madres se empeñan en enseñar a sus hijos a hacer “caquita” en el orinal, donde lo obligan a permanecer sentados largos períodos; de igual modo otras sientan continuamente a los niños en el orinal cuando observan que ha permanecido bastante rato “seco”.

Antes de los 16 meses de edad, que un niño haga sus necesidades en el orinal resulta más por casualidad que por la existencia de un hábito; no existen hasta esa edad condiciones en los niños que les permita el control sensitivo y menos todavía el motor de sus evacuaciones.

Muy cerca de los 15 meses algunos pueden dar muestra de que quieren orinar, y otros que han recibido algún entrenamiento verbal puede que digan “pipi” cuando sientan la sensación de humedad en sus piernas.

Con las deposiciones, la situación puede ser diferente, pues muchos niños, lejos todavía del control esfinteriano, muestran hacia el año de edad una periodicidad bastante exacta en el horario de sus defecaciones, lo que le permite a la madre poder recoger sus deposiciones en el orinalito; sin embargo, para entonces la permanencia en el orinal no debe ser prolongada.

Antes de conseguir su control voluntario de las defecaciones y de la micción, es necesario que el niño aprenda, por experiencia personal, la sensación que estos actos van creando en su conciencia.

Posterior a este momento, se sugiere prescindir del uso de los culeros desechables, pues además de no favorecer la educación o entrenamiento en cuanto a alertar en la necesidad de defecar u orinar, disminuye por parte de la madre el control de si está húmedo o no, y favorece en ocasiones dermatitis por el acúmulo de la urea de la orina miccionada en esa área de la piel.

Al llegar a los 2 años de edad, el niño comienza a conseguir control de micciones y deposiciones; esto ocurre siempre de manera espontánea, pero antes de este momento, y si se ha despojado al niño de los culeros, la madre ha de padecer, pues él puede orinar en cualquier lugar de la casa, tener contacto manual con sus deposiciones e incluso caminar sobre estas, con el riesgo de sufrir caídas y posibles traumas.

En consecuencia, precisa de más vigilancia por parte de la madre, quien debe tener paciencia y mantener igual relación afectiva con su hijo para hacer más fluido este proceso.

Aproximadamente a los 3 años, el niño despierta casi todos los días seco; puede que aparezca alguna micción en la noche, pero serán cada vez más esporádicas, y ya a los 4 años puede dormir con absoluta seguridad de que no han de ocurrir nuevamente.

Durante el horario diurno, el niño no solo es capaz de avisar con tiempo de sus necesidades, sino que para la micción puede no necesitar ayuda.

Para con las deposiciones puede precisar ayuda, en lo que a desnudarse y vestirse se refiere; también será necesario que su mamá

complete la limpieza de su región anal. Es posible que sus blúmers o calzoncillos aparezcan manchados con mucha frecuencia.

Al final del quinto año será capaz de hacer todas las acciones y solo requerir ayuda para abrochar o desabrochar algún que otro botón. A los 6 años puede tener una o dos defecaciones al día y puede necesitar alguna ayuda aún para limpiarse; las micciones puede llevarlas a cabo sin aviso ni ayuda de los adultos.

Entre los 6 y 9 años, los niños tienen grandes compromisos con el juego, y por no renunciar a este puede que ocurra alguna micción inesperada como accidente. Por tal razón, para este momento es preciso recordarle sus necesidades cuando se le vea apretando los muslos o con un movimiento danzario cuando esté jugando. Ya a los 9 años las funciones de evacuación suelen tener un perfecto control.

Consejos médicos

- El control de las evacuaciones (orinas o heces fecales) resulta un fenómeno espontáneo condicionado y que precisa de la experiencia del propio niño.
- No se sugiere que mantenga a su niño con culeros desechables y de *nylon* después de los 15 meses de edad; la experiencia de sentirse húmedo favorece más tempranamente el control esfinteriano.
- Tampoco es aconsejable que permanezca durante mucho rato sentado en el orinal para conseguir que defeque u orine.
- Si posterior a los 5 años persisten las micciones nocturnas, puede que su niño tenga enuresis; no se considera una enfermedad, pero es necesario una consulta con su pediatra y puede que con el psicólogo.
- Pasados los 5 años, si su niño ensucia de heces fecales su ropa interior de forma regular, puede tener un trastorno llamado encopresis; exige la evaluación inmediata por su pediatra.
- La conducta del niño para con las micciones y las defecaciones tiene una dote de espontaneidad neurofisiológica, pero otra importante de educación, sin exigencia o rigor de madres y padres.



Estornudo, tos y ronquidos

José Antonio González Valdés

Es frecuente observar a los recién nacidos y lactantes estornudar e incluso toser cuando hay aire frío, polvo en el ambiente, humos o cualquier otro irritante. La fuerza con que el aparato respiratorio expulsa el aire, por la nariz en el caso del estornudo o por la boca cuando el niño tose, permite que se eliminen las partículas de impurezas que tratan de llegar a las vías aéreas.

La tos, por lo tanto, es un poderoso mecanismo defensivo. Los niños también presentan tos cuando ocurren infecciones respiratorias, lo que ayuda a limpiar las secreciones que se encuentran en los bronquios. La tos no daña los pulmones, todo lo contrario, los defiende. Cuando un niño presenta tos frecuente o molesta, el médico debe evaluar cuál es la causa. Algunas infecciones llevan tratamiento, pero la mayoría son autolimitadas y la tos es el último síntoma que desaparece, ayudando a limpiar los pulmones.

Los niños pequeños no están preparados para respirar por la boca. Cuando la nariz se obstruye y tienen que respirar por la boca, se puede sentir un ruido, a veces un verdadero ronquido, generalmente transitorio. Si el ronquido es permanente o intenso, el niño debe ser evaluado.

Consejos médicos

- La tos no produce inflamación ni daña los pulmones, no es necesario administrarle medicamentos para calmar la tos. Si la tos aparece súbitamente, es frecuente o muy molesta, el médico debe examinar a su niño.
- Simples medidas como ofrecerle agua, cambiarlo de posición o sacarlo a un lugar más ventilado, ponerle un pañuelo o un pañito tibio en el cuello, le calman generalmente la tos seca que aparece en las infecciones respiratorias.
- No se debe fumar en la casa, aunque el niño no esté presente. El humo persiste alrededor de 6 h en la habitación donde se fumó y se impregna además en la ropa del fumador. Con el contacto con el oxígeno del ambiente continúa la liberación de gases irritantes.
- El humo del cigarro contiene muchas sustancias irritantes para el aparato respiratorio de los niños, por lo que aparecen con más frecuencia otitis, bronquitis y neumonías.
- Los niños imitan las conductas de sus padres, que son sus modelos, evite darles malos ejemplos fumando en su presencia.



PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN



Chupete (tete)

Pablo Duperval Maletá

El uso del chupete o tete se remonta a mucho tiempo atrás y con el paso de los años sus características han variado. Se dice que en sus orígenes se usaba una muñequita empapada en agua azucarada, obviamente desde entonces tenía un objetivo principal, tranquilizar o consolar al niño.

Ha formado parte entonces de la canastilla de muchos bebés o el regalo de familiares y amigos, ya que cada vez son más atractivos y aparentemente “seguros”, al traer cintas y hasta cadenas que lo soportan.

Al preguntarle a las madres y padres, aun en la maternidad y con su niño de pocas horas de nacido, ¿por qué el chupete?, todas las respuestas se parecen a:

- Para no oírlo llorar.
- Porque tiene hambre y no tengo leche.
- Para tranquilizarlo.
- Para que no se chupe el dedo.

Pero las actitudes de los niños para con el chupete también son diferentes y se pueden encontrar algunas como:

- Chupa con avidez el tete.

- Le provoca náuseas.
- Se tranquiliza.
- Escupe el chupete y sigue llorando.
- Prefiere succionar el dedo o la lengua.
- Rechaza luego el pecho.

Los médicos sugieren, de manera excepcional, dentro de la maternidad, el uso del chupete en algunos niños con trastornos importantes en la succión, especialmente aquellos que han tenido algunas alteraciones perinatales que pueden haberle dejado este trastorno como secuela, o aquellos niños prematuros que, transcurridas las 34 semanas de edad corregidas o biológicas, no evidencian una succión de calidad, cosa imprescindible para ponerlo en el pecho materno.

Las razones a las que acuden los padres para su uso no siempre se justifican. Cuando un niño llora hay que tratar de definir su causa (*ver Llanto*), nunca tratar de taponarle la boca para que lo deje de hacer.

El llanto por hambre es más fácil de definir; aun en la etapa de calostro (3 primeros días), la madre ha de utilizar recursos como, no solo de ponerlo al pecho con frecuencia, sino también mimarlo para que se tranquilice (*ver Alimentación*). La succión del dedo o de la lengua resulta de preferencia para algunos, y el uso del chupete no lo sustituiría.

La práctica diaria convence de que hay niños muy irritables e intranquilos que reclaman una especial actitud de los padres hacia ellos, mientras que existen otros muy tranquilos que no necesitan de mimos ni de chupetes para consolarse.

Puede que estas actitudes tengan algo de causas genéticas, pero tienen mucho más que ver con la manera en que la madre, por razones de ella o de su entorno social, ha asumido el embarazo, el parto y la vida actual junto a su bebé.

El uso del chupete habitualmente o por períodos prolongados, crea hábitos en el niño que podrían perjudicar la lactancia materna, causar alteraciones en la deglución y en la fonación, originar un mal posicionamiento dentario, desviar el crecimiento de los maxilares y provocar perjuicios emocionales.

Se ha comprobado que el niño que succiona constantemente el chupete, por esa presión negativa que hace todo el tiempo, consigue llevar secreciones orales (de la boca) a la nasofaringe (parte posterior de la nariz), lo que puede llevar infecciones al acceder al oído medio.

Consejos médicos

- No se recomienda el uso del chupete para conseguir tranquilizar al bebé, es mejor buscar la causa de la intranquilidad y suprimirla.
- Evite su uso, pues predispone al niño a sufrir de otitis media aguda.
- Si su niño muestra desagrado por el chupete, no se lo imponga.
- Si decide de cualquier modo usarlo, protéjalo de suciedades y vectores (moscas), también esterilícelo y cámbielo con frecuencia, pues este último proceso lo deteriora y deforma.
- No lo sujete con cintas o cadenas al cuello de su hijo, por el riesgo de asfixia, es mejor que quede suelto o con cadena plástica prendido a la ropa.
- Después de los 6 meses de edad, la necesidad de succión como fuente de placer disminuye y su niño debe satisfacerse entonces con otras formas de estímulo, por lo que es esencial que restrinja el uso del chupete.
- Una vez cumplido el año, si le ofrece el chupete, debe ser solo en el momento de dormir.
- El chupete debe permanecer en la cuna para evitar los abusos en su utilización y los riesgos de contaminación que aumentan cuando su niño comienza a gatear con él colgado en el cuello o en la ropa.
- Debe usarlo lo menos posible y solo antes de cumplir los 2 años para evitar deformidades de la boca y los dientes.
- Puede conspirar con la preferencia del bebé por el pecho materno, pues sin lugar a dudas difieren en consistencia.



Desarrollo psicomotor

*Pablo Duperval Maletá
Dayanis González Vega*

Desde el nacimiento, las madres y los padres se interesan por lo que su niño hace o deja de hacer y lo comparan con otros niños en cada momento.

El avance del desarrollo psicomotor del niño, de una manera coherente, depende de muchos aspectos y no todos implícitos en ellos, pues precisan también, en gran medida, de ser estimulados por los padres. Además, es preciso un juicio cronológico justo, pues estos resultados necesitan de una edad biológica acorde, lo que significa que se hace necesario considerar la fecha en cuestión a partir de las 40 semanas de gestación (fecha probable de parto calculada por los obstetras a partir de la captación del embarazo), momento en el cual debe haber ocurrido el nacimiento del niño.

Puede ser un ejemplo aquel bebé que por alguna razón nace a las 32 semanas de gestación y, por consiguiente, es un prematuro. Transcurridos 2 meses de su nacimiento (8 semanas), este no tendría 2 meses en su madurez biológica, sino 40 semanas de edad biológica o corregida, y es a partir de este momento que se comenzaría a contar su edad a los efectos de una evaluación más objetiva de su neurodesarrollo, y en consecuencia, su desarrollo psicomotor.

Aunque la influencia genética de sus progenitores, el contexto social donde ha de vivir el niño y la estimulación de los padres puede hacer mucho para acelerar este desarrollo, se ha de considerar este importante aspecto para conseguir una evaluación lo más real posible.

Se hace necesario que las madres y los padres estimulen el desarrollo psicomotor, nunca forzarlo ni limitarlo. Es preciso que estén a la expectativa de su evolución y cuando no signifique progreso, encomendarse a la ayuda del pediatra.

Desarrollo psicomotor y consejos para la estimulación temprana

En las tablas 8-15, se señalan, en los aspectos fundamentales, los progresos que deben tener los niños desde el primer mes de edad y hasta los 5 años. Seguidamente, qué han de hacer los padres para estimular esas respuestas.

Tabla 8. Desarrollo psicomotor (1 a 3 meses)

Indicadores	Edad	Desarrollo psicomotor
Motricidad	1 mes	Acostado boca arriba: brazos y piernas están semiflexionados Acostado boca abajo: las rodillas ya no están bajo el vientre. Los glúteos levantados. Puede hacer movimientos de “reptar”. Puede levantar la cabeza unos segundos La cabeza aún se cae hacia atrás: cuando, tirando de sus brazos, se le lleva a posición “sentada”. La espalda está curva, es blanda Las manos suelen estar cerradas: con el pulgar por dentro de los demás dedos. Cuando se toca con un objeto la palma de la mano, la cierra (reflejo de prensión) Responde con una sonrisa a diversos estímulos: tocarle, acariciarle, hablarle Cuando está despierto, se muestra interesado por lo que ve y oye. Vuelve la cabeza hacia la voz
	2 meses	Acostado boca arriba: brazos y piernas tienden a estar flexionados, pero con más movimiento que antes

Tabla 8 (continuación)

Indicadores	Edad	Desarrollo psicomotor
		<p>Acostado boca abajo: se apoya sobre los brazos y levanta la cabeza unos segundos</p> <p>Tirando de sus brazos hasta ponerle “sentado”: la cabeza cuelga hacia atrás y al llegar a los 90°, la mantiene unos instantes</p> <p>Manos: a menudo están abiertas</p>
	3 meses	<p>Acostado boca arriba: se mira las manos. Las rodillas aún están algo dobladas, pero apoya los talones en la cama</p> <p>Acostado boca abajo: se apoya sobre los antebrazos y levanta la cabeza 45-90°. Tiene los muslos estirados</p> <p>Sosteniéndole “sentado”: la espalda está más recta. Al ponerle algo en la mano, lo coge (prensi3n involuntaria). Esto le permite sostener un sonajero y agitarlo</p> <p>Tiene a menudo abiertas las manos</p> <p>Se coge las manos y las mira</p> <p>Tira de la ropa</p>
Visi3n	1 mes	Puede fijar la mirada en la cara. Puede seguir un objeto grande que se desplace en un ángulo de 90°
	2 meses	Sigue el movimiento de objetos grandes y de personas hasta 180°
	3 meses	Sigue bien objetos con la mirada, pero no acierta a cogerlos con las manos Su campo visual se desarrolla y alcanza a ver personas y objetos que est3n m3s lejos
Lenguaje	1 mes	Llanto especial de “hambre”
	2 meses	Vocaliza: dice “aaa”, “eee”, “uuu”...
	3 meses	Típico balbuceo espont3neo que suena “a-goo”. Empieza a imitar algunos sonidos Cuando est3 despierto, se muestra interesado por lo que ve y oye. Vuelve la cabeza hacia la voz

Indicadores	Edad	Desarrollo psicomotor
Relación social	1 mes	Responde con una sonrisa a diversos estímulos: tocarle, acariciarle, hablarle
	2 meses	Sonrisa “social” cuando se le habla de frente. Reconoce a su madre Reacciona al ver el pecho o el biberón
	3 meses	Es capaz de estar tranquilo solo. Muy atento a su alrededor Es más fácil de consolar que en los meses anteriores Mira cuando alguien le habla. Se vuelve hacia los sonidos Reconoce a los adultos más familiares Al ver un juguete o una persona conocida o el pecho, mueve activa y alegremente los brazos y piernas. Algunos se comportan de forma distinta con el padre y con la madre: movimientos más lentos hacia la madre. Con el padre: ojos muy abiertos, esperando juego Empieza a despertarse con ruidos cercanos. Antes de esta edad duerme por lo general, aunque haya ruidos a su alrededor También gira la cabeza hacia el lugar de donde procede el sonido

Estimulación temprana (hasta los 3 meses)

¿Qué hacer para estimular el desarrollo de habilidades?

- Acueste a su niño boca arriba, párese de frente a él y hablele o muéstrelle un objeto que suene o tenga vivos colores, muévase hacia los lados para que la siga con la mirada, lo que favorece la rotación de la cabeza.
- Ponga en sus manos objetos que pueda agarrar: aro, maruga, cajita, etc., que estén limpios y no sean peligrosos.
- Sonría y hablele estando frente a él y a corta distancia de su rostro.
- Hablele con voz suave, y repita varias veces lo que le dice; acompañe las vocalizaciones con gestos exagerados para llamar su atención.

– Cántele y arrúllelo siempre con la cara frente a él. Esto debe hacerlo varias veces al día.

El bebé, como respuesta, fija la mirada en la madre y reduce los movimientos de brazos y piernas por un corto espacio de tiempo, hasta que rompe el contacto visual y su mirada se hace vaga o vira la cara hacia un lado, como una forma de descansar.

Estas actividades son fuente de placer y precursoras del juego, que a la vez es fuente de aprendizaje.

Tabla 9. Desarrollo psicomotor (4 a 6 meses)

Indicadores	Edad	Desarrollo psicomotor
Motricidad	4 meses	<p>Acostado boca arriba: las rodillas siguen algo flexionadas, pero ya apoya toda la planta de los pies. Cruza las piernas y las sube. Puede girarse hacia arriba (sin darse la vuelta del todo)</p> <p>Acostado boca abajo: se apoya sobre los antebrazos y puede levantar la cabeza y la parte superior del tronco. “Empuja” brazos y piernas contra la cama. Se gira (sin llegar a darse vuelta del todo)</p> <p>Sujetándolo por los brazos para llevarle a la posición “sentada”: la cabeza sigue bien al tronco. Ya no se cae hacia atrás.</p> <p>Intenta coger objetos, aunque aún no acierta</p> <p>Sostiene el sonajero por más tiempo. Lo agita activamente. Se lleva cosas a la boca. Se tira de la ropa</p> <p>Se quita la ropa que le cubre la cara</p>
	5 meses	<p>Acostado boca arriba: pedalea con los pies</p> <p>Acostado boca abajo: se apoya en los antebrazos y/o manos y levanta el tronco casi del todo. Esto hace que doble la cintura hacia atrás. Sin embargo, no puede soltar las manos para coger o jugar con un objeto. Puede darse la vuelta y ponerse boca arriba</p> <p>Sujetándolo de los brazos para ponerle sentado: participa activamente en el movimiento</p>

Tabla 9 (continuación)

Indicadores	Edad	Desarrollo psicomotor
		Al tomarlo por las axilas y ponerlo “de pie”: apoya los pies y hace fuerza con ellos contra la mesa. La mayor parte de las veces con las piernas cruzadas Coge objetos voluntariamente. Cambia objetos de una mano a otra
	6 meses	Acostado boca arriba: levanta la cabeza y los hombros de la cama. Se coge los pies Acostado boca abajo: se apoya sobre las manos. Ya puede jugar (soltando una mano). Puede darse la vuelta De pie, sujetándole por las axilas: se apoya sobre los pies, sin cruzar las piernas y “salta”. Puede mantenerse sentado sin apoyo unos segundos. Mantiene dos objetos (uno en cada mano). Se lleva todos los objetos a la boca. Le gusta arrugar papeles
Visión	4 meses	Parecida a la visión del adulto Le gusta estar sentado y girar la cabeza para mirar las cosas de su alrededor
	6 meses	Si se esconde un objeto, aún no lo busca
Lenguaje	4 meses	Vocalizaciones, balbuceos “a-guu”
	5 meses	Balbuceo imitativo Pedorretas
	6 meses	Balbuceos. Emite sonidos espontáneamente y también imitando Responde a su nombre girando la cabeza
Relación social	4 meses	Ante el espejo sonríe a su imagen (pero aún no se reconoce)

Tabla 9 (continuación)

Indicadores	Edad	Desarrollo psicomotor
		Muestra interés ante el pecho o el biberón, las personas y los juguetes
	5 meses	Muestra sentimientos positivos hacia quienes le cuidan habitualmente. Sonríe cuando le hablan. Cuando se enfada, lo demuestra con distintas vocalizaciones y movimientos activos de brazos y piernas Reacciona de forma diferente ante los extraños, pero aún no “extraña” (no llora en exceso) Comienza a jugar pateando, dando gritos
	6 meses	Tiende los brazos a las personas conocidas Trata de llamar la atención de las personas mediante la tos o algún sonido Busca el origen de los sonidos

Estimulación temprana (hasta los 6 meses)

¿Qué hacer para estimular el desarrollo de habilidades?

- Acostado boca arriba tómelo de las manos o haga que agarre sus dedos con sus dos manos y tire de él hasta sentarlo. Al final del quinto mes podrá permanecer sentado con apoyo, con la cabeza erecta, por un breve período.
- Siéntelo, con o sin sostén, según sea capaz el niño, y coloque objetos a su alcance como pueden ser cucharas plásticas, marugas, dados de madera o plásticos, cajitas, etc., para que practique la coordinación de la vista con las manos. Cambie el objeto cuando no le llame la atención.
- Coloque la maruga en sus manos y agítesela para que suene, luego intente que él solo repita el movimiento.
- Juegue al caballito. Siéntelo en sus piernas y brínquelo. Cuando usted se detenga el bebé se agitará para provocar que salte de nuevo. Hágale los sonidos al trote y al galope.
- Repita los sonidos que él emite espontáneamente. Usted debe imitarlo a él, para que el niño repita estos sonidos conocidos

primero, y más tarde lo hará con sonidos nuevos. Así aprenderá a hablar y a hacer muchas cosas imitando a las personas que están a su alrededor

- Cárguelo, acarícielo, muévalo, sonríale y ría con él, son estímulos muy necesarios para su desarrollo, seguridad y confianza en sí mismo para toda la vida, y que se establece desde los primeros meses de la vida.

Tabla 10. Desarrollo psicomotor (7 a 9 meses)

Indicadores	Edad	Desarrollo psicomotor
Motricidad	7 meses	Acostado boca arriba: se agarra los pies y se chupa el dedo gordo. Se da la vuelta Acostado boca abajo: gira con facilidad hasta ponerse boca arriba Sentado sin apoyo: extiende las manos hacia adelante para apoyarse (reflejo de “paracaídas”). Se inclina para coger objetos Sosteniéndole de pie por las axilas: salta activamente. Cambia un objeto de mano Coge los objetos con toda la mano en posición llamada “de pinza inferior”, o sea, entre el pulgar y el meñique Suelta voluntariamente los objetos
	8 meses	Se puede sentar solo Se mantiene sentado sin apoyo. Gira bien sobre el cuerpo Se pone solo “a gatas”. Juega a tirar objetos cuando tiene un objeto en cada mano y le ofrecen
	9 meses	Postura del cuerpo y movimientos que puede hacer: empieza a gatear. Algunos gatean hacia atrás. Otros se arrastran sobre la nalga y el muslo Aprende a ponerse de pie apoyándose en los muebles. Se mantiene de pie unos instantes y se cae Coge objetos entre el dedo índice y la base del pulgar. Tiende objetos a sus padres

Tabla 10 (continuación)

Indicadores	Edad	Desarrollo psicomotor
		Juega a golpear objetos de forma brusca y sonora. Los tira al suelo Busca un objeto que se ha escondido
Visión	7 meses	Se reconoce en el espejo
Lenguaje	7 meses	Sílabas sueltas: “ta”, “pa”, “ga”, “ca”, “ma”
	8 meses	Repite monosílabos: “ma-ma”, “da-da”, “pa-pa” Grita
	9 meses	Imita los sonidos que le dicen Utiliza la voz para llamar la atención, en vez de usar el llanto
Relación social	7 meses	Se altera si le dejan solo Se adelanta a que lo aúpen (echa los brazos) Reacciona cuando oye su nombre
	8 meses	Reacción de extrañeza (llanto cuando pierde de vista a la madre o si se le acerca alguna persona no familiar, lo que se conoce como miedo al extraño; sin embargo, no muestra miedo si el extraño es otro niño). Llora enérgicamente en las visitas al médico Juega a esconderse Reacciona cuando oye su nombre
	9 meses	Inicia juegos Indica con las manos que desea un juguete o que le cojan Responde a señales de otra persona. Se resiste a que le quiten un juguete
Audición	9 meses	Gira la cabeza en dirección a la voz aunque se le hable en voz baja

Estimulación temprana (hasta los 9 meses)

¿Qué hacer para estimular el desarrollo de habilidades?

- No espere que el niño lllore para atenderlo, juegue con él, pues ahora es más sociable.
- Haga juegos de práctica social como el cucu-tras, se esconde y reaparece, enséñele a decir adiós, azótate la mocita, tortica, aplaudir, etc.
- Si hace algo que usted desea que repita o que es un logro, estímúlelo, sonriéndole, hablándole, besándole o si, por el contrario, quiere que desaparezca una conducta indeseable, ignórela o cambie a otro estímulo. El regaño no tiene efecto favorable y aumenta la frecuencia de lo que desea evitar.
- Cada vez que se dirija a él dígame su nombre y no de forma impersonal.
- Póngalo frente a un espejo y repítale su nombre.
- Consiga que otros niños de su edad jueguen con él: imitará y sentirá agrado.
- Si se asusta frente a un extraño manténgalo en sus brazos, háblele suavemente y no lo obligue a aceptarlo, es respuesta normal, pues en algunos niños el proceso de familiarización resulta más prolongado.

Tabla 11. Desarrollo psicomotor (10 a 12 meses)

Indicadores	Edad	Desarrollo psicomotor
Motricidad	10 meses	Gatea apoyándose en manos y rodillas Se pone de pie solo, apoyándose en los muebles Bebe solo en vaso o taza Pinza superior fina: coge objetos con la punta del índice y del pulgar Sabe meter y sacar objetos de una caja
	11 meses	Gatea Anda como un oso, apoyándose en manos y pies. A veces anda solo, apoyándose en los muebles. Puede caminar si un adulto le coge por las dos manos

Tabla 11 (continuación)

Indicadores	Edad	Desarrollo psicomotor
		Apunta con el dedo índice Mete los dedos en orificios y hendiduras Lanza una pelota a un adulto. Mete objetos en una caja Coge la cuchara por el mango. Aplauda Camina cogido de una sola mano
	12 meses	Probablemente andará solo entre los 13 o 15 meses. Se puede agachar a coger un objeto Le gusta meter y sacar objetos de una caja Con la pinza de índice y pulgar, le gusta meter pequeños objetos de uno en uno Puede encajar objetos, si se le hace una demostración antes Se quita los calcetines
Lenguaje	10 meses	Dice las primeras palabras Entiende palabras simples como “adiós”, “a dormir”, “dame”, “toma”
	11 meses	Dice “mamá” y “papá” con sentido “Entiende” conceptos algo abstractos como los números 1 y 2, o “arriba” y “abajo”
	12 meses	Utiliza una sola palabra para indicar toda una frase con sentido. Ejemplos: “calle” (por “vamos a la calle”), “Petas” (por “quiero más galletas”) Entiende palabras como “no”, “párate”, “se han ido”
Relación social	10 meses	Juega a hacer “palmitas”
	11 meses	Enseña un objeto y se lo ofrece a un adulto Alarga el pie o la mano cuando se le viste Se tapa la cara para jugar a “cu-cú, tras-trás”

Tabla 11 (continuación)

Indicadores	Edad	Desarrollo psicomotor
	12 meses	Es capaz de jugar imitando (juego “en paralelo”). Ejemplo: abrazar a un osito, ... Obedece órdenes sencillas: “dame”, “coge”, ... Le gustan los juegos de repetición Pone interés cuando se le enseñan los dibujos de un libro Puede dar un beso cuando se le pide

Estimulación temprana (hasta 1 año de edad)

¿Qué hacer para estimular el desarrollo de habilidades?

- Demuestra un marcado interés del sentido del tacto y de la vista, quiere verlo todo en mayor detalle y tocarlo y le agrada tener personas a su alrededor, por lo que siempre que no resulte peligroso déle la posibilidad de tal experiencia poniendo esos objetos a su alcance o muy cerca de él.
- Descubre que con los sonidos del balbuceo puede establecer contacto con los demás y los usa como juego. Esto lo prepara para el aprendizaje y la comprensión del lenguaje. En consecuencia, mamá debe estimular los intercambios vocales con su niño, debe corresponderle a su llamado de atención.
- Aún puede mostrarse tímido con los extraños, como en la etapa anterior, muéstrele confianza en tal momento.
- Póngalo frente al espejo, sonreirá ante su propia imagen.
- Es capaz de tomar una bolita pequeña con los dedos en forma de pinza, ayúdelo a practicarlo para que lo perfeccione.
- Ayúdelo a perfeccionar los actos intencionales con un fin determinado. Ante un aro atado a un cordelito, será capaz de tomarlo y halarlo por la mesa.
- Permítale gatear, aunque ya es capaz de pararse agarrado a la baranda de su camita o corralito.
- Permítale sentarse solo, verá que se mantiene sentado.
- Llámelo por su nombre, no por apodos o diminutivos, verá que atiende y dice una o dos palabras con sentido.

- Háblele y verá que muestra interés por las palabras, las repite e imita; es capaz de cumplir órdenes sencillas como dame y toma.
- Dígale adiós y enséñelo a hacer las torticas, etc.
- Su niño ya es capaz de mostrar sentimientos como miedo, celos, ansiedad, o simpatía.
- Estimúlelo mediante los sonidos, el lenguaje y la comunicación.
- Estimúle su lenguaje, hablándole despacio y con claridad para que imite sonidos nuevos que no había pronunciado antes.
- Los estímulos visuales, como juguetes de colores brillantes, son muy importantes.
- Muéstrele su afecto, que es indispensable en todas las edades, y ya se extiende a otras personas de su medio.
- Los juegos son funcionales, de movimiento, por ejemplo, movimientos del cuerpo y la cabeza, sacar la lengua, gatear, andar de puntillas, subir escalones, agarrar, dar golpes, llevar y traer objetos, jugar con agua o arena, arrastrar un juguete, etc.
- Facilítele al niño las oportunidades de adquirir estas experiencias con objetos del medio que le rodea.

Tabla 12. Desarrollo psicomotor (1 a 2 años)

Indicadores	Edad	Desarrollo psicomotor
Motricidad	15 meses	Anda solo, sin ayuda, pero se cae mucho Sube escaleras gateando Se arrodilla sin ayuda Se pone de pie sin ayuda Le gusta tirar objetos. Lanza un balón Hace torres con 2 cubos Coge un lápiz y hace trazos Coge bien la cuchara, pero se la mete en la boca al revés. Insiste en comer solo Bebe solo en vaso Pasa páginas (varias a la vez)
	18 meses	Sube y baja escaleras de la mano de un adulto o solo, apoyándose en el pasamanos Se agacha para coger un objeto del suelo

Tabla 12 (continuación)

Indicadores	Edad	Desarrollo psicomotor
		Puede tirar de un objeto mientras anda Corre con los pies separados y los brazos abiertos para mantener mejor el equilibrio, pero aún así, se cae mucho Para sentarse en una silla, trepa a ella de rodillas, se da la vuelta y se sienta Hace torres con 3 cubos Come con tenedor
	24 meses	Sube y baja escaleras solo Salta sobre los dos pies. Baila Trepas Come solo sin ensuciar (casi) (esto depende de que se le haya permitido intentarlo antes, aunque ensuciará) Hace garabatos con el lápiz Se pone piezas de ropa Se lava las manos y se las seca solo
Lenguaje	15 meses	Pide de comer o beber con sonidos o palabras Dice “hola” Pide los objetos señalándolos con el dedo
	18 meses	Usa 5 palabras o más como nombres de cosas Una “palabra” suya puede tener varios significados Ejemplos: “Papo” = ponerse guapo, peinarse o también, zapato Conoce (y señala) partes del cuerpo
	24 meses	Dice varias palabras (unas 20 o más) A esta edad puede haber grandes diferencias: algunos niños tienen un vocabulario mucho más amplio, de más de 200 palabras. En general las niñas hablan más pronto, pero no es una regla fija. De todas formas, aunque el niño no las diga, conoce y entiende muchas palabras más. Articula frases complejas que incluyen sujeto y verbo

Tabla 12 (continuación)

Indicadores	Edad	Desarrollo psicomotor
Relación social	15 meses	Le fascina ver a otros niños y puede jugar con ellos Da besos Comienza el negativismo. Tiene rabietas
	18 meses	A veces dice “no” cuando se le impide hacer algo Quiere un osito de peluche, un muñeco o una mantita para irse a la cama
	24 meses	Muestra simpatías hacia otros niños e intenta consolarlos Responde cuando se le corrige. Interrumpe lo que está haciendo Imita juegos
Esfínteres	18 meses	Algunos bebés avisan después de orinar o defecar Es el primer paso para lograr el control de los esfínteres
	24 meses	La mayoría de los niños a esta edad solo avisa cuando ya ha defecado u orinado. Algunos avisan antes de hacerlo Suelen aprender antes las niñas que los niños. Se suelen controlar antes las heces que la orina El control de la orina durante la noche se logra más tarde

Estimulación temprana (hasta 18 meses)

¿Qué hacer para estimular el desarrollo de habilidades?

- Facilítele espacios donde consiga caminar solo, sin ayuda, lo que le permitirá más independencia.
- Debe tener cuidado con las caídas, pues puede sentarse solo en una silla o subirse en la de los adultos.

- Entrénelo en subir escaleras sin ayuda, así fortalece sus piernas.
- Déle juguetes que pueda arrastrar o halar con un cordel.
- Juegue con él a tirar pelotas u otros objetos.
- Permítale participar de su comida dándole una cuchara.
- Entrénelo para que controle la orina y la defecación cuando esté despierto.
- Déle órdenes sencillas.
- Facilítele un pomo plástico de boca ancha o una cajita para introducir o sacar bolitas que pueda agarrar muy bien entre sus dedos en pinza, entre los dedos índice y pulgar, así practica el agarrar y soltar.
- Hágle torres de 3 daditos de madera, así lo imita y los une y luego los destruye.
- En un libro, déle la oportunidad de volver las hojas.
- Enséñele las partes del cuerpo.
- Muéstrelle cómo decir adiós o despedirse.
- Muéstrelle libros con láminas de animales o cosas de la vida diaria para mejorar su lenguaje. Descríbale todo cuanto ve.
- Facilítele el juego con otros niños y varios juguetes.
- Háblele mucho con la cara frente a él.
- Los niños de estas edades no deben ver televisor, es más estimulante el lenguaje que le brinda el adulto u otros niños para aprender a hablar.
- Llévelo a parques, zoológicos, paseos, actividades donde consiga relacionarse con otros niños o adultos.
- Demuéstrele afecto con halagos, abrazos, risas, etc.

Estimulación temprana (hasta los 2 años)

¿Qué hacer para estimular el desarrollo de habilidades?

- Estimule el desarrollo de su lenguaje hablando todo lo que hace con él; a la hora de comer, nómbrle los utensilios y los alimentos, cuando se baña y viste, cuando pasea, etc.
- Fomente la independencia para lograr que el niño pueda hacer las cosas por sí mismo, el uso de los cubiertos y el vaso, comunicarse con familiares y con extraños.
- En esta etapa de autonomía tenga precauciones por el riesgo de accidentes.

- Entrénelo en el control del esfínter vesical y anal, enseñándole dónde orinar o hacer “caca”, llevándolo al baño o sillita cuando se esté tocando los genitales o alguna actitud que presuponga el deseo de hacerlo. También resulta útil crearle el hábito de un horario en la mañana para defecar, sin presionarlo.
- Debe aprender a señalar con el dedo las cosas a su alrededor.
- No lo presione para que coma, pues transcurre por la etapa de anorexia fisiológica donde come menos, también crece menos, pero resulta más activo y curioso, por lo que se distrae durante la comida.
- Debe tomar la leche solo y en vaso, comer solo todo tipo de alimentos.

Tabla 13. Desarrollo psicomotor (2 a 3 años)

Indicadores	Desarrollo psicomotor
Motricidad	<p>Debe subir escaleras agarrado de la mano</p> <p>Identifica las partes de su cuerpo previo entrenamiento, en sí mismo, en un muñeco o en quien le acompaña en ese momento</p> <p>Corre de prisa, puede hacerlo por una pendiente empinada o un terreno accidentado, baila</p> <p>Se agacha para recoger cosas</p> <p>Pedalea en el triciclo</p> <p>Hojea las páginas de un libro</p> <p>Dibuja garabatos</p> <p>Construye torres de 6 a 8 cubos</p> <p>Cuando se le viste, ayuda, extiende los brazos o las piernas</p> <p>Salta con los dos pies</p> <p>Se pone solo los zapatos, un pantalón o una chaqueta</p>
Relación social	<p>Comportamiento de rebeldía e independencia frente al medio</p> <p>Gusta de los juegos en compañía</p> <p>Le gusta escuchar cuentos</p> <p>Conoce las partes de su cuerpo y las prendas de vestir</p> <p>Se comienza a interesar por los niños de su edad</p>

Tabla 13 (continuación)

Indicadores	Desarrollo psicomotor
Lenguaje	Descubre su sexo y las actitudes y juegos se hacen diferentes Todavía se opone a los padres, pero con menos intensidad Construye frases alrededor de un verbo Su lenguaje sigue siendo infantil Todavía se designa por su nombre sin decir “yo” Utiliza al hablar los artículos, la negación y los adverbios El constante NO de los adultos comienza a ser imitado por los niños.

Estimulación temprana (2 a 3 años)

¿Qué hacer para estimular el desarrollo de habilidades?

- Haga que la imite, caminando en la punta de los pies y desenvolviendo un caramelo.
- Debe tener su propia silla o silloncito, puede ser también un caballito para que se balancee.
- Facilítele dados de madera o plásticos para que construya torres de 4 o 5 o puentes que usted debe enseñarle a hacer.
- Ofrézcale libros o revistas para que trate de pasar la página.
- Juegue a la pelota con él y pídale que se la devuelva.
- Durante el juego, déle órdenes diversas y ayúdele a cumplirlas orientándolas con las manos. Ej. Ven acá, tráeme esa revista o libro, etc.
- Utilice en el juego recursos para mostrarle qué está arriba, abajo, afuera, delante y detrás.
- Enséñele lo opuesto de abierto y cerrado.
- Nómbrele durante el juego y en otros momentos oportunos los objetos de la vida diaria, puede ser en la lámina de un libro, cuando sale de paseo, en la calle, etc.
- Cuando diga o repita una palabra nueva estímulelo con sonrisas y halagos para que lo vuelva a hacer.
- Enséñele el nombre de los alimentos que ingiere, las prendas de vestir que usa u otros objetos en uso en la vida diaria. Es buena oportunidad para combinar nombres y adjetivos unidos a verbos.

- El niño no debe ver televisor, y de hacerlo, debe ser en compañía de un adulto, por breve tiempo y para mostrarle algo que le ha de enseñar también.

Tabla 14. Desarrollo psicomotor (3 a 4 años)

Indicadores	Desarrollo psicomotor
Motricidad	<p>Tiene movimientos finos más desarrollados, pero limitados, todavía no puede hacer un círculo, solo garabatea</p> <p>Puede subir escaleras alternando los pies y es capaz de saltar de un escalón al piso con los dos pies, así como pedalear en un velocípedo o pararse en un solo pie</p> <p>Se mantiene en equilibrio en un solo pie</p> <p>Abre, cruza y cierra la puerta sin ayuda</p> <p>Empieza a vestirse solo utilizando, en ocasiones, los botones</p> <p>Se pone solo los zapatos y desata los cordones</p> <p>Construye torre de ocho a nueve cubos</p>
Relación social	<p>Es afectivo, lo expresa y quiere agradar a las personas, aunque a veces se muestra celoso con papá o con los hermanos por el cariño de mamá</p> <p>Puede haber miedos que son pasajeros a insectos, al agua en la playa, etc., y no se le debe obligar a que los toque o entre al agua porque puede provocarle una crisis</p> <p>Aparecen de forma clara las bases de la identidad sexual, con voz, gestos, modo de caminar, de correr e intereses de juegos propios de cada sexo, para lo cual es fundamental la imitación de los modelos que tiene en el hogar, papá y mamá</p> <p>El juego consolida lo que aprendió por imitación, aparecen los típicos de la infancia, representándolo en las labores de los adultos: la casita, los soldados, etc.</p> <p>Le gusta jugar con otros niños</p> <p>Conoce los colores</p> <p>Sabe qué es un niño o una niña</p> <p>Comienza a asimilar el concepto de muerte, primero piensa que es un fenómeno reversible, para luego comprender que la ausencia es definitiva</p>
Lenguaje	<p>El lenguaje ha continuado su desarrollo y ya puede clasificar, agrupar o separar objetos</p>

Tabla 14 (continuación)

Indicadores	Desarrollo psicomotor
	Pregunta ¿Qué es esto? Y usted debe responderle para clasificar por grupos Habla mucho más, hace oraciones largas empleando todas las partes que la contienen, artículos, verbos, adjetivos, etc. Habla solo consigo mismo mientras juega con la imaginación Responde a preguntas ¿Dónde estás?, y ¿Por qué? Sabe contar hasta 3, 5 o 7

Estimulación temprana (3 a 4 años)

¿Qué hacer para estimular el desarrollo de habilidades?

- Facilítele cubos de madera para que pueda construir torres, puentes, etc. (de 4 o más cubos).
- Estimule la orientación y localización de los objetos en arriba, abajo, dentro, fuera, grande o pequeño.
- Dígale el nombre de objetos de uso cotidiano y luego pregúntele cómo se llama.
- Enséñele a identificar los diferentes sonidos que oye, timbre, claxon de autos, teléfonos, etc.
- Debe enseñarle su nombre completo y su edad.
- Haga que cumpla órdenes combinadas, por ejemplo, guarda los juguetes, ven acá con el periódico.
- Estimule el uso de pronombres, mi, mío, tuyo, etc.
- Enséñele a orientar un objeto o juguete, dentro, encima, debajo, detrás, delante, abajo, etc. Puede utilizar para esto un juguete y una caja. Explore lo enseñado.
- Construya torres con dados de madera o cubos plásticos de 5, 6 o más, con la participación de su niño, para que consiga hacerlo después.

Tabla 15. Desarrollo psicomotor (4 a 5 años)

Indicadores	Desarrollo psicomotor
Motricidad	<p>Puede construir torres de 10 a 12 cubos, porque tiene mejor control muscular</p> <p>Puede contar hasta 10</p> <p>Puede comer solo sentado a la mesa con las demás personas y usar bien la cuchara y el tenedor, así como cepillarse los dientes después de comer</p> <p>Dibuja la figura humana, aunque aún incompleta, y también logra el cuadrado y el rectángulo</p>
Relación social	<p>Necesita atención, elogios verbales, sonrisas de aprobación cuando ha tenido una conducta satisfactoria y caricias para dar y recibir</p> <p>Aparecen los ¿por qué? Se interesa por la causa de las cosas que ocurren y llaman su atención</p> <p>Gusta de colorear, recortar, pegar y dibujar, en compañía o solo, y le agrada que elogien lo que hace</p>
Lenguaje	<p>Alcanza una notable madurez, con lo que consigue superar el contenido psíquico para el que tiene que servir la expresión</p> <p>Utiliza frases, preposiciones, pronombres y modos verbales en una madurez intelectual que aún no ha alcanzado</p> <p>El uso de oraciones y expresiones verbales lo hacen un verdadero gimnasta del lenguaje, que lo llevará a un perfecto desarrollo y maduración de tal mecanismo de expresión</p> <p>Supera las dificultades de dicción</p> <p>Su contenido medio en palabras oscila entre 1 500 y 2 000 palabras</p>

Estimulación temprana (4 a 5 años)

¿Qué hacer para estimular el desarrollo de habilidades?

- En esta etapa deben realizarse regalos, paseos, como estímulos, lo que le permite saber cuán importante es para sus padres y sentirse seguro y amado.

- Facilítele juegos en los que el niño se ejercite, juegos de fantasía y en los que pueda interactuar con otros niños.
- Haga un círculo y una cruz en un papel, pídale que lo copie, si lo logra, intente entonces un cuadrado aunque no le quede bien.
- Enséñele a vestirse y desvestirse, e inténtelo también con los zapatos, aunque los confunda de pie.
- Juegue con el niño a la pelota y pídale que la lance teniendo los dos pies unidos.
- Muéstrelle cómo doblar un papel 3 veces y pídale que lo haga después.
- Pídale que dibuje una persona que se parezca a él, a mamá o a papá; todavía la figura será imperfecta y le faltarían elementos o los brazos y las piernas salen de la cabeza, pero es el rudimento de figura humana.
- Hágale preguntas como: ¿qué debes hacer cuando tienes hambre, sueño, frío, o cuando se te pierde alguna cosa?
- Muéstrelle láminas donde estén representados miembros de una familia, animales, objetos de la casa, muebles, etc. Pídale al niño que los señale o que los nombre, para mejorar su vocabulario.
- Léale cuentos en voz alta, después puede preguntarle y debe ser capaz de narrarle pasajes del cuento que se ha aprendido. Enséñele versos cortos que le gustará aprender.
- Hágale cuentos o lea historietas que tengan ilustraciones y pídale después al niño que las narre.
- Enséñele la posición de objetos usando una silla y la pelota, situando esta última encima, debajo, delante, detrás, a la derecha y a la izquierda y pídale que lo haga o lo identifique.
- Trate de que relacione objetos entre sí, por ejemplo si se ha de vestir pantalones, camisas, zapatos, o en el caso de las niñas, vestido, lazo, zapatos, para comer plato, vaso, cuchara, etc.
- Relacione objetos del mismo tamaño, color o uso.
- Muéstrelle láminas donde se pueda apreciar diferencia en objetos y dibujos por el tamaño, el color o el número de estos.

- Juegue a completar frases que puedan ser iguales o diferentes: Papá es un hombre, Mamá es una....., El sol brilla de día, la luna brilla.....
- Son necesarios los paseos frecuentes a lugares de interés como el zoológico, el circo, la playa, el campo, etc. Aproveche esta oportunidad para explicarle todo cuanto vea.
- Puede que tenga dificultad en la pronunciación de algún sonido, no lo rectifique, no lo obligue a repetirlo. Hable despacio y claro y diga entonces la palabra correctamente.





Sexualidad infantil

Dayanis González Vega

La educación de la sexualidad se inicia antes del nacimiento mismo del ser humano. En la mayoría de las familias, comienza a tejerse a lo largo del embarazo una red de expectativas, anhelos y temores en torno a la pregunta: ¿Será hembra o varón?

El simple hecho de que el médico o la persona que asiste el parto indique que es hembra o varón, va a establecer las expectativas de la familia y, en especial, de la sociedad, en cuanto al futuro *rol* sexual del recién nacido y queda establecido su sexo social (nombre, vestimenta, colores, juguetes, entre otros).

A partir de ese momento los estímulos ambientales que rodean al bebé, especialmente centrado en la familia, comienzan a moldear su conducta hacia un comportamiento de tipo femenino o masculino, conformando así su sexo psicológico y su proyección social, es decir, que va a sentirse hombre o mujer y va a actuar de acuerdo con esto.

Mediante el juego, la familia promueve, consciente o inconscientemente, el aprendizaje de los *roles* estereotipados, o sea, a las niñas se le ofrecen muñecas, juegos de cocina o limpieza, mientras que a los niños pistolas, camiones, juegos de carpinterías. De esta manera se sientan las bases para el desarrollo de su futura personalidad.

Desarrollo psicosexual

Las etapas del desarrollo del niño son muy diversas y complejas. Se puede decir a grandes rasgos que antes de los 5 años de edad las conductas relacionadas con la sexualidad son el mamar, el chupar, el querer recibir todo con la boca, el bailar, abrazarse, tener objetos de textura suave e inconscientemente experimentar cierto placer con la actividad de higiene y limpieza a la que son sometidos por la madre o el padre.

En consecuencia, es esperable que mientras duerme el niño se toque los genitales explorándolos con curiosidad o risas.

A partir de los 4 años el niño tendrá mayor curiosidad por las zonas genitales y buscará compararse con otros niños y niñas e incluso con adultos. Aparecen preguntas como: ¿Por qué no tengo lo mismo que papá o hermano?, ¿Por qué tus senos son grandes y los de papá no?

Ante preguntas de esta naturaleza hay que tratar de no preocuparse, de responder con naturalidad y con la verdad.

En la tabla 16 se describen particularidades sobre la sexualidad del niño o de la niña en cada una de sus etapas.

Tabla 16. Particularidades sobre la sexualidad

Desarrollo psicosexual	Particularidades
0 a 1 año (primera infancia)	El bebé depende totalmente del mundo que lo rodea, lo cual hace de él un ser por excelencia, su relación con la familia y especialmente con la madre lo prepara para la intimidad, afectividad y sexualidad a través del amamantamiento y la crianza. Se produce la activación de reflejos sexuales como erecciones espontáneas en el varón y la lubricación vaginal en las niñas al amamantarlo, bañarlo, cambiarle los pañales o el retozo con él, lo que en ocasiones estos detalles alarman a los padres porque temen que puedan ser indicios de anomalías, pero en realidad la cálida y tierna proximidad de mamá y papá son interpretadas como momentos de placer y goce. Por supuesto el niño y la niña no son conscientes de este contacto

Tabla 16 (continuación)

Desarrollo psicosexual	Particularidades
1 a 3 años (edad temprana)	Las conductas manipulatorias le producen sensaciones placenteras; este juego con los genitales surge primero en solitario, y paulatinamente en la medida que aumenta la edad, se reproduce en juegos con otros niños
3 a 6 años (etapa preescolar)	Los niños a esta edad normalmente no tienen inhibiciones sexuales, sino curiosidad y asombro por las formas corporales y los genitales de los otros. El sexo forma parte de los juegos y conversaciones de niños; además de jugar al doctor, al papá o la mamá, se invitan mutuamente a bajarse los pantalones como parte de su descubrimiento. A esta edad hay una fascinación por tocarse unos a otros, ver a otros niños y niñas bañarse o haciendo sus necesidades

Consejos médicos

Primera infancia

- Preséntele a su niño de esta edad juguetes iguales para ambos sexos, los niños pudieran tener entre sus juguetes algunas muñecas y las niñas un bate y una pelota. Esto no determinará en ninguna medida la orientación sexual de los infantes. Lo importante es que los adultos no se alarmen cuando vean a sus hijos jugando con juguetes del sexo opuesto. De esta manera lo prepararán para cuando el niño comience en el círculo infantil y juegue con las niñas a que él es el papá que alimenta y cuida al bebé.

Edad temprana

- Es importante que le hable a su niño de sus genitales por su nombre, o sea, pene y vagina. De la misma manera que se le denomina a otras partes del cuerpo. Evite frases como: en los varones: pipi, cosita, salchichita; y en las niñas: totica.

Etapa preescolar

- Es importante que los padres no muestren alarma o asombro desmedido por ciertas conductas autoexploratorias en sus niños.
- El buen manejo de estas conductas propicia un desarrollo psicosexual adecuado en los niños. No le grite, ni lo regañe o castigue ante estos comportamientos.
- Su hijo lo comprenderá si usted es capaz, como padre o madre, de hablarle con cariño, amor y sin censuras. Si desconoce la manera más adecuada de manejar estas conductas, busque ayuda especializada en psicólogos o pediatras.





Juegos y entretenimientos infantiles

Dayanis González Vega

El juego es la actividad natural de los niños desde los primeros meses de vida. Cuando juega desarrolla tanto el cuerpo como la mente. A través de la diversidad de juegos que se inventa o que se le proponen, los niños comienzan a desarrollar su personalidad y sus emociones.

La influencia del juego en la personalidad consiste en que por su mediación se adelantan en conocer la conducta e interrelaciones de los adultos, las cuales se convierten en modelos para su propio comportamiento al adquirir los hábitos principales de comunicación y las cualidades necesarias para establecer el contacto con coetáneos (de la misma edad).

La actividad del juego influye en la formación del carácter voluntario de los procesos, ya que con esta se comienza a desarrollar la atención y la memoria voluntaria.

La memoria consciente en la niña y el niño se destaca en el contexto del juego, este requiere de la concentración en su objetivo, así como en la situación, en los contenidos de los actos interpretados y el argumento. Todo esto ejerce permanente influencia en el desarrollo de la actividad intelectual.

Los niños revelan sus actitudes de manera muy transparente durante el juego. No juegan por estímulos exteriores, sino movidos por la necesidad interior, la misma necesidad que hace que un gato persiga una pelota como si fuera un ratón.

El juego prepara para la madurez; es un ejercicio natural y placentero de habilidades en crecimiento. No es necesario enseñar a una niña o un niño a jugar, incluso los bebés saben hacerlo. El juego siempre va a ser una ocupación de vital importancia durante la niñez.

Los juegos pueden servir para entretenerse, lo cual no quiere decir que hace solo eso como método de enseñanza; como manera de hacer ejercicios, como deporte, como un medio de expresión cultural. De esta manera se pueden catalogar de didácticos, deportivos, tradicionales, de mesa. Pueden ser usados para expresar simbólicamente un conflicto, una situación dolorosa o estresante, en ese aspecto se destacan los juegos de imitación.

Juegos en el período de lactante (0 a 1 año)

Desde los 3 a 6 meses los niños disfrutan mirando todos los movimientos que ocurren a su alrededor y los repiten. Se recomienda que los niños no se mantengan acostados cuando estén despiertos, pues en esa posición lo único que observan es el techo de la habitación, carente de estímulos visuales. Si usted quiere percatarse de esto, objetivamente haga lo siguiente: acuéstese y dedíquese a mirar hacia el techo durante un buen rato, así podrá apreciar lo poco estimulante que es esta posición.

Los primeros juegos de este período comienzan aproximadamente a partir de los 6 meses, primero con su propio cuerpo, pateando, cabeceando o dando gritos. Luego realizan movimientos como gatear, tomarse los pies y jugar con sus genitales, se apoderan de cosas, las llevan a su boca, las tiran lejos. Se vuelven más habilidosos, cogen los juguetes sin titubeos. Pueden realizar cada vez más movimientos con los dedos y las manos, lo que les permite estudiar todo lo que les rodea con mayor precisión.

Son capaces de buscar objetos que han desaparecido, lo que da lugar a numerosos juegos con los padres. El poder que tienen sobre los objetos les intriga: tiran el cubo y observan cómo cae;

les gusta darle golpes a una campana para que suene; les divierte mucho hacer rodar una pelota por el suelo y seguirla.

Después de los 8 meses, los niños se entretienen solos durante mucho rato. No hay que alejarse, pero tampoco interferir en sus juegos: cuando los necesite, sabrán muy bien cómo indicárselo.

Para el primer año de vida los libros de dibujos sencillos adquieren mayor valor para ellos, así como las canciones, hacia las cuales muestran placer al escucharlas. Al final de esta etapa se sienten bien cuando les leen cuentos, cuando construyen con bloques de madera, usan juguetes de halar o empujar que contengan algo dentro; al escuchar música y “hacerla” con silbatos, tambores, trompetas o pitos.

Juegos en la edad temprana (1 a 3 años)

En esta etapa el niño construye verdaderas historias alrededor del juego, con sus palabras y con los gestos de la vida cotidiana. A partir del final del segundo año, especialmente, empiezan a desarrollar juegos imaginarios, que se van a desarrollar hasta los 6 años de edad. Además se multiplican las actividades que despiertan su atención, de tipo manual, artístico y físico.

Aparecen, a los 2 años, juegos de imitación (cocinar, casa de muñecas, manejar automóviles, aviones, etc.). La aparición de imitaciones es una etapa muy importante del desarrollo intelectual y afectivo de los niños. Disfrutan jugar con muñecos, osos, pelotas, trenes, carros, así como llevar agua en cubos, mezclarla con arena y moldear.

A esta edad ya empiezan a caminar y pronto a correr y a saltar. Los paseos al aire libre le ofrecen la posibilidad de practicar sus nuevas facultades físicas, además sirve como entretenimiento y es un espacio que los padres y madres pueden aprovechar para explicarles a los niños el mundo que les rodea.

A medida que coordinan mejor sus movimientos, les gusta jugar fuera de sus casas, puesto que necesitan gastar energías. Los paseos por el campo o por la playa le brindan también la ocasión de descubrir y de que los padres le enseñen a cuidar de la naturaleza.

Alrededor de los 3 años moldea con plastilina y dibuja en papel con colores mediante los cuales “crea sus obras de arte”. Usa los

bloques de madera o plástico para construir. Le gusta utilizar una pizarra con tizas. Se complace en ayudar a mamá o a papá en sus tareas. Aprende a usar un triciclo o un automóvil de juguete; estos artículos favorecen que el niño y la niña haga ejercicios a la vez que desarrolla la destreza física. Hace dibujos sencillos.

Le gusta el columpio, los balones y empujar una carretilla. Además le gusta jugar a llamar por teléfono, acostar los muñecos de peluche o bañar a la muñeca; estas actividades se convierten durante el tercer año de vida en las ocupaciones favoritas del niño. Al reproducir los gestos de los adultos o los de otros niños de más edad, recrea escenas de su vida diaria, una vida cada vez más social.

Al niño de este período le encanta armar ruido, en lugar de gritarle para que no lo haga, es mejor enseñarle a dominar los sonidos, a darles sentido, a distinguirlos. Dejarlo escuchar canciones infantiles agudiza su capacidad de reproducir los sonidos, ya que poseen melodías y textos sencillos que los niños luego son capaces de reproducir. Se recomienda que los padres les pongan a sus hijos música preferiblemente instrumental o un tipo de música que no contenga temas relacionados con la violencia o no acordes para los infantes. Es importante que en el futuro ellos puedan expresar sus experiencias personales, influidas por la cultura de su época. Los padres y madres orientan, no deciden por su hijo sus gustos y preferencias.

Juegos en la edad preescolar (3 a 6 años)

La actividad rectora en este período es el juego. Al niño todavía le gusta quedarse contemplativo, jugar solo, dejar volar la imaginación, pero necesita compartir los juegos con otras niñas y niños de su edad. Enfrentado reglas de colectividad, se pelea con ellos para reconciliarse después. El derroche físico en actividades más deportivas y en juegos de habilidad como la bicicleta y los patines, correr, saltar y nadar, constituyen placeres que practica sin cesar.

En esta etapa, alrededor de los 4 años de edad, prefieren armar un rompecabezas sencillo o paneles de madera con calados diferentes donde ajustar las piezas correspondientes, así como compaginar figuras y colores. Utilizan tijeras para recortar. Disfrutan de discos y vídeos con cuentos y canciones, coches en miniatura,

muñecas, juegos de vestidos de papel, juegos de armar. Dibuja, pinta y colorea.

La lectura en este período es necesaria, donde aparezcan historias de la vida diaria o imaginarias. Aunque el niño todavía no sabe leer, es un buen espacio de interrelación con su padre o madre. Ofrézcale a su hijo libros de cuentos atractivos, con muchas figuras y poco texto; además invítelo a preguntarle cosas sobre el texto, para que comente lo que ve y lo que comprende.

Cerca de los 5 años juega de manera más independiente. Prefiere tener un adulto cerca. Juega a la casa, tienda u hospital, e imita las actividades adultas. Ensayas los patines, salta la cuerda, arma rompecabezas, copia letras y números, construye con bloques reproduciendo diseños.

Las niñas juegan a las casitas y se “emperifollan”. Los niños juegan con herramientas, carros, camiones. Los padres y madres deben ser flexibles en cuanto a los juguetes que les facilitan a sus hijos y aunque en nuestra sociedad existen muchos mitos y estereotipos, la orientación sexual de niños y niñas no se basa en los tipos de juguetes que les facilita la familia. Bien los varones pueden tener entre sus juguetes una muñeca y las hembras podrán jugar con un bate y una pelota.

Consecuencias del uso excesivo de la televisión, la computadora y los videojuegos

Desde hace 20 años ha aumentado considerablemente el autismo en la población infantil, casualmente desde que ha aumentado también el consumo de televisión por parte de los niños. Es una advertencia para los padres que permiten horas continuadas de sesiones hipnóticas de dibujos animados, especialmente en niños menores de 3 años cuyo cerebro está en pleno desarrollo.

Investigaciones realizadas en el Reino Unido alertan que ver la televisión suprime la producción de melatonina, una hormona que desarrolla funciones relacionadas con el sistema inmunológico, el ciclo del sueño y el comienzo de la pubertad.

Según estudios, las niñas llegan a la pubertad “mucho más pronto” que en 1950, porque han incrementado su peso, ya que “probablemente” el descenso de los niveles de melatonina causados por ver demasiada televisión también influyen.

Se ha demostrado que el abuso de los juegos electrónicos puede producir convulsiones en algunos niños por el alto “bombardeo” de fotones que le envía la pantalla del televisor. Esta situación ha llegado inclusive a que en algunos países es obligatorio colocar un aviso en el equipo advirtiendo acerca de este peligro y que, además, puede crear adicción.

A continuación se explican las consecuencias más importantes:

- Retraso en el desarrollo: el uso de estas tecnologías restringe el movimiento, lo cual puede resultar en retraso en el desarrollo. Uno de cada tres niños actualmente entran a la escuela con retrasos de desarrollo, lo que afecta negativamente el rendimiento en el aprendizaje. El movimiento de los niños, en cambio, mejora la atención y la capacidad de aprendizaje. El uso de la tecnología en edades menores de 12 años es perjudicial para el desarrollo infantil y el aprendizaje.
- Obesidad: esta consecuencia está relacionada con el considerable tiempo que permanecen sentados y sedentarios desde edades tempranas.
- Trastorno del sueño: muchos padres no supervisan el uso de la tecnología de sus hijos; esto ocasiona que los pequeños vean programas que incluyen violencia y no estén acordes con su edad, lo que les puede producir trastornos del sueño, que luego repercuten en problemas de la atención y concentración en la escuela.
- Demencia digital: contenidos de los medios de comunicación de alta velocidad pueden contribuir a deficiencia de la atención, así como la disminución de la concentración y de memoria, debido a la poda de pistas neuronales de la corteza frontal cerebral. Los niños que no pueden mantener la atención, en consecuencia, no pueden aprender.
- Emisión de radiación y cáncer: en 2011, la Organización Mundial de la Salud clasificó los teléfonos celulares (y otros dispositivos inalámbricos) como riesgo de categoría 2B (posible carcinógeno), debido a la emisión de radiación. Luego de esto se emitió una advertencia de precaución que indica: “Las niñas y niños son más sensibles a una variedad de agentes que los adultos, ya que sus cerebros y sistemas inmunes todavía se están desarrollando, por lo que no se puede decir que el riesgo sería igual para un adul-

to que para una niña o niño”. Además que la exposición a señales de radio debe ser reclasificado como 2A (probable carcinógeno), no como 2B (posible cancerígeno).

- Adicciones: los padres atribuyen cada vez más el aislamiento de sus hijos a la tecnología. Por su parte, ante la falta de apego de los padres, los niños se unen a los dispositivos, lo que puede resultar en la adicción. Uno de cada 11 niños y niñas, de 8 a 18 años, son adictos a la tecnología.

Autismo sobreimpuesto

El autismo primario es un trastorno profundo del desarrollo, originado por la combinación de factores genéticos e influencias ambientales, en el que está seriamente dañada la posibilidad de interactuar y comunicarse, entender a los demás, compartir emociones e imaginar, lo que se asocia frecuentemente con conductas repetitivas que no cumplen en sí mismas función alguna para el sujeto.

El matiz que le introduce el término de “sobreimpuesto”, es la asociación entre la aparición de los síntomas y el uso precoz y excesivo de la TV/DVD, la débil estimulación del lenguaje y del contacto social por parte de la familia, y sobre todo, la mejoría clínica notable una vez que se elimina la TV y se aplican por la familia las diversas alternativas de estimulación de la comunicación y la socialización que necesita un niño para desarrollarse adecuadamente.

Síntomas que pudieran reconocer los padres y madres:

- No dicen adiós.
- No expresan interés por las personas.
- No utilizan el dedo índice para señalar.
- Desarrollan pocas habilidades motoras como correr y saltar.
- Se mantienen atentos ante objetos o cosas que llamen su atención.
- El desarrollo del lenguaje se retrasa.
- Repiten sin sentido textos de los programas de TV que ven y hablen con un tono que parece extranjero e inclusive, utilizan términos que no son comunes en nuestro medio.

Consejos médicos

Etapa de 0 a 1 año

- El osito de peluche, su objeto de seguridad.
- Cuando el bebé esté ansioso elija un objeto y dáselo, siempre el mismo, para que lo abrace y lo tranquilice. Este objeto ayuda al bebé a superar la ansiedad de separación. Debe ser tenido en cuenta y respetado.
- Los juguetes siempre deben estar acorde con la edad cronológica de su niño; a esta edad se sugieren los cubos, sonajeros, peluches, juguetes de manipulación. Muéstrelle además, libros de cartón duro para evitar accidentes, también juguetes más corrientes como cucharas de madera y cajas de plástico. No le dé demasiadas cosas a la vez, sino variarlas a menudo. Ustedes deben formar parte del juego con su hijo desde las primeras edades. Siéntese en el piso con su hijo desde que tenga la edad apropiada para hacerlo. Esto ayuda al equilibrio emocional y psicológico de los lactantes.
- Cuelgue juguetes en la cuna, los cuales no tienen que ser necesariamente complejos ni sofisticados, pueden ser sonajeros, muñecos, dados, cuentas en un cordel, cucharas o cualquier objeto con colores o formas llamativas, esto estimula el desarrollo del niño desde las primeras edades.
- Recuerde que a esta edad se lo llevan todo a la boca, por lo que tiene que asegurarse de que los juguetes estén limpios, no sean muy pequeños, ni puedan desprenderse de sus partes con el riesgo de ser aspirados, no sean tóxicos ni desprendan pinturas.

Etapa de 1 a 3 años

- Orden. A los niños hacia los 18 meses les encanta desordenar cosas y también ordenarlas; muchas veces se dan cuenta de lo que no está en su sitio. Déjelo realizar ciertas actividades físicas dentro del hogar, como subir y bajar escaleras, jugar en la bañera, sentar a un juguete en un sillón y mecerlo o bailar al ritmo de una canción infantil. “Negocie” con su hijo, aprovechando la ocasión, para que ayude a ordenar los juguetes de su cuarto, a colocar los zapatos en su lugar o colocar la ropa en la lavadora.

- ¿Diestro o zurdo? Es importante que observe la mano que más utiliza su hijo para manipular los objetos. Este predominio se reafirma a los 3 años de edad. Hasta ese momento utiliza las dos manos. Se les recomienda, que si no manifiesta una tendencia particular, animen a su niño, sin insistir, a usar la mano derecha, poniéndole los objetos que usa habitualmente, como la cuchara o el lápiz, cerca de esa mano. No lo obligue a utilizar la mano derecha ni lo reprima porque usa la izquierda.
- Juguetes y disfraces. Facilite a su hijo el uso de juguetes que le permitan adaptar el mundo real a su escala y le ofrezcan un apoyo para vivir situaciones de la vida cotidiana. Estos juguetes pueden ser: teléfono, maletín de médico y disfraces de todo tipo, entre otros.
- Dibujos. Coloque en la pared de la habitación del pequeño una hoja de papel grande, a una altura conveniente para él, con el objetivo de que dibuje en ese espacio y así evitar que pinte el piso y las paredes. El niño disfrutará decorándola con sus garabatos y resultará fácil de eliminar.

Etapas de 3 a 6 años

- Cuentos. Los niños piden historias sobre sus temas predilectos. No dude en inventarlas, coménteles los temas que prefiere: relatos de animales, de niños o de muñecos. Les gusta que se las cuenten con entonaciones. No tema en contar historias que asusten, ya que atraen al niño y le permiten exorcizar sus propias ansiedades, pero procure que tengan un final feliz y contengan moraleja, el malo lo tiene que pagar y el bueno tiene que ser recompensado.
- Actividades artísticas. Incorpore a su niño a actividades musicales, teatrales o danza, pero tenga en cuenta que estas actividades se sumarán a la carga escolar y debe estar atento ante su posible agotamiento. Evite que se convierta en un niño agenda, ejemplo: lunes inglés, martes natación, miércoles ballet, entre otros. Los pequeños deben tener tiempo para descansar y jugar; esta sobrecarga pudiera influir negativamente en su rendimiento escolar, además podría ocasionarle ansiedades.

Para evitar el autismo sobreimpuesto

- Recorte el número de horas de televisión que ve su niño, lo que debería convertirse en una prioridad. Si su hijo tiene menos de 3 años, no le permita ver la televisión por más de 1 h seguida por día; y de 6 a 18 años, 2 h al día.
- El tiempo que su hijo permanece con usted, ocúpelo en enseñarle y brindarle amor, cualquiera que sea su edad, en vez de sustituir su tiempo con el uso excesivo de la tecnología; enséñele a conversar, en vez de enviar sms o conectarse en Facebook. Hágale saber que la familia es importante y que debe ocuparse de esta.





Falta de apetito y anorexia

Pablo Duperval Maletá

Puede ser que la frase más escuchada por los pediatras en sus consultas durante muchos años sea... “mi niño no come nada...”, acompañada de la angustia y quizás hasta el llanto de una madre desesperada, temerosa de que su hijo pueda enfermar y hasta morir por no comer.

También esta falta de apetito puede ser parte de los signos de alguna enfermedad, lo cual resulta preocupante, pero no alarma, pues se sabe que cuando enfermamos, independientemente de nuestras edades y salvo excepciones, se pierde el apetito.

El problema resulta mucho mayor cuando el niño tiene aparentemente buen estado de salud, corre, juega, sonrío, pero no come, situación que consigue crear en los hogares un ambiente de depresión para algunos y excitación para otros.

Se han escuchado y ejecutado, durante años, múltiples estrategias para conseguir mejorar el apetito de los niños, especialmente en aquellos en los que el no comer se ha hecho rutina; sin embargo, su éxito se podría catalogar de cuestionable.

Son disímiles los métodos asumidos por la familia en los momentos de la comida, para conseguir que el niño coma, y esto va

desde halagos, zalamerías, engaños, promesas, etc., en el mejor de los casos, hasta amenazas, sobornos, castigos, en el peor de estos. Se podría decir que se gesta, en cualesquiera de las situaciones, un drama familiar, donde el más perjudicado es el niño.

La falta de apetito tiene múltiples razones, pero como todo trastorno en la infancia siempre ha de conjugarse con su estado general. Si algo satisface a los pediatras es que los niños, mientras más pequeños son, menos consiguen engañar, ellos se muestran tal como son y las madres pueden conocerlos muy bien.

Científicamente se sabe que los mecanismos que regulan la ingestión de alimentos son complejos y poco específicos, y dependen de dos sensaciones opuestas: el hambre y la saciedad. El hambre estimula la ingestión de alimentos, mientras que la saciedad provoca rechazo.

Es conocido que mientras más pequeño es el niño (recién nacido o lactante), más pesa una razón de enfermedad que justifique la pérdida del apetito, pues por lo general, teniendo salud como diría una abuela...., “son muy glotones”.

En los que superan el año, las razones podrían ser otras, más inclinadas a la esfera social, básicamente de preferencias del niño, y también relacionados con el manejo del problema.

Si se consideran las múltiples consultas por este trastorno se podrían reconocer básicamente 5 grupos de niños con falta de apetito:

- Los que están enfermos de forma aguda o padecen alguna afección crónica y es este trastorno un signo más en su enfermedad, que debe desaparecer al curar.
- Los que transitan entre el primer y el segundo año, donde hay un enlentecimiento del crecimiento, lo que justifica sus menores demandas nutricionales, etapa conocida como de anorexia fisiológica.
- Los que son objeto de un mal comportamiento familiar, donde llega a convertirse el agradable momento de comer en algo trágico y desagradable, tanto por la imposición u obligación a comer, como el distraer su atención en otras cosas para tratar de conseguir que abra la boca.
- Los niños que han tomado lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, y muchas veces por comodidad de las madres no iniciaron de manera oportuna y adecuada la

alimentación complementaria, se hacen casi “adictos” al pecho y rechazan otros alimentos, lo que precisa de mucha paciencia por parte de la madre para revertir esta realidad.

- Cuando se han agotado todas estas razones, sin encontrar ninguna que la justifique, se nos ocurre preguntar a la familia ¿quién de los padres era inapetente durante la infancia? Esta pregunta la responden muy bien las abuelas, cuando recuerdan igual situación con los que hoy son padres, por cuya razón, evidentemente, la falta de apetito puede tener también una razón genética.

Al considerar este importante problema para los niños, así como para la familia en general, se pueden sugerir algunos consejos.

Consejos médicos

- Cuando su niño ha tenido buen apetito con anterioridad, es objeto de un buen manejo familiar y ahora renuncia a comer, debe ser evaluado por su pediatra, pues podría ser este el primer y hasta único signo de enfermedad para ese momento.
- El acto de comer exige una educada disciplina, un lugar, un momento aislado de entretenimientos, un ambiente relajado y tranquilo, de ser posible con una vajilla con motivos infantiles. La comida debe mostrar olor, color, textura y sabor agradables; en este sentido sea creativo en la medida que su economía familiar y el mercado lo permita, evite aburrirlo con lo mismo todos los días: el puré tiene su tiempo; llene ese momento de frases agradables y elogios, nunca regaños.
- Algunos masajes en las mejillas diariamente, desde el nacimiento, pueden estimular y fortalecer los músculos de la masticación.
- Los niños aun pequeños consiguen ser manipuladores de los padres, y el apetito es una razón para esto. Cuando quieren algo, se les obliga o se les niega lo que desean, bien pueden utilizar el no comer como alternativa para mostrar rebeldía. Con obligarlos no conseguirá que coma más, muchas veces muestran como manifestación de anorexia cerrar con fuerza la boca, voltear la cabeza cuando se le muestra la cuchara, hacer arqueadas y hasta vomitar.

- No sustituya comida por golosinas y otras cosas, que lejos de nutrir agravarían la inapetencia.
- Posterior al año de edad, el niño puede compartir, no solo la comida del resto de la familia, sino lo que es más importante, el momento.
- La etapa de la anorexia fisiológica, aunque es real, no debe ser aceptada categóricamente. Es preciso siempre tener una evaluación de su pediatra y también algunos consejos para este momento.
- Cuando el niño solo prefiere el pecho y no la comida, esta etapa se hace también angustiada para usted, pues sabe que ya la lactancia materna exclusiva no le es suficiente para nutrirlo porque sus demandas son mayores. Entonces, haga que algún otro miembro de la familia sea la persona encargada de darle las comidas hasta que esta situación pase; el niño siempre verá a su madre como su “añorada teta”, en consecuencia nunca comerá bien con usted.
- Toda la familia debe colaborar en preservar la lactancia materna con la alimentación complementaria, es buena manera de garantizar salud en los niños.
- La conducta inapetente, aun si se considera el antecedente familiar de padres con igual problema durante la infancia, no nos puede hacer renunciar al esfuerzo de conseguir, con métodos persuasivos e inteligentes, que nuestros niños coman y se nutran como corresponde.
- Mediante la asistencia a las consultas de puericultura se puede evaluar de manera periódica el estado nutricional de los niños, y estimular a tomar otras medidas en favor de mejorar su apetito.

Pablo Duperval Maletá
Reina Generosa Valdés Armenteros

Consejos Médicos



a Mamá y Papá



La idea de realizar este libro surge por la necesidad de orientar, explicar y convencer a las madres y los padres de aspectos relacionados con el bien de sus hijos. La conducta que deben seguir los padres ante cualquier problema con su hijo, el por qué de la lactancia materna exclusiva, el llanto, la alimentación, la dentición, deben ser consultados con su pediatra. Sin embargo, sería conveniente si mamá y papá conocieran con anterioridad qué va a pasar y cómo proceder, sin sustituir la valiosa ayuda del pediatra.

Los doctores Pablo Duperval Maletá, Reina Generosa Valdés Armenteros y sus colaboradores, después de años de experiencia con niños y niñas y con las preocupaciones de los padres, concibieron realizar *Consejos médicos a mamá y papá*, un regalo para pediatras y puericultores e imprescindible para los padres, donde se brinda, con lenguaje ameno, consejos sencillos para lograr un crecimiento y desarrollo óptimos para sus hijos.

Consejos Médicos a
Mamá y Papá



ecimed
EDITORIAL CIENCIAS MÉDICAS
www.ecimed.sld.cu

ISBN 978-959-313-209-1



9 789593 132091