Asociación Española de Pediatría

GUÍA PRÁCTICA PARA PADRES

Desde el nacimiento hasta los 3 años

Asociación Española de Pediatría

AEP

AUTORES DE LA GUÍA PRÁCTICA PARA PADRES

COORDINADOR:

Dr. Fernando Malmierca Sánchez
Pediatra Atención Primaria.
Salamanca.
Vicepresidente AEP.

COMITÉ EDITORIAL:

Dr. Jesús Alonso Díaz
Pediatra de Atención Primaria.
C.S. Garrido Norte. Salamanca.

Dra. Teresa de la Calle Cabrera
Pediatra de Área. Salamanca.

Dra. Dolores García García
Pediatra de Atención Primaria.
Centro Adeslas. Salamanca.

Dr. Ángel Martín Ruano
Pediatra de Atención Primaria.
C.S. Miguel Armijo. Salamanca.

Dr. José Martín Ruano
Pediatra de Atención Primaria.
C.S. Santa Marta. Salamanca.

Dra. Mª del Carmen Mendoza Sánchez
Pediatra.
Hospital Universitario. Salamanca.

AUTORES:

Dr. Jesús Alonso Díaz
Pediatra de Atención Primaria.
C.S. Garrido Norte. Salamanca.

Dra. Mónica Baeza
Pediatra de Atención Primaria.
Oviedo.

Dr. Jaime Dalmau Serra
Pediatra. Jefe de Sección Hospital Infantil La Fe. Valencia.
Ex Coordinador del Comité de Nutrición de la AEP.

Dra. Marta Díaz Gómez
*Pediatra. Profesora Titular Universidad de La Laguna.*Tenerife.
Coordinadora Comité de Lactancia Materna AEP.

Dra. Teresa de la Calle Cabrera
Pediatra de Área. Salamanca.

Dr. Josep Cornellà i Canals
Pediatra. Girona.
Presidente Sociedad de Psiquiatría Infantil AEP.

Dra. Cleofe Ferrández Gomariz
Pediatra. C.S. La Laguna-Geneto. Tenerife.
Grupo de Trabajo del Sueño SEPEAP.

Dra. Belén Ferrer Lorente
Pediatra. Hospital Infantil la Fe. Valencia.

Dra. Dolores García García
Pediatra de Atención Primaria
Centro Adeslas. Salamanca.

Dr. Jesús García Pérez
Jefe Unidad de Pediatría Social
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Dª Esther Herranz Miranda
Psicóloga. Experta en infancia y familia.

Dr. Antonio Jurado Ortiz
Jefe de Servicio de Pediatría
Hospital Regional Universitario. Málaga.

Dr. Jorge López Olmedo
Servicio de Traumatología y Ortopedia infantil
Hospital Universitario. Salamanca.

Dr. Fernando Malmierca Sánchez
Pediatra de Atención Primaria
C.S. Universidad-Centro. Salamanca.

Dr. Ángel Martín Ruano
Pediatra de Atención Primaria
C.S. Miguel Armijo. Salamanca.

Dr. José Martín Ruano
Pediatra de Atención Primaria
C.S. Santa Marta. Salamanca.

Dra. Mª del Carmen Mendoza Sánchez
Pediatra.
Hospital Universitario. Salamanca.

Dr. David Moreno Pérez
Pediatra Hospital Regional Universitario. Málaga.
Coordinador Comité Asesor Vacunas de la AEP.

D. José Moya Valero
Matrona. Hospital Regional Universitario. Málaga.

Dra. Cristina Ortega Casanova
Especialista en Pediatría y Alergología.
Madrid.

Dra. Carmen Rosa Pallás Alonso
Jefa del Servicio de Neonatología
Hospital 12 de Octubre.
Madrid.

Dr. Jordi Pou i Fernández
Jefe de Servicio de Pediatría
Hospital Sant Joan de Déu.
Barcelona.
Ex coordinador Comité de Seguridad y Prevención de Lesiones Infantiles AEP.

Asociación Española de Pediatría

GUÍA PRÁCTICA PARA PADRES

Desde el nacimiento hasta los 3 años

La Asociación Española de Pediatría (AEP), con la colaboración de Dodot, ha redactado de la mano de sus expertos este manual que tienes entre las manos con el objetivo de acompañarte y asesorarte en el fantástico viaje que estás a punto de emprender. Hemos elaborado este manual para facilitarte información útil y completa respecto al embarazo, parto y primeros años de vida de tu bebé, para que puedas prepararte lo mejor posible ante este gran acontecimiento.

Asociación Española de Pediatría
AEP
DODOT
Juntos
te ayudamos a cuidarlo

0_ ÍNDICE

Prólogo **pág. 06**

Presentación **pág. 07**

1 PREPARANDO LA LLEGADA

Las últimas semanas del embarazo **pág. 10**

¿Qué hay que tener preparado? **pág. 12**

Parto y posparto **pág. 18**

El ambiente en casa. Los hermanos **pág. 26**

El sistema sociosanitario **pág. 30**

2 PRIMERAS ETAPAS

El lactante de los 0 a los 6 meses **pág. 42**

El lactante de los 6 a los 12 meses **pág. 54**

El niño de los 12 a los 24 meses **pág. 62**

El niño de los 23 a los 36 meses **pág. 74**

El niño prematuro **pág. 86**

3 EL DÍA A DÍA DEL BEBÉ

Vacunas **pág. 98**

Lactancia materna **pág. 108**

Sueño **pág. 118**

Desarrollo psicomotor y de los sentidos **pág. 126**

Desarrollo físico **pág. 140**

Prevención de accidentes infantiles **pág. 146**

4 ATENCIÓN A PROCESOS HABITUALES ¿CUÁNDO CONSULTAR?

El llanto **pág. 160**
La fiebre **pág. 164**
La tos **pág. 170**
La diarrea aguda **pág. 176**
Los vómitos **pág. 180**
El estreñimiento **pág. 184**
La piel **pág. 188**
Problemas ortopédicos **pág. 196**

5 ASPECTOS PSICOSOCIALES

La opción de la guardería **pág. 206**
El juego para el niño **pág. 214**
La educación **pág. 224**
La adopción **pág. 234**

PRÓLOGO

Los pediatras tenemos la obligación profesional de suministrar información veraz y contrastada a los padres acerca de las etapas del desarrollo de sus hijos y el significado que pueden tener determinadas sintomatologías como signos de alarma de las patologías más frecuentes de la infancia. Desde el punto de vista institucional, la Asociación Española de Pediatría (AEP) viene realizando esta labor desde sus propios canales de información *online,* dirigidos tanto a los profesionales como a la población en general. En un entorno en el que los medios sociales ocupan cada vez más protagonismo, la página web *En Familia* y los perfiles de *Twitter* y *Facebook* de la AEP cuentan con un número cada vez mayor de seguidores, lo que para nosotros es un indicador del interés de los ciudadanos y de las familias por la información científica de calidad. En esta misma línea de actuación, la AEP, teniendo en cuenta la presión asistencial a la que se ven sometidos los pediatras de atención primaria en su labor diaria, ha considerado relevante apoyarles en este cometido mediante la edición de nuestra propia ***Guía Práctica para Padres*** a la que poder referir a las familias que demandan una información más exhaustiva y cuya consulta por los padres y cuidadores les pudiera ser de utilidad a la hora de resolver los problemas más frecuentes que se presentan en el cuidado del bebé.

Al acometer el diseño de esta 1ª edición de la ***Guía Práctica para Padres,*** la AEP ha limitado voluntariamente su población diana a la primera infancia, que abarca desde la etapa del recién nacido hasta finalizar los tres años de vida. La información que esta guía aporta va dirigida fundamentalmente a la formación de padres que afrontan, en la mayoría de las ocasiones por primera vez, el nacimiento de un hijo.

La AEP ha hecho recaer la coordinación de la obra en el doctor *Fernando Malmierca,* vicepresidente de nuestra Asociación, que ha encomendado a una veintena de pediatras la encomiable tarea de ofrecer a lectores no familiarizados con la terminología médica una esmerada selección de capítulos que abordan las situaciones clínicas más habituales de interés para las familias que acogen por primera vez a un bebé en su seno, recogidos de forma sencilla y con lenguaje llano, pero incorporando los últimos conocimientos en cada uno de los temas tratados, lo que hace la obra sumamente atractiva.

Concebido como un libro de consulta a pie de cuna, los padres y cuidadores podrán acceder fácilmente a una pormenorizada, rigurosa y concisa información sobre aspectos relacionados con el desarrollo normal del bebé y los signos de alerta de las patologías más frecuentes en el periodo neonatal y primeras etapas de la vida. Por ello considero un acierto la estructuración y el título de las cinco grandes secciones que configuran la obra: *Preparando la llegada, Primeras etapas, El día a día del bebé, Atención a procesos habituales ¿cuándo consultar? y Aspectos psicosociales.*

La Asociación Española de Pediatría tiene el honor de avalar la 1ª edición de esta ***Guía Práctica para Padres.*** *Desde el nacimiento hasta los 3 años,* editada por **Dodot**.

Deseo que tenga todo el éxito que el esfuerzo de sus autores merece y adelanto nuestro interés institucional para lograr una amplia difusión en nuestro país. Desde la AEP mostraremos siempre nuestro apoyo a iniciativas como ésta, en la que la confluencia de un generoso patrocinio con los conocimientos de diferentes profesionales de la pediatría son capaces de sacar a la luz un libro de la máxima utilidad para padres, en cumplimiento de uno de nuestros principales objetivos como Sociedad Científica: suministrar información científicamente contrastada a las familias.

Oviedo, diciembre 2013.

Serafín Málaga Guerrero.
Presidente Asociación Española de Pediatría.

PRESENTACIÓN

Entre las diversas herramientas de comunicación que el actual Comité Ejecutivo de la AEP se propuso desarrollar desde su primer mandato, se incluía el editar una *"guía"* destinada a padres, con el objetivo de acercar la Asociación a las familias, apoyándose en los numerosos especialistas pediátricos que forman parte de la AEP.

Fruto de la colaboración de diversos especialistas que desarrollan su labor tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en el Hospital, contando con expertos en diferentes aspectos de la atención al niño, entre ellos alguno de los que forman o formaron parte de los Comités y Grupos de Trabajo de la AEP, se ha elaborado la presente ***Guía Práctica para Padres*** que presentamos al inicio de 2014.

La guía no pretende, bajo ningún concepto, sustituir al pediatra en su labor diaria; muchas veces se repite en ella que es al que los padres deben consultar, no sólo cuando tienen una preocupación sobre la salud del niño, sino también para realizar los diferentes exámenes de salud que están programados a edades muy concretas.

Lo que hemos pretendido es poner en mano de los padres un libro de fácil lectura, actualizado al día de su publicación, para que tengan esa información que a veces les gusta tener en su propio entorno familiar y que les ayude a completar la información que les da su pediatra o incluso prepararse antes de que el nuevo bebé llegue al hogar.

Aunque el libro está muy actualizado, en él se publica, por ejemplo, el calendario vacunal recomendado por el Comité Asesor de Vacunas de la AEP para el año 2014, debemos tener en cuenta que la Pediatría-Puericultura es una ciencia dinámica en evolución constante, por lo que, una vez más, insistimos en la consulta de todas las dudas con el pediatra del niño que está siempre al día de los cambios. Cabe recordar, por ejemplo, las recientes variaciones recomendadas en la alimentación del lactante.

Poco queremos decir sobre el esquema y desarrollo del libro, pues ya lo ha reflejado perfectamente en el prólogo el Presidente de la AEP, el Profesor Serafín Málaga. Basta comprobar el índice por capítulos y subcapítulos para tener la completa información. Pero en esta parte sí quiero agradecer el trabajo desinteresado de los 22 autores que han participado en la obra y, de una manera muy especial, al Comité Editorial que ha trabajado de manera intensa y sobre todo facilitadora promoviendo el consenso entre todos ellos, en todas las etapas de su elaboración. Desde la primera idea de lo que se quería aportar, las revisiones editoriales de las diferentes fases, hasta la maquetación final. Y por supuesto a la empresa **Dodot**, sin cuya colaboración no se podrían realizar proyectos como el que nos ocupa, siempre en beneficio de los bebés.

Destacar que la guía abarca los tres primeros años de vida del niño, dado que es el periodo en el que los padres demandan información de una manera más frecuente, a la vez que los diferentes aspectos tratados varían de manera notable en edades posteriores, lo cual no es una limitación, sino que abre la posibilidad de abarcar estos periodos en una próxima edición o, mejor aún, en una guía diferente.

Esperamos que los padres, tanto ellas como ellos, encuentren en la guía una fácil lectura que les sea de utilidad al tenerla cerca en todo momento.

Fernando Malmierca Sánchez.

Vicepresidente Atención Primaria AEP.

1. PREPARANDO LA LLEGADA

1.1. LAS ÚLTIMAS SEMANAS DEL EMBARAZO **PÁG. 10**

1.2. ¿QUÉ HAY QUE TENER PREPARADO? **PÁG. 12**

- Canastilla pág. 12
- Habitación del bebé pág. 13
- Cuna pág. 13
- Bañera y cambiador pág. 14
- Trona pág. 15
- Cochecito y silla de paseo pág. 15
- Silla de automóvil: Sistemas de Retención Infantil (SRI) pág. 15
- Chupete pág. 16

1.3. PARTO Y POSPARTO **PÁG. 18**

- Inicio del parto pág. 18
- El parto pág. 19
- El puerperio pág. 23

1.4. EL AMBIENTE EN CASA. LOS HERMANOS **PÁG. 26**

- Cambios en la estructura familiar pág. 26
- Reacción del hermano mayor pág. 26
- Relaciones de pareja tras la llegada del recién nacido pág. 28
- Depresión posparto pág. 28

1.5. EL SISTEMA SOCIOSANITARIO **PÁG. 30**

- Los “documentos del bebé” pág. 30
- La elección del nombre pág. 33
- La baja maternal y paternal. La hora de la lactancia. Reducción de jornada. Excedencias por cuidado de hijos pág. 33
- Preservación de sangre del cordón umbilical pág. 35

1.1. LAS ÚLTIMAS SEMANAS DEL EMBARAZO

José Moya Valero • Matrona. Hospital Regional Universitario. Málaga

Aunque como futura mamá el parto siempre genera muchas dudas y algunos temores, debes saber que las clases de preparación, la abundante literatura sobre el tema y la información de primera mano de tu médico y tu matrona son importantes recursos que te ayudarán a afrontar la cita lo más tranquila posible.

Como seguramente ya sabrás, la **duración normal de un embarazo** es de 40 semanas (280 días), si bien se considera normal entre 37 y 42 semanas, algo más de 9 meses. Para calcular de cuánto tiempo estás embarazada tomaremos como primer día de la gestación el primer día de la última regla. Por tanto se "cumple" o "se sale de cuentas" la semana 40 de gestación.

Durante ese tiempo, como padres iréis creando unos sentimientos y vínculos afectivos muy especiales con vuestro futuro bebé. Consciente e inconscientemente, os vais a ir preparando para el que va a ser, casi con toda seguridad, el acontecimiento más importante de vuestras vidas: el nacimiento de vuestro hijo o hija.

De entrada, salvo que surja algún problema, es muy importante considerar el embarazo y el parto como un **proceso natural**, fisiológico, que hay que vivir con satisfacción y expectativas positivas de cambio, tanto para la madre como para el padre. En caso de presentar alguna alteración clínica, se tomarán las precauciones necesarias para evitar complicaciones durante el embarazo, que en este caso podrá ser considerado embarazo de riesgo.

Probablemente ya habréis acudido a algún curso de **educación maternal** o preparación para el parto en algún centro. Además de esta actividad, las matronas de atención primaria u hospitalaria realizan una actividad muy importante en el control del embarazo y en el asesoramiento y orientación para el parto. La educación maternal es la mejor forma de conocer cómo se desarrolla un embarazo, qué cuidados se necesita tener o en qué situaciones os podréis encontrar; pero además, os servirá para prepararos para el nacimiento de vuestro hijo o hija, para aprender a relajaros cuando empiecen las contracciones, así como para conocer qué primeros cuidados tendréis que dar al bebé, cuáles son las indicaciones sobre la lactancia materna, etc. En definitiva, os ayudará a conocer cómo se desarrolla un embarazo, qué es un parto, cómo se inicia y qué medidas podéis tomar para que sea lo más satisfactorio posible para vosotros y vuestra familia.

RECUERDA:

- **El embarazo suele durar alrededor de 40 semanas (entre 37 y 42 semanas).**
- **Debe considerarse como un proceso natural.**
- **Es importante contar con el asesoramiento de los especialistas.**

Está comprobado que el embarazo y el nacimiento de un hijo o hija pueden generar algunos **miedos, dudas e inseguridades** que hay que tratar para procurar el bienestar de la madre, del recién nacido y de la familia. Estas inseguridades suelen ser mayores en los casos de padres primerizos. No dudéis en consultar con vuestra matrona, médico de familia, ginecólogo o tocólogo aquellas dudas que se os planteen; sus consejos os ayudarán a llevar un embarazo mucho más tranquilo y satisfactorio. El embarazo, el parto y el puerperio (periodo de recuperación tras el parto) no son situaciones exentas de riesgos. Si los problemas se detectan precozmente, se podrá mantener un control más exhaustivo de los mismos y así resolverlos adecuadamente. Aunque el acceso a la información actualmente es más fácil por la diversidad de medios, el asesoramiento de los profesionales será, seguramente, la mejor solución a cualquier duda o problema que se os plantee.

¿Qué es importante tener en cuenta en las últimas semanas del embarazo? En las últimas semanas del embarazo debéis prestar atención a los siguientes aspectos, que os van a ser de utilidad:

a. Normalmente, entre las semanas 35 y 37 del embarazo se realizará un cultivo rectal y vaginal para la detección de cualquier infección o alteración del equilibrio de la flora vaginal. Para ello, se realiza una toma de exudado o mucosa y se cultiva específicamente para la detección del estreptococo del grupo B (SGB), bacteria que puede provocar infecciones en el recién nacido al pasar por el canal del parto. Si da positivo, el bebé podría infectarse con el SGB. Para evitar la infección, se realiza la **profilaxis**: administración de un antibiótico, iniciada como mínimo 4 horas antes del final del parto, y dosis sucesivas de antibióticos según el protocolo que hay en todos los hospitales y centros de partos. No debéis preocuparos por esto, pero sí es conveniente realizar la prueba antes del parto.

b. A partir de la semana 38 suele iniciarse la prueba de los monitores. Ésta consiste en una monitorización cardiotocográfica que registra la frecuencia cardíaca del pequeño y las contracciones o dinámicas uterinas. Ambos parámetros se marcan en un papel y nos indicarán si hay o no **"bienestar fetal"**, es decir, si el bebé está bien. Durante el parto, este mismo aparato nos dirá si el feto mantiene la normalidad durante todo el proceso.

c. Durante las últimas semanas del embarazo también se le realiza a la madre una **analítica general**. En caso de solicitar analgesia epidural, es conveniente aportar los resultados de la analítica de la madre, aunque también cabe la posibilidad de que le realicen una en el momento de ingresar en el centro.

d. Recordad llevar el **"Documento de salud de la embarazada"** o aquellos documentos que recojan los controles que se le hayan realizado a la madre durante el embarazo: ecografías, analíticas, etc., ya que son muy importantes para determinar los factores de riesgo y prevenir complicaciones en el parto.

e. Por supuesto, al ingreso recordad también llevar documentos tales como DNI y la tarjeta sanitaria.

EN EL MOMENTO DEL INGRESO HOSPITALARIO LA MADRE DEBERÁ PRESENTAR:

- **La cartilla maternal o los controles del embarazo.**
- **El resultado del exudado (SGB), si lo tenéis.**
- **Una analítica reciente, si la tenéis.**
- **Sus documentos de identificación.**

1.2. ¿QUÉ HAY QUE TENER PREPARADO?

Dolores García García • Pediatra Atención Primaria. Centro Adeslas. Salamanca
Jesús Alonso Díaz • Pediatra Atención Primaria. C.S. Garrido Norte. Salamanca

Durante los últimos meses del embarazo, mientras se espera la llegada del recién nacido, se puede aprovechar para hacerse con la ropa, cochecito de paseo, cuna y demás efectos que serán necesarios en los meses siguientes al nacimiento del bebé. Seguramente, como futuros papás ya conocéis el sexo del bebé, sabéis cuál va a ser su habitación y disponéis de más tiempo que tras el nacimiento, momento a partir del cual dedicaréis casi toda la atención al nuevo miembro de la familia.

1.2.1. CANASTILLA

La mamá y el recién nacido necesitan pocas cosas en la maternidad, pero éstas deben prepararse al menos un mes antes de la fecha probable de parto, ya que el nacimiento puede adelantarse. Según el tipo de parto, el ingreso hospitalario durará más o menos tiempo. Por ello es importante informarse antes de preparar la bolsa que se llevará al hospital. Como orientación, puede ser de utilidad llevar:

Para la mamá:

- 1 o 2 camisones abiertos por delante.
- Un par de sujetadores de lactancia para poder dar el pecho al recién nacido.
- Bragas desechables.
- Compresas posparto.
- Bata.
- Zapatillas.
- Calcetines.
- Ropa para regresar a casa que sea fácil de poner y quitar, amplia y cómoda.
- Bolsa de aseo: cepillo y pasta de dientes, gel, champú, peine, desodorante, jabón, crema hidratante, etc.
- Discos protectores de lactancia.

Para el recién nacido:

Según la época del año en la que se produzca el parto, la ropa que necesita el bebé puede ser diferente. A los recién nacidos les cuesta regular la temperatura corporal, por ello inicialmente conviene cubrir los brazos con mangas largas, los pies con calcetines y la cabeza con un gorro de algodón, independientemente de la época del año que sea. Se recomienda elegir ropa con velcro (fácil de poner y quitar), evitando botones, cremalleras o lazos para no molestar al recién nacido.

- Bodys, pijamas, calcetines o patucos y gorrito (mejor de algodón) para unos 3-5 días. A veces pueden ser necesarias manoplas, para que el bebé no se arañe la cara.
- Pañales de la talla recién nacido, toallitas infantiles para pieles sensibles y crema protectora para el culito.
- Toquilla, arrullo o mantita para la salida de la maternidad.
- Sillita o cuco, cochecito…
- Baberos.

1.2.2. HABITACIÓN DEL BEBÉ

Durante los primeros meses es recomendable que el bebé permanezca en la habitación de los padres, donde podéis ubicar un moisés de base ancha y suficientemente estable para evitar el riesgo de que pueda volcar; de fondo resistente para soportar el peso del bebé; con una estructura en buen estado; en el caso de que lleve cintas u otros adornos, deben estar bien sujetos y fuera del alcance del bebé y sin almohada, ya que hay riesgo de asfixia.

Aún así, podéis preparar su nueva habitación, que será el espacio donde jugará y dormirá, diferenciándose una zona del cuarto para cada acción. Si es posible, ubicad la habitación próxima a la vuestra.

Conviene distribuir los muebles dejando suficientes espacios libres, para que el niño pueda jugar, consiguiendo un cuarto funcional y práctico, que vaya adaptándose al crecimiento del bebé. En la decoración debe primar la seguridad, retirando los objetos pequeños y protegiendo las aristas de los muebles.

Inicialmente, evitad recargar la habitación. Bastará con una cuna, un cambiador y un armario. Cuando el bebé crezca podéis añadir un juguetero y una mesa con sillas. Los materiales deben ser naturales, con pinturas atóxicas, fáciles de limpiar y lavar. Será mejor emplear colores neutros para la habitación, creando un cuarto alegre y cálido, dejando los más vivos para los niños más mayores.

La temperatura debe oscilar alrededor de 22 ºC durante el día y alrededor de 18 ºC por la noche.

La iluminación puede ser de dos tipos: una en el centro del techo y otra desde alguna de las paredes laterales del cuarto. Sería conveniente utilizar reguladores de iluminación, muy útiles para los cuidados del bebé durante la noche. Se debe aprovechar la luz natural, utilizando cortinas ligeras y claras.

Para los siguientes meses:

1.2.3. CUNA

La cuna es imprescindible en la habitación del bebé, será su espacio de descanso. Debe ser amplia y confortable, homologada, estable, con formas lisas o redondeadas que garanticen la seguridad. Los barnices, pinturas o decoraciones utilizados en su fabricación no deben ser tóxicos.

La cuna debe colocarse en una esquina o rincón de la habitación, lejos de fuentes de calor o frío excesivas, así como de la ventana, evitando la exposición a corrientes de aire. No debe situarse bajo cuadros

o estanterías. Nunca hay que colocar cerca de la cuna objetos que puedan caerse sobre el bebé y tampoco hay que adornar la cuna con cintas que supongan un peligro para éste. Los juguetes deben estar fuera de la cuna.

La cuna debe tener una altura interna mínima de 60 centímetros, es decir, desde el punto más profundo de la cuna hasta el punto más alto de la barandilla. Por otra parte, la distancia mínima entre el punto menos profundo hasta la barandilla deberá ser de un mínimo de 30 centímetros.

Puede tener dos o más ruedas, de las cuales, al menos dos se deben poder bloquear.

Si tiene barrotes, la separación entre ellos debe ser de entre 4,5 y 6,6 centímetros, con el fin de evitar que el bebé introduzca la cabeza o alguna extremidad entre ellos y pueda quedar atrapado. Entre el colchón y los bordes de la cuna no debe haber un hueco de más de 2 centímetros por cada lado.

El colchón debe ser duro, evitando que el bebé se hunda en él, resistente y transpirable. Sus medidas deben ser adecuadas a la cuna, ya que un colchón pequeño puede dejar huecos atrapando una pierna o brazo del bebé. Puede ser de muelles, látex o viscoelástica. Sería conveniente introducir el colchón en una funda con cremallera y un protector de colchón. Actualmente existen fundas y colchones antiácaros y colchones de relleno hipoalergénico.

Hasta los dos años se desaconseja la almohada por riesgo de asfixia. A partir de esta edad, puede utilizarse una muy plana.

1.2.4. BAÑERA Y CAMBIADOR

El cambio del pañal y el baño, además de ser momentos de higiene, son una ocasión ideal para que el bebé pueda sentir los mimos y cuidados de los padres. Ambas acciones deben realizarse con seguridad.

La bañera debe ser resistente, con una estructura estable, realizada con materiales no tóxicos. No debe tener partes puntiagudas que puedan provocar daños al bebé ni orificios de un diámetro que permita introducir el dedo del niño, así como espacios entre los diferentes elementos.

La forma de la bañera debe facilitar al niño la posición de sentado, reduciendo el riesgo de resbalar bajo el agua.

Existen diferentes modelos, pudiendo encontrar dos en uno: bañera y cambiador. Muy útil si tenéis poco espacio en casa.

Los cambiadores deben cumplir las normas de seguridad establecidas por ley, evitando que el niño pueda rodar y caerse o pillarse los dedos con huecos o tapas del cambiador. Si tiene ruedas debe contar con un freno que evite los deslizamientos. La altura del cambiador debe ser la adecuada para que los padres accedan al bebé con comodidad.

El bebé nunca debe estar solo en la bañera ni sobre el cambiador, ya que puede caerse si no está vigilado.

1.2.5. TRONA

La trona es muy importante en los primeros años del niño, sobre todo a la hora de comer. Favorece que el niño aprenda poco a poco a comer solito, pudiendo utilizarse a partir de los seis meses, cuando es capaz de mantenerse sentado por sí solo. Con la trona será más fácil dar las papillas y los primeros alimentos sólidos al bebé.

Las tronas pueden ser de plástico (sólidas, higiénicas y bastante ligeras), de madera o de una combinación de plástico y acero. Las partes acolchadas deben ser de algodón u otro tejido natural que favorezca la transpiración.

El asiento de la trona debe ser amplio y cómodo para que el niño se siente. El respaldo también debe ser cómodo y acolchado, algunos permiten reclinarse y otros no.

El número de ruedas puede variar. Si tiene cuatro, dos de ellas deben tener frenos. Si carece de ruedas, debe presentar un sistema antivuelco. Los cantos deben ser redondeados y no dejar huecos donde el niño pueda pillarse los dedos.

El niño debe poder sujetarse mediante correas que permitan sus movimientos garantizando su seguridad.

El manejo en cuanto a la apertura, cierre, regulación de altura y desplazamiento de la trona debe ser fácil. Podemos diferenciar dos tipos de tronas:

- **Fijas:** en ellas no se puede regular la altura ni la inclinación del asiento. Ventajas: ocupan poco espacio, la mayoría se pueden plegar, son las más baratas y fáciles de manejar. Inconvenientes: no se pueden adaptar al tamaño del niño a medida que éste va creciendo.
- **Regulables:** disponen de varias posiciones que permiten regular la altura y el respaldo. La mayoría llevan ruedas con freno para poder desplazarlas con facilidad. Ventajas: son cómodas para el niño porque suelen estar acolchadas y, al ser ajustables, pueden servir hasta los 3 años. Inconvenientes: ocupan mucho espacio (aunque se pueden plegar) y son más caras.

1.2.6. COCHECITO Y SILLA DE PASEO

Actualmente existen multitud de cochecitos que, sobre un mismo chasis, pueden adaptar el capazo, el asiento y la silla de seguridad mediante un cambio de accesorios. El número de ruedas puede variar entre 3 y 4, pudiendo ser dobles o sencillas, giratorias o fijas, con variedad en tamaño incluso en el mismo cochecito.

Es conveniente considerar varios aspectos a la hora de elegir el cochecito ideal:

- **Para la ciudad:** si utiliza con frecuencia el transporte público y su vivienda es pequeña: cochecito de ruedas pequeñas y giratorias que se muevan con facilidad, y ocupe poco espacio.
- **Para pasear por el campo:** silla todoterreno de 3 ruedas.

El capazo debe ser rígido y acolchado, con materiales desenfundables y lavables. Debe tener un tamaño adecuado al bebé, siendo importante los meses que probablemente pase en él según la época del año en la que nazca.

El chasis debe ser resistente, fácil de plegar y que ocupe poco espacio. Según por donde vayáis a pasear frecuentemente, deberéis valorar un tipo u otro de rueda. Los frenos pueden activarse con el pie o desde el manillar.

1.2.7. SILLA DE AUTOMÓVIL: SISTEMAS DE RETENCIÓN INFANTIL (SRI)

Todo niño debe viajar en automóvil sujeto a una silla de seguridad acorde a su peso y estatura. La edad es un dato orientativo.

Las sillas deben estar homologadas: deben tener una etiqueta que lo certifique, especificando los siguientes datos: marca y nombre del fabricante, norma de referencia, peso autorizado del niño, número de homologación, número progresivo de producción desde que se concedió la homologación, leyenda que indique la compatibilidad de la silla con los vehículos (universal, universal isofix, semiuniversal o específico), código internacional que indica el país que

ha concedido la homologación, correspondiendo la E a Europa y el número al país.

La normativa de seguridad vial especifica que todas las personas con una estatura inferior a 135 centímetros deberán utilizar obligatoriamente un dispositivo de retención homologado adaptado a su talla y peso.

Los SRI se clasifican en cinco grupos:

- **Grupo 0 (de 0 a 10 kg):** capazos de seguridad para los recién nacidos. Se colocan en sentido transversal en los asientos traseros. El sistema va sujeto con los cinturones de seguridad. En el interior del capazo hay arneses para retener al bebé, que va tumbado y con la cabeza hacia el interior.
- **Grupo 0+ (de 0 a 13 kg):** pueden utilizarse hasta aproximadamente el año de vida. El bebé va sujeto mediante arneses. Pueden colocarse en el asiento delantero o trasero, pero **siempre en sentido contrario a la marcha**. Si se colocan en el asiento del copiloto es obligado desconectar el airbag, ya que su activación lesiona e incluso puede asfixiar al bebé. En esta colocación también se debe retrasar al máximo el asiento con el fin de alejar al bebé del salpicadero. Si se colocan en los asientos posteriores, utilizaremos el central para minimizar las posibles lesiones en una posible colisión lateral. La silla se fija al automóvil con el cinturón de seguridad, y el bebé va sujeto por un arnés de 5 puntos.
- **Grupo 1 (de 9 a 18 kg) y grupo 2 (de 15 a 25 kg):** deben colocarse en los asientos traseros, en el sentido de la marcha del vehículo, o en el delantero sin airbag. Se ancla al automóvil mediante el cinturón de seguridad o anclajes isofix.
- **Grupo 3 (de 22 a 36 kg):** deben colocarse en los asientos traseros, en el sentido de la marcha del vehículo o en el asiento delantero sin airbag.

Los tipos de anclaje de la silla pueden variar pero, en cualquier caso, un montaje incorrecto no garantiza la seguridad del niño ni de los acompañantes. Siempre debemos comprobar que la silla esté bien anclada al asiento del coche y que no se mueve nada, incluso en aquellos viajes en los que no está siendo utilizada.

El sitio más seguro para instalar la silla es la parte central de los asientos traseros pero si no es posible colocarla allí, utilizaremos el asiento trasero que corresponde a la acera de la calzada para facilitar a los padres las tareas de atar y desatar al niño. En todos los casos, la opción menos segura es el asiento delantero (con airbag desconectado).

1.2.8. CHUPETE

El chupete puede recomendarse a partir del mes de vida, siempre que ya se haya establecido la lactancia materna, ya que se ha observado que puede reducir el riesgo de muerte súbita.

El chupete debe cumplir unos requisitos de seguridad regulados por la normativa europea NF S 54-003:

- La tetina debe tener una longitud igual o inferior a 30 mm.
- El cuello de la tetina debe ser mucho más grande que la boca del niño e incluir un orificio para el paso del aire.
- La anilla no debe separarse de la tetina aunque se ejerza una fuerte tracción.
- Es necesario prestar atención al riesgo de asfixia, ya que la tetina podría quedarse al fondo de la boca, obstruyendo la vía respiratoria.

Los chupetes pueden ser de látex o de silicona. Los de látex o goma natural son resistentes, blandos y elásticos. Con el uso pueden hincharse y absorben olores. Los de silicona son también blandos y elásticos pero no absorben olores ni sabores y su forma se mantiene inalterable.

Antes de su primer uso es necesario esterilizarlo en frío o en agua hirviendo. Debe guardarse en un chupetero limpio y seco. Es conveniente sustituirlo en uno o dos meses. No se debe impregnar la tetina en sustancias dulces o jarabes que favorezcan las caries.

El chupete ideal debe provocar la menor apertura bucal, ejercer la menor presión sobre el paladar y tener una superficie de contacto con éste lo más parecida a la lengua. Es más seguro que sea de una sola pieza.

El riesgo de malformaciones bucales aumenta si se ejerce una presión más o menos constante durante seis horas diarias, aproximadamente. El tiempo que el bebé utilice el chupete, junto a la fuerza que el pequeño aplique en la succión, marcarán la diferencia. Los efectos perjudiciales que ejerce sobre la correcta alineación de los dientes son pasajeros, siempre y cuando el **chupete deje de utilizarse antes de los tres años de edad.**

Nunca se debe utilizar una cuerda o collar alrededor del cuello para sujetar el chupete, dado el riesgo de asfixia que supone.

RECORDAD:

- **Durante los primeros meses es recomendable que el bebé permanezca en la habitación de los padres.**
- **Nunca debéis colocar cerca de la cuna objetos que puedan caerse sobre el bebé y tampoco adornar la cuna con cintas que supongan peligro para éste. Los juguetes deben permanecer fuera de la cuna.**
- **El bebé nunca debe estar solo en la bañera ni sobre el cambiador.**
- **Todo niño debe viajar en automóvil sujeto a una silla de seguridad acorde a su peso y estatura. En el caso concreto del grupo 0+ (de 0 a 13 kg): siempre en sentido contrario a la marcha.**
- **El chupete debe dejar de utilizarse antes de los tres años de edad.**

1.3. PARTO Y POSPARTO

José Moya Valero • Matrona. Hospital Regional Universitario. Málaga

1.3.1. INICIO DEL PARTO

No es fácil determinar cuándo **una mujer ha iniciado el parto**, ni siquiera entre los especialistas. A modo de resumen y con cierto consenso, podemos decir que un parto se ha iniciado cuando:

- En el cuello del útero de la embarazada se aprecia una dilatación de entre tres y cuatro centímetros.
- Un borramiento o acortamiento del cuello del útero de más del 50 %.
- Cuando la mujer presenta entre dos y tres contracciones de media o alta intensidad cada 10 minutos.

Con anterioridad a este inicio, la gestante se encontrará en la fase llamada de **"Pródromos"**. Esta fase se caracteriza porque:

- Aparecen las contracciones, pero no son rítmicas y tampoco dolorosas, o muy poco. El reposo ayuda a que cedan.
- Su duración es muy variable, desde unas horas hasta varios días.
- Se puede producir la expulsión del tapón mucoso.
- Como resultado de ello, el cuello uterino se empieza a borrar o a acortar y se puede empezar a dilatar.

Por este motivo, en muchos casos, la mujer acude a urgencias creyendo que su parto ya se ha iniciado.

Una vez que el parto se ha iniciado, la atención que recibiréis será diferente dependiendo de si todo va transcurriendo con normalidad y no hay factores de riesgo. En este caso nos encontraríamos con un **"parto normal"**. Si por cualquier motivo no se inicia el parto de manera espontánea y hay que provocarlo o, lo que es lo mismo, hay que hacer una **"inducción de parto"**, la vigilancia del mismo será más estrecha y requerirá monitorización continua y una atención más medicalizada. Lo mismo ocurrirá si se opta por la **analgesia epidural** como método para eliminar el dolor.

Hoy en día, las maternidades suelen admitir los deseos de los padres en cuanto a la forma de "vivir" el nacimiento de un hijo; algunas incluso disponen de lo que se llama un **"Plan de parto y nacimiento"**. Éste es un documento que se elabora con anterioridad –la matrona os podrá asesorar sobre ello– y en él se expone qué tipo de atención quiere recibir la madre. La matrona y/o el tocólogo que os atiendan tratarán de que todo el proceso se desarrolle dentro de la normalidad manteniendo los márgenes de seguridad y bienestar tanto para la madre como para el hijo o hija que va a nacer. La adaptación que los centros están realizando en este sentido hace que el hospital o centro de maternidad sea el lugar más idóneo para atender cualquier parto.

En cualquier caso, y si no habéis elaborado vuestro Plan de parto, el centro y los profesionales que os atiendan os podrán ofrecer toda la información necesaria para que conozcáis cuáles son los procedimientos más habituales que se dan en el hospital y cuáles son los recursos humanos y materiales con los que podréis contar.

Primeras señales del parto que motivan a acudir al hospital:

a. **Aparición de contracciones uterinas rítmicas progresivas e intensas, al menos una cada 5 minutos, en un periodo de al menos una hora,** y que no ceden con el reposo.

b. **Rotura de la bolsa de las aguas.** En el caso de que se rompa la bolsa la madre tendrá la sensación de haberse hecho pipí de manera involuntaria, y es necesario acudir al hospital, aunque no se tengan contracciones. Es muy importante en estos casos observar la cantidad y las características de las aguas. Su color normal es transparente, como el agua. En el caso de que sean de color verde esto puede evidenciar signos de pérdida del bienestar fetal y es preciso consultar con urgencia al centro hospitalario. Lo mismo hay que hacer en caso de que sean sanguinolentas (sangre diluida en el líquido amniótico).

c. **Pérdidas por vía vaginal.** Puede ser normal que salga sangre pero en una cantidad escasa, siempre inferior a la que se expulsa durante una regla. Es lo que se conoce como "manchado" o "señalarse". En caso de que la hemorragia sea como la regla o en mayor cantidad, es preciso acudir al hospital urgentemente.

MOTIVOS PARA ACUDIR AL HOSPITAL:

- **Inicio de contracciones uterinas rítmicas, al menos 1 cada 5 minutos, durante una hora o más.**
- **Rotura de la bolsa de las aguas.**
- **Sangrado igual o mayor que una regla.**

1.3.2. EL PARTO

Fases:

a. **Periodo de dilatación.**

Ya hemos hablado de los pródromos como fase previa al inicio del parto, pero la primera fase del parto es la de dilatación. Su duración puede alcanzar las 10 horas en una mujer que ya ha tenido algún parto y las 15 horas en una primípara (mujer que pare por primera vez). Normalmente es la fase más larga y en ella se producen diversos cambios de adaptación, tanto en la madre como en el feto, para facilitar el nacimiento. Una vez iniciada esta fase, el parto ya no suele detenerse, salvo que haya algún problema en la evolución del mismo. La mujer notará contracciones rítmicas, intensas, normalmente dolorosas y que no ceden aunque se esté en reposo. Éstas pueden variar de dos a cuatro (o incluso cinco) contracciones cada 10 minutos. En el periodo de dilatación se siguen varios pasos, según la frecuencia de las contracciones, pero para simplificar, en este periodo se prestará especial interés a los siguientes aspectos:

- Se realizará la valoración del bienestar fetal y del trabajo de parto mediante la realización de tacto vaginal y RCTG (monitorización).
- Si el trabajo de parto se ha iniciado se ingresará a la gestante en una habitación o directamente en la sala de dilatación o paritorio; dependerá de las instalaciones de cada centro.
- Se procederá a la realización de la historia clínica con la anamnesis –preguntas de los antecedentes y motivos por los que acude a la urgencia–, control de constantes vitales, etc.
- Se llevará a cabo una monitorización continua o intermitente del latido cardíaco fetal y del ritmo de las contracciones uterinas según la situación del parto y de los cuidados demandados por los padres. En caso de presentarse algún factor de riesgo, detención de la dilatación, analgesia epidural, inducción del parto, etc., la monitorización será continua.
- Se colocará una vía para la administración de sueros y medicamentos y/o la utilización de oxitocina (hormona estimuladora de la dilatación) y analgésicos si se requiere o se solicita.
- Se realizarán los tactos vaginales que sirven para valorar la evolución de la dilatación, esto

es, si el parto progresa de manera adecuada o no. Al igual que en los casos anteriores, su frecuencia dependerá de la situación y evolución del parto.

- Si no se prevén problemas se permitirá a la embarazada tomar líquidos claros, más o menos azucarados, que suelen mejorar su confort.

¿Qué recomendaciones podemos hacerle?

En las primeras fases el control de la respiración es muy importante y ayuda a mantener una actitud positiva. Con el incremento de la frecuencia e intensidad de las contracciones y el aumento de la presión en la zona superior de la vagina, es conveniente añadir el masaje dorsal, la aplicación de calor, los paseos y el uso de pelotas o un baño o ducha, según los recursos del centro. Es muy importante aprovechar el descanso entre contracciones: "descansar y pensar en positivo" durante los momentos en que no hay contracción ayuda a controlar el dolor y la fatiga. Es importante que tengáis en cuenta que el miedo, la tensión, y las molestias causadas por el desconocimiento del proceso del parto, así como de los factores personales y del entorno, aumentan la sensación dolorosa y pueden dificultar la dilatación cervical. Es lo que conocemos como el **ciclo miedo-tensión-dolor**. Igualmente, las características fisiológicas individuales de cada mujer también pueden influir en los límites personales de tolerancia al dolor.

b. Periodo de expulsivo.

Una vez alcanzada la dilatación completa, esto es, los 10 cm, se pasa a la siguiente etapa, la expulsión.

Este periodo concluirá con el nacimiento.

Características del nacimiento o **expulsión:**

- Duración: el periodo de expulsión en una madre primípara puede llegar a las dos horas de duración y a una en las multíparas. Pero hay que tener en cuenta que una vez aplicada la analgesia epidural, esta fase se puede prolongar más.

- Las contracciones serán rítmicas y más intensas, pudiendo disminuir algo la frecuencia.

- Aparecerán los **pujos.** El pujo es una sensación de presión en la zona vaginal y rectal que invita a la mujer a empujar; puede ser un signo de que la dilatación se ha completado y del descenso de la cabeza fetal a través del canal del parto. Con la analgesia epidural esta sensación puede no sentirse o ser mucho menor. Se recomiendan los **pujos espontáneos** cuando hay contracción. También se utilizan los **pujos dirigidos:** en este caso es la matrona o el tocólogo quien le dice a la embarazada cuándo y cuánto empujar.

Las **actuaciones y cuidados principales** que se le van a realizar a la madre son:

- Si la sala de dilatación está separada del paritorio, es normal que la pasen a éste para el expulsivo.
- La madre puede elegir la posición que le sea más cómoda para el nacimiento si todo evoluciona con normalidad. Puede ser que los profesionales le recomienden otra si la consideran más adecuada a su situación.
- Los tactos vaginales van a ser más frecuentes y se suele realizar una desinfección de la zona perineal.
- El sondaje de la vejiga se realizará si es preciso, al igual que la lubricación del canal de parto.
- La **episiotomía** (incisión quirúrgica para agrandar el orificio vaginal y facilitar la expulsión del bebé y evitar desgarros) se realizará si se considera necesaria. La matrona o el tocólogo que atiendan a la madre normalmente le dirán cuándo y por qué es preciso efectuarla.
- Los **pujos** se pueden hacer de dos formas: expulsando el aire a la vez que se empuja o manteniendo el aire en los pulmones, sin expulsarlo al empujar. Aunque se aconseja más la primera, esta segunda forma es necesario hacerla si el descenso de la cabeza es muy lento o si no se realiza la suficiente presión con el pujo en espiración. Lo normal es que los pujos se hagan durante la contracción; entre ellas la mujer debe aprovechar para descansar y relajarse.
- Las inspiraciones profundas ayudarán durante todo el proceso a oxigenarse mejor.
- Es conveniente que como padres recibáis **información** en todo momento por parte de los profesionales que os estén atendiendo para conocer la evolución del parto y qué intervenciones van a ser necesarias tanto para la madre como para el neonato. Preguntad las dudas que tengáis y participad en la toma de decisiones.

ETAPAS DEL PARTO:

- **Dilatación.**
- **Expulsivo.**
- **Alumbramiento.**

c. Tipos de parto.

La finalización del parto, a grandes rasgos, puede ser de tres tipos principales: normal o eutócico, instrumental o cesárea.

- El **parto eutócico o normal** es el que se produce con el feto presentando la cabeza. Su salida al exterior se efectúa mediante los pujos maternos, sin ayuda de ningún instrumental para su extracción. El **parto de nalgas** no entra en este apartado, pero se asemeja en cuanto a que tampoco se usa ningún instrumento.
- El **parto instrumental** es aquel en el que el nacimiento se produce por vía vaginal pero requiere la utilización de alguno de estos tres instrumentos: **espátulas, fórceps o ventosa.** La elección de uno u otro la realiza el tocólogo en función de las condiciones del parto, pues cada uno de ellos tiene su indicación concreta.
- En la **cesárea**, la extracción del feto se realiza a través del abdomen mediante una incisión. Se opta a ella cuando no se considera posible el parto por vía vaginal o cuando surge una urgencia que hace que la forma más rápida de extraer al feto sea la propia cesárea. A su vez, la cesárea podrá ser **electiva** cuando se hace de forma programada porque ya se sabe que no es posible un parto vía vaginal, antes de iniciarse el parto, o **cesárea tras trabajo de parto**, que es la que se efectúa después de que la mujer haya iniciado el parto.

TIPOS DE PARTO:

- **Normal o eutócico.**
- **Instrumental: fórceps, ventosa o espátulas.**
- **Cesárea.**

d. Atención al recién nacido (RN).

El momento del nacimiento de vuestro hijo o hija es difícil de describir; las emociones que como padres sentiréis hacen del nacimiento, posiblemente, el acontecimiento más importante de vuestras vidas.

Siempre que el estado del recién nacido lo permita y la madre lo desee, es conveniente el contacto piel con piel de ambos, colocando al neonato sobre el pecho de la madre, secándolo y manteniéndolo sobre ella. La madre será la fuente de calor que el recién nacido necesita en los primeros momentos de vida. Se facilitará así el **vínculo materno-fetal** pues facilitará el reconocimiento mútuo: la madre deberá tocarlo, mirarlo, hablarle y ello, al mismo tiempo, hará que su bebé se tranquilice, la huela y busque el pezón para iniciar la lactancia. Todo ello favorece la formación de los vínculos afectivos madre-hijo. De sobra es sabido que el contacto piel con piel madre-recién nacido de forma precoz tiene efectos positivos sobre la lactancia materna y también sobre el desarrollo afectivo.

Al nacer, se secará al bebé, se colocará al pequeño sobre su madre para que le dé calor y se le administrará **vitamina K** para evitar hemorragias y un **colirio** en los ojos para prevenir el riesgo de conjuntivitis después de pasar por el canal del parto. También se recomienda la **vacunación contra la hepatitis B**, aunque hay diferencias entre las distintas Comunidades Autónomas en el inicio de esta vacunación. Cada Comunidad aplica un determinado calendario vacunal.

A veces es necesario estimular un poco al bebé para que respire y aspirarle secreciones. Si todo ha transcurrido con normalidad, el resto de los cuidados se pueden ir haciendo durante las dos primeras horas tras el parto, manteniendo siempre el contacto piel con piel madre-hijo. Si surge algún problema y hay que realizar maniobras de mayor envergadura es posible que se lleven al pequeño a un lugar mejor acondicionado, donde un pediatra o neonatólogo realizará las maniobras y actuaciones que requiera.

Los padres deben recibir información constantemente por parte de los profesionales del hospital que les estén atendiendo, y así conocer cómo va evolucionando el proceso y qué cuidados e intervenciones se le están realizando al recién nacido.

El **pinzamiento del cordón** puede hacerse de forma precoz, esto es, al salir el bebé, o de forma tardía, cuando deja de latir el cordón. Actualmente éste es el método que se recomienda.

Si lo deseáis, en muchos centros podréis **donar la sangre del cordón umbilical**, de manera altruista, para realizar trasplantes de médula a donantes compatibles. También podéis hacerlo para vuestro propio uso; en este caso deberéis acordarlo con una empresa dedicada a ello, pues el sistema sanitario público en España no lo cubre. En caso de donación se suele realizar el pinzamiento precoz del cordón para asegurar que se obtiene sangre suficiente.

Hoy en día, todavía son pocas las maternidades que permiten el acceso de la pareja al quirófano si el parto es una cesárea, pero en algunos centros se está intentando que el contacto piel con piel lo realice el padre. Lo que sí es cada vez más frecuente es que el padre se mantenga en el paritorio en caso de partos instrumentales.

Por supuesto el pediatra, a partir de su salida del hospital, será quien lleve el control y vigilancia del desarrollo de vuestro hijo.

e. Alumbramiento.

Es la última etapa del parto y va desde el nacimiento del bebé hasta la total expulsión de la placenta y de las membranas ovulares. El alumbramiento suele ser un proceso **espontáneo**: el útero se contrae y la placenta sale al exterior en unos minutos (puede tardar hasta 30 minutos o algo más, y es posible que se le masajee el fondo del útero y se le ayude a expulsar la placenta). En la actualidad hay tendencia a actuar sobre este periodo inyectando oxitocina y

provocando así que la placenta salga con más rapidez. La finalidad de esta actuación es disminuir el sangrado materno y que haya menos anemia posparto. En el caso de que la placenta no salga, habrá que realizar una extracción manual. Para ello, si la madre no tiene epidural habrá que sedarla, pues es molesto.

1.3.3. EL PUERPERIO

El puerperio es el periodo que transcurre desde el final del parto hasta la recuperación de los órganos genitales y la reaparición de la menstruación. Su duración oscila entre 6 y 8 semanas y se divide en tres fases o etapas: el **puerperio inmediato** (dos primeras horas después del parto); el puerperio **intermedio** o mediato (los siguientes 10 días después del parto) y, finalmente, el **puerperio tardío**, que va desde el final del puerperio intermedio hasta la primera menstruación; ésta última puede tardar más tiempo en aparecer (hasta unos 6 meses si se mantiene la lactancia materna). Estos dos últimos periodos serán vigilados y atendidos por las matronas –a veces enfermeras– de atención primaria en la **"visita puerperal"**, para el seguimiento y evaluación de la recuperación posparto.

Después del parto se produce una hemorragia que se denomina los **"loquios"**. Son parecidos a una menstruación, más abundantes al principio y que irán disminuyendo a medida que pasen los días. Además, pueden aparecer pequeñas molestias, como dolor en la zona del periné, especialmente si le han dado puntos de sutura por episiotomía o desgarro durante el parto. También podrá notar sensación de fatiga o cansancio, que pueden ser aliviadas con un descanso adecuado. Asimismo podrá notar dolores abdominales causados, bien por la contracción normal del útero en esta etapa –que se irá reduciendo hasta su tamaño inicial–, o bien por la secreción de oxitocina durante la lactancia: son los llamados

“entuertos”; en las multíparas serán más dolorosos que en las primíparas. Algún analgésico le podrá aliviar esas molestias.

Es un periodo en el que se producen cambios muy importantes. Se trata de un proceso natural de recuperación del cuerpo de la madre y representa un cambio de vida, tanto a nivel individual, como familiar, al que deberéis acomodaros paulatinamente. Es importante entender este periodo como una situación única y especial que debéis vivir con la máxima satisfacción y plenitud, puesto que es una etapa en la que los vínculos con el recién nacido son muy estrechos.

Ambos deberéis tener confianza en vuestra propia capacidad para afrontar las situaciones con éxito y seguridad, siguiendo las indicaciones que preciséis de la matrona o el tocólogo, así como las directrices de vuestro pediatra en los cuidados del recién nacido.

EN RESUMEN:

- **En las últimas semanas de la gestación recibiréis información sobre cuál va a ser el probable desarrollo del parto. Cuando llegue el momento de acudir a la Maternidad no debéis olvidar aportar los documentos más importantes:**
  - **La cartilla maternal o documentos de control del embarazo.**
  - **El resultado del exudado (SGB) si lo tiene.**
  - **Una analítica reciente.**

- **La realización de la Educación Maternal durante el embarazo habrá servido para solucionar las muchas dudas que como futuros padres podáis tener.**

- **El inicio del parto deberéis afrontarlo con tranquilidad y no acudir al centro al primer síntoma. Sí deberéis acudir en caso de:**
  - **Inicio de contracciones uterinas rítmicas, 2-3 cada 10 minutos, durante una hora o más.**
  - **Rotura de la bolsa de las aguas, especialmente si el líquido no es claro.**
  - **Sangrado igual o mayor que el de una regla.**

- **El parto, salvo que haya algún problema ya previsto o surja durante su evolución, deberemos considerarlo como un proceso fisiológico que madre y padre vivirán de manera intensa y especial, participando en la toma de decisiones con el apoyo de los profesionales que les atiendan. Hoy todas las maternidades y hospitales están procurando que la familia se involucre más en la atención al parto y lo vivan de una manera más satisfactoria, por lo que son el lugar más idóneo para atenderlo.**

- **En este proceso, procurad vivir cada etapa de la manera que sea más satisfactoria, con sentido común y manteniendo la seguridad de la madre y la del bebé como vuestros objetivos principales.**

- **Tras el nacimiento de vuestro hijo, intentad adaptaros a la nueva situación con el apoyo de vuestra familia y con la tranquilidad de que sois muy capaces de afrontar todos los cambios emocionales, psicológicos, familiares y sociales que se están produciendo en vuestras vidas.**

1.4. EL AMBIENTE EN CASA. LOS HERMANOS

Dolores García García • Pediatra Atención Primaria. Centro Adeslas. Salamanca
Mª del Carmen Mendoza Sánchez • Pediatra. Hospital Universitario. Salamanca

1.4.1. CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR

El embarazo y el parto conllevan importantes cambios psicológicos que modifican la relación de pareja. Es necesario cuidar esta relación antes del nacimiento de vuestro hijo. A pesar de esperar con verdadera ilusión este nacimiento, puede que su llegada provoque inicialmente algunos conflictos familiares. La llegada del primer hijo convierte a la pareja en familia; y con la llegada de un hermano, el hijo mayor deberá aprender a compartir el tiempo del que disponen sus padres y que antes le dedicaban sólo a él.

1.4.2. REACCIÓN DEL HERMANO MAYOR

El primer hijo disfruta de la atención de sus padres de forma exclusiva pero cuando llega el hermanito pierde esa exclusividad, dando lugar a nuevos sentimientos. La alteración en su comportamiento es normal, pudiendo aparecer celos ante el bebé recién llegado. De los padres y de su entorno depende que este cambio en la estructura familiar se realice sin grandes traumas o que, por el contrario, se inicie un calvario para toda la familia.

Durante el embarazo, debéis pensar cuál es el mejor momento para que vuestro primer hijo conozca la feliz noticia. El embarazo debe ser seguro, además es importante valorar la edad del niño, puesto que el concepto de tiempo variará bastante, pudiendo hacerse interminables para él esos siete u ocho meses de espera. Puede ayudar indicar la época en la que nacerá: Navidad, verano, etc. En todo caso, conviene evitar hablar continuamente del embarazo y del futuro bebé.

Debéis intentar que la imagen que se forme del futuro hermano sea lo más parecida posible a la realidad: los padres esperan un bebé, no otro niño para que juegue con el balón o la muñeca nada más salir del hospital. Para ello, podéis enseñarle fotos de cuando lo esperabais a él y de cuando era un recién nacido. El hermano mayor podrá ayudar a los padres en la elección de la habitación, la ropa y el nombre del bebé.

Debéis tener en cuenta que, tanto durante el embarazo como posteriormente, el hermano mayor necesitará más atención, con el fin de disminuir en lo posible su sensación de desplazado.

Durante el ingreso hospitalario, el hermano mayor puede visitar a la madre y conocer al bebé. Si las visitas sólo se acuerdan de obsequiar al recién nacido, el hermano mayor puede abrir el regalo, decidir dónde lo pueden colocar y dar su opinión sobre si le gustará o no al bebé.

Tras el alta hospitalaria, ya en casa, no debéis olvidar que vuestro hijo mayor os necesita y, puesto que la madre estará más ocupada en los cuidados del recién nacido, el padre puede aprovechar este momento para reforzar la relación con el mayor. Puede hablar con él, conocer sus temores, darle cariño mediante abrazos y besos. Necesita contar con un tiempo en exclusiva para él, igual que cuando el bebé toma el pecho y tiene a la mamá para él solito. **Intentad mantener en lo posible las rutinas que seguíais antes del nacimiento del bebé:** salida al parque, cuento antes de dormir, etc.

Vuestro hijo mayor verá cómo cuidáis al bebé, le dais la toma, le cambiáis el pañal, le bañáis, le vestís, etc. Puede pensar que si él vuelve a necesitaros para

estas tareas, quizá paséis más tiempo juntos. Este comportamiento o **etapa regresiva** requiere que seáis comprensivos con él, reforzando las conductas ya aprendidas y haciendo que comprenda que a él le queréis tanto como antes y que ahora él va a ser el ejemplo a seguir para su hermano pequeño. Los mayores generalmente acaban aburriéndose en el papel del bebé si no se le da excesiva importancia a este comportamiento.

Los cambios de humor también pueden ser frecuentes y no sería extraño que vuestro hijo mayor pase en un instante de achuchar al bebé a querer dañarle físicamente en un arrebato de celos. Según su edad, puede no conocer las consecuencias de sus actos, y para evitar un daño mayor, es conveniente que inicialmente no dejéis al recién nacido solo con su hermano. **Un niño que no expresa ningún tipo de celo, por pequeño que sea, puede que esté escondiendo algún otro problema.** No todos los niños manifiestan los celos con rabietas, otros pueden desarrollar una verdadera depresión, con alteración del sueño y del apetito pasándolo en silencio e introversión.

Podéis hacer del aseo del bebé un momento para compartir en familia, pidiendo al mayor que sea su ayudante en el cambio del pañal y la elección de la ropa para el paseo.

1.4.3. RELACIONES DE PAREJA TRAS LA LLEGADA DEL RECIÉN NACIDO

El cuidado del recién nacido y del lactante requiere compromiso, responsabilidad y generosidad. La pareja tiene una estructura que se modifica completamente con la llegada del nuevo miembro, adquiriendo nuevos roles, de padre y madre.

En muchas ocasiones el estrés y el cansancio físico (disminución de las horas de sueño, o sueño fraccionado por tomas nocturnas y cambios de pañal) hacen que la pareja se olvide de ser tal pareja, empleando su energía en garantizar el bienestar del bebé, en detrimento de su intimidad. Para que esto no pase es necesario buscar y encontrar un tiempo para estar juntos, compartiendo el cuidado del bebé y evitando el excesivo cansancio de la madre cuando pretende asumir todos los requerimientos del recién nacido. Para favorecer la relación de pareja es necesaria la implicación del padre. Si el padre se involucra en el cuidado del bebé es más probable que se evite el distanciamiento entre la pareja.

Aunque parezca imposible, es necesario que los padres se dediquen tiempo a sí mismos. Es importante que descansen, aprovechando los ratitos en los que los niños duermen.

1.4.4. DEPRESIÓN POSPARTO

Tras el parto (a veces poco después de éste, aunque generalmente en los 3 primeros meses, y hasta un año después), la madre puede presentar síntomas de depresión: agitación, ansiedad e irritabilidad, sentimientos negativos hacia el recién nacido, sintiéndose incapaz de cuidarlo, anorexia, apatía, astenia, insomnio o pérdida de memoria. En los casos más extremos puede llegar a ser muy severa.

Los cambios hormonales vividos durante el embarazo y tras el parto pueden estar tras estos síntomas, pero también influyen los cambios en la imagen corporal durante estos meses, el cansancio y la falta de sueño y la preocupación sobre su capacidad para ser “buena madre”, además de los cambios en el entorno social y laboral que supone su maternidad.

Un embarazo deseado, vivido sin acontecimientos estresantes durante la gestación y el parto, con un buen entorno familiar, así como con el apoyo de la pareja, constituirían los factores preventivos para disminuir la intensidad de la depresión posparto.

Ante el inicio de cualquiera de los síntomas de depresión posparto es necesario establecer medidas que ayuden al tratamiento y desaparición de los mismos. En cualquier caso siempre puedes consultarlo con tu ginecólogo o especialista.

La madre debe saber pedir ayuda a su entorno, aprendiendo a delegar tareas a su pareja, a confiar el cuidado de su hijo a otros familiares y amigos, y sobre todo debe saber que es conveniente que exprese sus temores, dudas, preocupaciones y ansiedades. Nadie que la quiera esperará la perfección absoluta, porque sólo con el hecho de ser mamá e intentar hacerlo lo mejor posible ya es maravillosa.

Cuanto más estable sea el entorno de la mujer tras el parto, menos posibilidades habrá de presentar depresión posparto grave. Por tanto, es mejor dejar para más adelante los grandes cambios en la vida, puesto que ya estará viviendo uno de los más importantes: ser mamá.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que **la privación de sueño y la fatiga derivada de la misma son dos factores relacionados con el desarrollo de la depresión posparto.**

El tratamiento para la depresión posparto puede requerir medicamentos, psicoterapia o ambos. Será el especialista médico quien determine la terapia a seguir.

RECORDAD:

- **Intentad mantener en lo posible las rutinas que seguíais antes del nacimiento del bebé ya que favorecerá que el hermano mayor no se sienta desplazado.**
- **Un niño que no expresa ningún tipo de celo, por pequeño que sea, puede estar escondiendo algún otro problema. Es normal que el hermano mayor sienta celos ante la llegada del bebé.**
- **Podéis hacer del aseo del bebé un momento para compartir en familia.**
- **Ante el inicio de cualquiera de los síntomas de depresión posparto es necesario establecer medidas que ayuden al tratamiento y desaparición de los mismos. En cualquier caso siempre puedes consultarlo con tu ginecólogo o especialista.**
- **Intentad dormir cuando el bebé duerma.**

1.5. EL SISTEMA SOCIOSANITARIO

Jesús Alonso Díaz • Pediatra Atención Primaria. C.S. Garrido Norte. Salamanca
Dolores García García • Pediatra Atención Primaria. Centro Adeslas. Salamanca

1.5.1. LOS "DOCUMENTOS DEL BEBÉ"

Ya pasado el parto y con él, el momento de mayor expectación para los padres, deben realizarse una serie de trámites para darle una identidad civil al recién nacido con el fin de que pueda tener todos los derechos que como ciudadano le corresponden.

A continuación se enumeran los documentos que se van a tener que tramitar desde el momento del nacimiento. Sería conveniente, desde el punto de vista práctico, tener elaborada una agenda antes del momento del ingreso de la madre en la maternidad para facilitar las cosas.

Documento de identificación sanitaria maternofilial

Es un papel, generalmente azul, que rellenan los sanitarios justo antes del parto y donde va colocada la huella dactilar de la madre y, tras el parto, se colocan también las huellas dactilares del bebé.

Cuestionario para la Declaración de Nacimiento en el Registro Civil

Es un documento tamaño folio y de color amarillo. Se facilita en el hospital trascurridas 24 horas del parto. Hay que presentar el DNI de la madre y se recoge en la administración del paritorio. Normalmente sólo se entrega con una parte cumplimentada, la que indica "Parte del facultativo que asistió al nacimiento". El resto lo tenéis que rellenar con los datos del recién nacido, los de la madre y los del padre. La fecha y hora del parto se pueden consultar en el documento anterior.

Justificante de ingreso de la madre

Se solicita en los puntos de administración del hospital. Se trata de un justificante en el que constan los datos de la madre y el día y la hora de ingreso. Sirve para justificar la ausencia de la madre y la del padre en el trabajo, y en algunos casos la de otros familiares, por lo que se deben pedir varias copias por si son necesarias. También se puede utilizar cuando se tramite a través del médico de familia el informe de maternidad.

Una vez fuera del hospital, deberán realizarse los siguientes trámites en los organismos oficiales correspondientes:

Inscripción en el Registro Civil

Cuando se acude al Registro Civil para la inscripción del recién nacido debéis tener claro, y no es una obviedad, el nombre y el orden de los dos apellidos de su hijo (de los aspectos legales relacionados con el nombre se trata más adelante).

El periodo para inscribir al recién nacido en el Registro Civil es el comprendido entre las 24 horas después del parto y los 8 días de vida del recién nacido. En caso de fuerza mayor puede alargarse hasta los 30 días.

Como norma general al niño se le inscribe en el Registro que corresponde al lugar donde haya nacido. También se le puede inscribir en el del lugar donde residan los padres si no coincide con el anterior. En ocasiones hay que solicitar cita previa.

Para la inscripción debéis llevar cumplimentado el "Cuestionario para la Declaración de Nacimiento en el

Registro Civil" que os habrán entregado previamente en la maternidad. Ya en el Registro, rellenaréis el "Boletín Estadístico de Parto", documento emitido por el Instituto Nacional de Estadística en el que hay que anotar los datos del parto: fecha, lugar, número de semanas que duró el embarazo, si fue parto natural o cesárea, etc. También hay que poner los datos de la madre y del padre. Una vez rellenado el documento se firma por el declarante y también lo firma y sella el encargado del Registro Civil.

Si los padres están casados la inscripción la puede hacer cualquier mayor de edad que lleve los papeles correspondientes: padre, abuelo, familiar, vecino (deberá aportar su propio DNI). Si los padres no están casados es obligatorio que se presenten ambos en el Registro. No es necesaria la presencia del bebé.

En el caso de madres divorciadas o separadas, además de los documentos mencionados hay que presentar la sentencia en firme de separación o divorcio. También el acta notarial de la separación y el certificado literal de matrimonio con la inscripción del divorcio o la separación. Si no los tiene debe acudir al Registro con dos testigos, mayores de edad, que den fe de la separación de hecho desde más de 300 días.

En algunos sitios no os darán el Libro de Familia hasta pasados unos 20 o 30 días, pero os entregarán un borrador de asiento registral para poder seguir con el resto de trámites.

En el caso de que se opte por la inscripción del nacimiento en el lugar del domicilio común de los padres, distinto al del lugar de nacimiento, la solicitud debéis formularla vosotros mismos dentro del plazo para practicar la inscripción desde el nacimiento. Es necesario que comparezcáis ambos y que aportéis:

- **DNI y Certificado de empadronamiento de los padres.**
- **Acreditación del domicilio común de los padres en el lugar en el que se pretende inscribir.**

Los solicitantes deben manifestar bajo su responsabilidad "que no han promovido la inscripción en el Registro Civil correspondiente al lugar de nacimiento", acompañando además una certificación acreditativa de que tampoco lo ha hecho la dirección del centro hospitalario en el que tuvo lugar el nacimiento.

Además, será preciso hacer que conste expresamente en la casilla destinada a observaciones que se considera a todos los efectos legales que el lugar de nacimiento del inscrito es el municipio en el que ha sido practicada la inscripción. Las certificaciones en el extracto sólo harán mención a este término municipal.

Inscripción en la Seguridad Social o Seguro Médico Privado

Una vez que tenemos al recién nacido registrado, el paso siguiente es inscribirlo en la Seguridad Social o en un Seguro Médico Privado para que tenga asistencia sanitaria.

La inscripción en la Seguridad Social deberá hacerla la persona en cuya cartilla de la Seguridad Social vaya a inscribirse al niño. Se puede inscribir en la de la madre o en la del padre. La inscripción se realiza en la oficina de la Tesorería de la Seguridad Social y hay que presentar la tarjeta de la Seguridad Social del padre o de la madre, el DNI y el Libro de Familia (éste os lo entregan en el momento del matrimonio pero si habéis tenido un bebé y no estáis casados os lo darán en el Registro Civil cuando inscribáis al recién nacido).

Además allí podéis solicitar los impresos para la baja por maternidad y el permiso por paternidad para presentarlos en las respectivas empresas.

El paso siguiente es acudir al Centro de Salud que os corresponda para pedir que os asignen un pediatra. En el Centro de Salud se presenta la cartilla de la Seguridad Social y el DNI del titular y se rellena un impreso para la solicitud de tarjeta sanitaria del niño con el nombre del pediatra asignado. Conviene conocer antes de este momento las condiciones de libre elección de pediatra (en los casos que sea posible), horarios de asistencia (jornada de mañana y/o tarde), etc.

Antes de abandonar el Centro de Salud deberéis solicitar cita para la visita de apertura de historia clínica y primera revisión que suele ser, como muy tarde, en torno a los 15 días de vida del recién nacido.

La tarjeta sanitaria del recién nacido la recibiréis en el domicilio.

Para los niños que vayan a estar inscritos en seguros privados de asistencia sanitaria deberéis dirigiros a la sede de la respectiva compañía aseguradora. Deberéis conocer los profesionales de entre los que podéis elegir y las condiciones de asistencia que cada uno tiene: lugar de la asistencia, lugar de vacunaciones, horarios, etc.

Los menores extranjeros que no estén incluidos en los supuestos anteriores tienen derecho a la asistencia sanitaria y a los demás servicios públicos aun cuando no residan legalmente en España, en términos de equiparación con los niños españoles. Este derecho tiene como origen la normativa de las Naciones Unidas, ratificada por España, y regulada a través de distintas Leyes Orgánicas de nuestro país sobre la protección jurídica del menor.

Desde el punto de vista práctico los trámites para proporcionar asistencia sanitaria a menores en situación de exclusión social se suelen tramitar a través de los Servicios Sociales.

DOCUMENTOS RELACIONADOS CON EL NACIMIENTO DEL BEBÉ:

- **Documento de Identificación Sanitaria maternofilial.**
- **Cuestionario para la Declaración de Nacimiento en el Registro Civil.**
- **Justificante de Ingreso de la Madre.**
- **Inscripción en el Registro Civil.**
- **Asistencia Sanitaria: Seguridad Social o Seguro Médico Privado.**

1.5.2. LA ELECCIÓN DEL NOMBRE

Cuando acudáis al registro debéis tener muy claro el nombre que queréis poner al bebé, cómo queréis que se escriba (si es un nombre que tiene distintas alternativas), y el orden de los apellidos. Antes de dar por finalizado este trámite conviene asegurarse bien de que la inscripción se corresponde con lo deseado previamente para no tener quebraderos de cabeza después.

Los nombres que se pueden elegir están regulados por la Ley de Registro Civil. Los límites son los siguientes:

- No se le puede poner a un bebé más de un nombre compuesto ni más de dos nombres simples.
- Tampoco se pueden escoger diminutivos o variaciones familiares que sean de confusa identificación.
- No se permite elegir nombres que creen dudas sobre el sexo del bebé.
- No se permite repetir el nombre entre hermanos que estén vivos.

Actualmente la ley permite que se altere el orden de los apellidos del niño si ambos progenitores están de acuerdo, de modo que puede tener primero el de la madre o el del padre según se decida.

Si no se conocen los apellidos del padre, el bebé llevará los apellidos que sean conocidos.

Cuando vuestro hijo cumpla la mayoría de edad podrá cambiarse el nombre si así lo desea.

Para la inscripción de nacimiento en el Registro Español de un extranjero que adquiere la nacionalidad española ha de consignarse como nombre propio el que aparezca en la certificación extranjera de nacimiento. Debe mantenerse el nombre que viniese usando el interesado aunque no fuese de uso corriente y será completado o cambiado si infringe las normas establecidas. Para el resto de aspectos del nombre rigen las mismas normas sobre prohibiciones establecidas con carácter general.

Al extranjero que adquiere nacionalidad española han de atribuírsele los apellidos determinados por la filiación según lo establecido por la Ley española.

1.5.3. LA BAJA MATERNAL Y PATERNAL. LA HORA DE LA LACTANCIA. REDUCCIÓN DE JORNADA. EXCEDENCIAS POR CUIDADO DE HIJOS

La baja por maternidad es el tiempo en que la madre o el padre dejan el trabajo para cuidar de su hijo recién nacido o adoptado.

La regulación de este permiso se recoge en el Estatuto de los Trabajadores, la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para Promover la Conciliación de la Vida Familiar y Laboral de las Personas Trabajadoras (BOE 6-11-99) y en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres.

Permiso por maternidad

La baja maternal en España es de 16 semanas. En los partos múltiples se añaden dos semanas por

cada niño. Así si son gemelos serán 18 semanas, si son trillizos 20, etc. En caso de hijos discapacitados se tiene derecho a dos semanas adicionales. La Ley permite que hasta 10 semanas de permiso las emplee el padre en vez de la madre pero es obligatorio que la madre disfrute como mínimo de las 6 semanas siguientes al parto. También se puede disfrutar de este derecho a tiempo parcial. Es posible también acumular el mes de vacaciones a la baja por maternidad incluso cuando éstas corresponden al año natural anterior.

Las 10 semanas (o más si nacen más niños) que quedan después de las 6 que tiene que tomarse la madre obligatoriamente, se pueden distribuir de varias formas:

- Se pueden tomar antes o después del parto.
- Puede tomarlas el padre en vez de la madre si así se decide.
- Las pueden coger los dos padres al mismo tiempo de forma simultánea o sucesiva.

En los casos de partos prematuros y en los que el recién nacido precise hospitalización a continuación del parto por un periodo superior a 7 días, el periodo de baja se ampliará en tantos días como el nacido se encuentre hospitalizado con un máximo de 13 semanas adicionales.

Permiso por paternidad

El padre tiene 13 días ininterrumpidos de baja paternal que son independientes de las 16 semanas de baja por maternidad. En los casos de parto múltiple se suman dos días por cada hijo.

Los 13 días se pueden tomar inmediatamente después de los dos días que se dan por nacimiento de un hijo, a lo largo de las 16 semanas de baja maternal o bien, una vez finalizadas las 16 semanas que se conceden de permiso por maternidad. También existe la posibilidad de tomar esos 13 días a tiempo parcial si así se acuerda con la empresa.

La hora de lactancia

Durante el periodo de lactancia la madre puede tomarse una hora de su jornada laboral para ir a atender a su bebé hasta que tenga 9 meses sin reducción de salario. En el caso de prematuros los 9 meses se cuentan a partir de la semana 40 de gestación. El padre también puede solicitar esta hora de permiso siempre que no la vaya a utilizar la madre. La elección del horario de la pausa para la lactancia corresponde al trabajador/a. Existen dos opciones:

- Ausentarse 1 hora durante la jornada laboral, que puede fragmentarse en dos periodos de 1/2 hora.
- Reducir la jornada laboral en 1/2 hora entrando media hora más tarde o saliendo 1/2 hora más temprano.

No se distingue entre lactancia natural o artificial, adopción o guarda legal o de hecho.

La Legislación prevé que las horas de lactancia puedan compactarse en jornadas completas después de la baja maternal mediante acuerdo con el empresario.

Reducción de jornada

Por cuidado directo de un hijo/a menor de 8 años se tiene derecho a una reducción de la jornada de trabajo, con la consiguiente reducción proporcional del salario. La madre o el padre tienen derecho a decidir cómo organizar la jornada: trabajar dos o tres horas menos diarias o faltar un día a la semana.

Excedencia sin sueldo

Tanto la madre como el padre pueden pedir una excedencia por cuidado de un hijo de hasta 3 años sin perder la antigüedad en la empresa. El periodo de excedencia no puede ser superior a tres años para atender el cuidado de cada hijo/a. Durante el primer año se reservará el puesto de trabajo, luego tendrá derecho a uno de categoría equivalente. Este tiempo se considerará como cotizado a la Seguridad Social a efectos de prestaciones. No es necesario fijar con antelación la duración del permiso. Sólo se debe avisar con dos semanas de antelación cuando se desee volver a trabajar.

Antes de tomar una decisión sobre cómo utilizar las posibilidades de baja maternal o paternal que ofrece la ley se deben consultar las opciones disponibles en la sede local del Ministerio de Empleo y Seguridad Social o en un sindicato.

1.5.4. PRESERVACIÓN DE SANGRE DEL CORDÓN UMBILICAL

Es muy posible que los futuros padres se planteen si, en el momento del nacimiento de su hijo, quieren preservar células madre de su cordón umbilical. Es un tema que desde hace tiempo ha trascendido el ámbito estrictamente médico-científico para convertirse también en un tema social y, por qué no decirlo, también comercial.

Desde hace años se conoce que la sangre que queda en el cordón umbilical después del parto es muy rica en células madre. Tradicionalmente, en la mayoría de los alumbramientos, el cordón umbilical con la sangre que en él quedaba era desechado perdiendo así un recurso valioso. Ahora se conoce su utilidad en el tratamiento de algunos tipos de leucemias, linfomas, neuroblastomas, algunas anemias congénitas y son muchas las expectativas que hay sobre su uso en el tratamiento de otros procesos.

Los futuros padres se pueden preguntar si será útil para su hijo o para la sociedad conservar sangre del cordón umbilical, si deben hacerlo, si pueden hacerlo, bajo qué condiciones, en banco público o banco privado y a qué coste.

Si los padres desean preservar la sangre del cordón umbilical de su recién nacido para uso exclusivamente familiar, deberán acudir a un **banco privado**. Los bancos privados cobran unos honorarios por recoger, procesar, congelar y guardar la sangre de cordón umbilical del bebé. Para este proceso se formaliza un contrato en el que se garantiza a los padres que la muestra será conservada durante un tiempo determinado salvo que antes del fin del mismo haya sido necesario usarla.

Los **bancos públicos** de sangre de cordón no preservan donaciones para nadie en particular. La sangre allí almacenada está disponible para cualquier persona que necesite una transfusión de sangre de cordón compatible y/o puede usarse para investigación médica. La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) de nuestro país apuesta por donaciones solidarias y gratuitas. La normativa establece que las unidades de sangre de cordón umbilical almacenadas en España quedarán inscritas en el Registro Español de Donantes de Médula Ósea (REDMO) y a disposición de cualquier receptor compatible que las necesite. Así se puede afirmar que existen más posibilidades, para la mayoría de la gente, de encontrar células madre compatibles en el sistema de bancos públicos de sangre de cordón umbilical que en la de su propia familia. La posibilidad de que haya una compatibilidad exacta entre dos hermanos es alrededor del 25 %, en cambio, la posibilidad de encontrar una sangre compatible en bancos públicos es de un 75 %.

La legislación española actual que regula el almacenamiento en bancos privados asentados en nuestro territorio les obliga a desprenderse, sin el consentimiento de su titular, de las muestras de sangre de cordón umbilical que almacenan si otros pacientes compatibles lo necesitan. Si la recogida de la sangre de cordón umbilical se ha producido en España pero el depósito se realiza en otro país no existe esta obligatoriedad salvo que la legislación de ese país así lo determine.

La recogida y preservación de la sangre de cordón umbilical está regulada por el Real Decreto 1301/2006, de 10 de noviembre "por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación para su uso en humanos" del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En la Unión Europea rige la Directiva 2004/23/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo sobre normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos. En la Directiva 2006/17/CE de la Comisión, de 8 de febrero, por la que se aplica la Directiva 2004/23 CE del Parlamento Europeo y del Consejo en lo relativo a determinados requisitos técnicos para la donación, la obtención y la evaluación de células y tejidos humanos.

Las Comunidades Autónomas son competentes para autorizar el establecimiento de cualquier banco de tejido en su territorio. Asimismo pueden desarrollar el Real Decreto 1301/2066 en tanto titulares de las competencias en materia de Sanidad.

En la página web de la ONT (www.ont.es) se puede consultar el Registro de Centros Autorizados para extracción, procesamiento e implante de células y tejidos. Relación por Comunidades Autónomas y Provincias.

Los padres que decidan preservar células madre de cordón umbilical de su hijo deberán conocer si la maternidad en la que tendrá lugar el parto reúne las condiciones técnicas y legales para ello y, en caso de optar por banco privado, deben tener en cuenta la reglamentación del país en el que se produzca la conservación para saber si va a estar a disposición sólo de la familia o de todo aquel que lo necesite como sucedería en caso de criopreservarlas en España.

2. PRIMERAS ETAPAS

2.1. EL LACTANTE DE LOS 0 A LOS 6 MESES **PÁG. 42**

- Aspecto del nuevo miembro de la familia pág. 42
- Higiene y cuidados del recién nacido pág. 44
- Alimentación del lactante de 0-6 meses pág. 45
- Las vacunas pág. 50
- Prevención de accidentes pág. 51
- Desarrollo psicomotor pág. 51
- El sueño pág. 52

2.2. EL LACTANTE DE LOS 6 A LOS 12 MESES **PÁG. 54**

- Qué darle de comer: más allá de la leche pág. 54
- Crecimiento y desarrollo pág. 58
- El sueño pág. 59
- Hábitos de higiene pág. 59
- La dentición pág. 60
- Los juegos pág. 60
- Las vacunas pág. 61
- La seguridad pág. 61

2.3. EL NIÑO DE LOS 12 A LOS 24 MESES **PÁG. 62**

- Alimentación pág. 62
- Crecimiento y desarrollo pág. 65
- Las vacunas pág. 67
- Prevención de accidentes pág. 67
- El sueño pág. 70
- Otros aspectos del día a día pág. 71

2.4. EL NIÑO DE LOS 24 A LOS 36 MESES **PÁG. 74**

- Alimentación pág. 74
- Crecimiento y desarrollo pág. 77
- Las vacunas pág. 78
- Prevención de accidentes pág. 78
- El sueño pág. 79
- Otros aspectos del día a día pág. 80

2.5. EL NIÑO PREMATURO **PÁG. 86**

- Los niños prematuros pág. 86
- La edad corregida pág. 86
- Cuidados especiales cuando se llega a casa con un niño prematuro pág. 87
- La alimentación del niño prematuro pág. 88
- El desarrollo del niño prematuro pág. 90
- La familia del niño prematuro pág. 91
- Otros cuidados especiales de los niños prematuros pág. 92

d

2.1. EL LACTANTE DE LOS 0 A LOS 6 MESES

José Martín Ruano • Pediatra Atención Primaria. C.S. Santa Marta. Salamanca
Teresa de la Calle Cabrera • Pediatra de Área. Salamanca

2.1.1. ASPECTO DEL NUEVO MIEMBRO DE LA FAMILIA

Tras la estancia en el hospital seguro que tendréis muchas ganas de llegar a casa; ha llegado el momento de cuidar vosotros mismos del bebé y de dar los primeros pasos como familia.

Comienza una nueva etapa que al principio será algo caótica, pero tomáoslo con calma, podéis pedir ayuda si la necesitáis y recordad que no competís para ningún título de supermamá o superpapá. Os estáis acostumbrando a una nueva responsabilidad y empezando a conocer a la persona que acaba de llegar a casa, con rasgos y personalidad propios pese a su pequeño tamaño.

Durante las primeras semanas, el bebé no distingue entre el día y la noche, por lo que puede realizar sus necesidades, tener hambre o llorar en cualquier momento, dificultando así el descanso de los padres. Por este motivo, deberéis amoldaros a él y conviene que la madre aproveche al máximo las horas de sueño del niño para dormir, ya que no podrá hacerlo de un tirón por la noche.

Es recomendable que en esta primera etapa dejéis para mañana lo que no se pueda hacer hoy. Ya tendréis tiempo para dedicaros a las tareas de la casa y recibir visitas de amigos y familiares. Recordad que si alguien que presenta algún cuadro infeccioso quiere venir a conocer al bebé, es mejor posponer el encuentro para cuando se haya recuperado.

El periodo neonatal comprende los primeros 28 días de vida del bebé. En la mayoría de casos, el recién nacido pierde alrededor del 10 % de su peso al nacer y lo recupera aproximadamente a los 14 días. Lo ideal es que el bebé aumente de 20 a 40 gramos diarios, ya que esto demuestra que recibe una buena alimentación.

Durante los tres primeros meses de vida, el bebé ganará unos 900 gramos al mes y crecerá aproximadamente 3,5 cm mensuales. Su perímetro cefálico crecerá unos 2 cm al mes.

Más adelante, de los 4 a los 6 meses, su peso aumentará unos 500 gramos y crecerá 2 cm al mes. El pediatra comprobará en las diferentes revisiones que se dan estos aumentos.

El recién nacido se coloca habitualmente en una postura en la que predomina la flexión de brazos y piernas, con los puños apretados, pasando gran parte del tiempo adormilado. A veces le pueden temblar las extremidades o la barbilla al llorar.

El recién nacido presenta muchos movimientos reflejos (movimientos automáticos que se desencadenan como consecuencia de un estímulo como la luz o el tacto). A medida que madura su sistema nervioso, el bebé va adquiriendo el control voluntario de sus músculos y pierde u olvida los reflejos.

Entre los movimientos reflejos que se observan en el recién nacido destacan:

- **Succión:** succionará con fuerza cualquier objeto que le pongan en la boca.
- **Prensión:** cerrará la mano y apretará fuertemente los dedos de la mano y del pie cuando note presión en la palma o en la planta.
- **Abanico o extensión de los dedos:** al estimular la planta del pie, los dedos se extenderán y separarán.

- **Reflejo de Moro:** extenderá súbitamente los brazos hasta los lados y luego los replegará sobre el tronco cuando se sobresalte ante diferentes estímulos.

Su piel y ojos pueden presentar una coloración amarillenta. Esto es un trastorno habitual denominado ictericia fisiológica, que aparece a partir del segundo o tercer día de vida y desaparece en 1 o 2 semanas. Si es muy intenso conviene consultar con el pediatra.

La cabeza suele sufrir presiones en el parto, y por ello es normal verla deformada, con forma alargada o apepinada. En la parte superior y anterior de la cabeza aparece una depresión en forma de rombo llamada fontanela anterior y en la parte posterior del cráneo otra de forma triangular. La anterior se suele cerrar entre los 9 y 18 meses y la posterior en torno a los 6 meses. Es frecuente que en la parte posterior, la cabeza presente una zona hinchada de forma redondeada llamada tumor de parto, provocado por la presión de esa zona sobre la zona del cuello uterino, aunque desaparece en pocos días. No debemos confundirla con el cefalohematoma (acúmulo de sangre debajo del cuero cabelludo debida a una pequeña hemorragia) que tarda 10-15 días en desaparecer.

La cara del recién nacido suele estar arrugada, hinchada y amoratada, al igual que sus orejas y nariz, que también pueden aparecer deformadas por las presiones del parto. También pueden observarse pequeñas hemorragias en la piel de la cara (petequias) y en la conjuntiva ocular (hemorragias subconjuntivales) que desaparecerán a los pocos días y que son debidas a las presiones que sufre la cabeza del recién nacido al pasar por el canal del parto.

En la boca, concretamente en el paladar y en las encías, pueden aparecer unos pequeños puntos blanco nacarado conocidos como **perlas de Epstein** debidos al acúmulo de queratina y que desaparecen en pocas semanas.

Asimismo, es normal que los recién nacidos de ambos sexos presenten las **mamas abultadas.** Esto se debe a los estrógenos que la madre transmite al feto durante el embarazo. Ocasionalmente por los pezones pueden segregar una pequeña cantidad de fluido con aspecto lechoso (denominado coloquialmente "leche de brujas"). Este engrosamiento mamario casi siempre desaparece durante las primeras semanas de vida y no deben presionarse.

La respiración normal del recién nacido sobre todo en el sueño puede tener episodios de frecuencia irregular (rápida y después más lenta). Los estornudos y el hipo también son frecuentes, y normales en el recién nacido.

El abdomen de los lactantes es abombado por el gran tamaño de las vísceras que contiene, presentando en su centro el **cordón umbilical** que va cambiando de color (de amarillo a negro) hasta que se desprende (entre los 10-20 días). Una patología frecuente y benigna son las **hernias umbilicales** debidas a la falta de cierre del anillo umbilical.

El número de las deposiciones de un recién nacido es muy variable, pudiendo oscilar entre una cada 2-3 días hasta 6 o más al día. Su aspecto también varía en función de la edad y de la alimentación: las primeras deposiciones suelen ser negras y pegajosas (meconio), luego verdosas con grumos y más tarde amarillas y líquidas.

Los genitales pueden parecer algo grandes e inflamados. En las niñas, los labios mayores pueden verse un poco hinchados y segregar un flujo con pequeños restos de sangre, fruto del traspaso de hormonas de la madre.

En los niños, el escroto puede parecer hinchado y presentar algo de líquido en su interior (hidrocele), pero suele desaparecer entre el tercer y el sexto mes de vida. Es normal que los niños experimenten erecciones, a menudo antes de orinar. Si se acumula alguna secreción en el prepucio debe limpiarse. Con el tiempo, su retracción será cada vez más fácil.

Los recién nacidos nacen cubiertos de un material protector blanquecino denso y pastoso denominado unto sebáceo o ***vernix caseosa,*** que se elimina con el baño. Igualmente puede verse en la cara, los hombros y la espalda del recién nacido un vello fino y suave, denominado **lanugo.** La mayor parte del lanugo desaparece a partir de la segunda semana. Durante la primera y la segunda semana se produce una descamación fisiológica de la piel en pequeñas láminas que no requiere tratamiento.

En cualquier zona de la piel, pero principalmente en la nuca, párpados y frente se pueden observar manchas vasculares de color rosa o rojo llamadas angiomas planos, conocido popularmente como "picotazo de cigüeña", que desaparecen antes del primer año, u otros angiomas elevados con aspecto de fresa (angiomas cavernosos) que suelen disminuir de tamaño y palidecer durante los primeros años de vida. También podemos ver, sobre todo en niños de piel oscura, en la espalda o nalgas una coloración azulada o pizarrosa, parecida a hematomas, conocida como mancha mongólica, que carece de importancia y se va aclarando con el paso del tiempo.

Por último, en la cara del recién nacido podemos observar a menudo unos granos con aspecto inflamatorio parecidos al acné (*acné neonatorum*) y otros pequeños granitos blanco-amarillentos en la nariz y barbilla (*milium facial*) que no tienen importancia y que desaparecen en las primeras semanas. El eritema tóxico es una erupción transitoria roja con una vesícula central que presentan algunos recién nacidos los primeros días de vida y que desaparece en pocos días.

2.1.2. HIGIENE Y CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

Durante la estancia en el hospital, su hijo habrá sido revisado por el pediatra y se le habrán realizado las exploraciones y actividades preventivas apropiadas. Antes del alta le entregarán un informe donde constarán estas actuaciones.

En relación con la higiene diaria, el baño debe realizarse desde el primer día de vida, con jabón o gel neutro y con una esponja destinada para ello. No importa mojar el ombligo y no hay que esperar a que se caiga para bañarlo. La temperatura del agua deberá rondar los 35 ºC, los padres deberán comprobarlo siempre con un termómetro o bien metiendo el codo en el agua. La higiene es muy importante sobre todo en los genitales, que necesitan aseo frecuente. Este puede realizarse con agua y jabón en el momento del baño, procurando que en las niñas no se introduzcan residuos de heces (limpiar de delante hacia atrás). En el cambio de pañal pueden utilizarse toallitas húmedas específicas para el cuidado de las pieles sensibles, que tengan en cuenta el pH de la piel y la prevengan de irritaciones.

A la hora de elegir la ropa para el bebé es importante escoger ropa holgada y cómoda, que no le comprima, evitando que sude. La ropa debe estar hecha de materiales suaves y no alergénicos como el algodón. Se deben evitar ropas de lana y acrílicas. No se aconseja utilizar cordones ni cintas para sujetar el vestido. La ropa que está en contacto con el cuerpo del bebé es conveniente que se lave a mano con jabón neutro para ropa delicada y sin usar lejía ni suavizante.

En sus primeros meses de vida el bebé todavía no regula del todo su temperatura corporal, por lo que es importante evitar la pérdida de calor o el calentamiento excesivo del niño, teniendo en cuenta que por inmadurez la termorregulación puede ser ineficaz.

Las uñas deben cortarse cuando la longitud sea excesiva, siempre de forma recta y con tijeras de punta redondeada.

En relación con la higiene diaria, hasta la caída del cordón, en los primeros 7-14 días, éste se debe limpiar con agua y jabón, o con una gasa estéril impregnada en el centro con alcohol de 70º, dando unos toques en sentido circular en la base del ombligo. Con otra gasa curamos la parte final del cordón. Repetimos esta operación unas 2-3 veces al día, y siempre que se haya manchado con heces u orina. No se debe dejar la gasa con alcohol en contacto prolongado con la piel ya que la puede irritar. Para evitar rozaduras colocaremos el pañal doblado por debajo del cordón. Es normal que el ombligo sangre un poco los primeros días y también cuando se cae. Si se le pone colorado o presenta un olor más fuerte de lo normal, consúltalo con el pediatra, pues puede que tenga una infección.

Al caerse el cordón, el ombligo queda entre 0,5 y 1 cm hacia fuera. Esto se denomina **"ombligo cutáneo".** A lo largo del tiempo se irá poniendo en su lugar. Otras veces, al caerse el cordón, en el fondo del ombligo queda un pequeño bulto rosado y brillante, llamado **granuloma umbilical.**

Otro cuidado que debemos tener los primeros meses de vida del bebé es la **plagiocefalia.** Esta es una deformidad de la cabeza del bebé que se desarrolla durante los primeros meses de vida, causada bien por la permanencia del feto encajado durante varias semanas antes del parto, por la dificultad de paso de la cabeza del bebé durante la expulsión o bien porque el bebé pasa demasiadas horas acostado en la misma posición. Se puede prevenir cambiando a menudo la postura en la que duerme el bebé, girándolo hacia un lado y hacia el otro de vez en cuando, y poniéndolo a ratos cuando esté despierto boca abajo para estimular los músculos del cuello. Si la deformidad es ligera o existen problemas musculares (tortícolis) podemos realizar ejercicios de estiramiento del cuello girando la cabeza del bebé hacia uno y otro lado con cuidado hasta que toque con la barbilla el hombro y mantenerla ahí durante diez segundos. Otro ejercicio sería con la mano en su hombro inclinar la cabeza del bebé hasta que toque el hombro con la oreja. Si la deformidad es importante su pediatra os aconsejará utilizar otros aparatos correctores como el cojín de plagiocefalia o el casco con bandas activas. En cualquier caso, no dudéis en consultarlo con vuestro pediatra.

2.1.3. ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE DE LOS 0 A LOS 6 MESES

La leche materna es el alimento de elección para todos los recién nacidos, y en los bebés prematuros, salvo rarísimas excepciones, hasta los seis meses de vida, pues cubre todas sus necesidades básicas y permite su adecuado crecimiento y desarrollo. Siempre que sea posible, se recomienda intentar prolongar la lactancia materna hasta el primer año de vida. Los recién nacidos que reciben leche materna no requieren el aporte de líquidos extras.

Lactancia materna

- **Un alimento para cada periodo.**

  Los reflejos de búsqueda y la succión están presentes en todos los recién nacidos para facilitar el amamantamiento y la ingesta de líquidos. El reflejo de protrusión de la lengua (también llamado extrusión, consiste en expulsar hacia fuera con la lengua los objetos y alimentos que se aproximan a sus labios) puede limitar la introducción tempra-

na de sólidos y semisólidos. Puesto que este reflejo empieza a desaparecer hacia los 5-6 meses, éste será un buen momento para la introducción de otros alimentos de manera fisiológica.

- **Promoción de la lactancia materna.**

  Está demostrado que la educación de los padres antes y después del parto es esencial para conseguir la instauración y mantenimiento de la lactancia materna. Por ello es fundamental que las Administraciones y el personal sanitario proporcionen información suficiente a las mujeres en el embarazo y el puerperio sobre la superioridad y beneficios de la leche materna sobre la leche artificial. Entre ellos destacamos:

  - Para la madre: Favorece la recuperación del útero tras el parto, reduce el riesgo de padecer cáncer de mama y ovario y disminuye la incidencia de fracturas posmenopáusicas.

  - Para el lactante: Facilita la digestión, reduce el número de infecciones y alergias, estimula las propias defensas, favorece el desarrollo neurológico y visual, previene enfermedades crónicas del adulto (hipertensión, obesidad, diabetes) y promueve el vínculo entre la madre y el hijo gracias al contacto físico estrecho y frecuente entre ambos.

- **Una leche para cada momento.**

  La madre también debe saber que la composición de la leche que recibirá su hijo durante la toma es variable. La composición de la leche materna presenta variaciones tanto entre madres, como también a lo largo de la lactancia y en cada toma.

  Durante los primeros días, la secreción láctea presenta unas características especiales, constituyendo el calostro, que aporta menos calorías que la leche madura pero contiene más proteínas (fuente importante de defensas para el recién nacido) y minerales. Este porcentaje de proteínas va disminuyendo a lo largo de las semanas y aumenta el de grasa y lactosa en la leche madura.

  La composición de la leche materna varía también a lo largo de la toma: inicialmente es rica en hidratos de carbono y su aspecto es aguado, al final de la toma, la leche contiene una cantidad de grasas 5 veces superior y su aspecto es cremoso, provocando la sensación de saciedad en el lactante. Esto no ocurre con la leche de fórmula, de composición uniforme a lo largo de toda la toma.

- **Postura de amamantamiento.**

  Lo primero que hemos de saber es que no hay una única postura para dar de mamar, pues cada madre utiliza la que se adapta mejor a sus preferencias o a sus circunstancias. Sin embargo, en todos los casos es fundamental que tanto la madre como el bebé adopten una buena postura y estén cómodos a la hora de las tomas.

  Para que el bebé se coja bien, debemos acercar sus labios al pecho ayudándole a encontrar el pezón. Cuando haya abierto completamente la boca, acercaremos el niño al pecho y no el pecho al niño. La boca del bebé debe abarcar el pezón y la mayor parte de la areola y su lengua debe quedar debajo del pecho. Si está bien colocado, los labios del bebé deben sobresalir hacia fuera, quedando la barbilla contra el pecho y la nariz apoyada en él, pudiendo respirar igualmente.

  Al inicio de la toma, conviene poner el cuerpo del bebé de cara a la madre con el pezón a la altura del labio superior para que pueda mamar con el cuello recto y no girarlo o doblarlo. En el momento en que el bebé, por el reflejo de búsqueda, abre bien la boca, es cuando hay que sujetarlo firmemente contra el cuerpo de la madre.

  Las primeras chupadas, que están destinadas a estimular la secreción de oxitocina, son rápidas y superficiales y se centran en la parte anterior de las mejillas. Cuando la leche empieza a fluir, el ritmo de succión cambia, con mamadas lentas y profundas y el movimiento surge en la parte posterior de la mandíbula, hasta las orejas.

  Una posición inadecuada al mamar puede producir:

  - Dolor en los pezones o grietas,
  - Que el bebé pida el pecho con gran frecuencia, esté nervioso, intranquilo o irritable,

- Que el bebé rechace el pecho,
- O que regurgite y vomite.

Recuerda que el pediatra o la matrona te pueden ayudar durante este proceso.

- **Cuanto antes mejor.**

Se recomienda poner en contacto al recién nacido con la madre dentro de la primera hora de vida, dado que la duración de la lactancia se asocia con la precocidad de este primer contacto. Es decir, la madre tendrá leche durante más tiempo cuanto antes se produzca el primer contacto. En este periodo (20-60 minutos de vida) el recién nacido está muy despierto y receptivo para iniciar la succión. Posteriormente, se aconseja la alimentación a demanda con tomas frecuentes, evitando el uso de otros líquidos y tetinas.

- **Horario y duración de las tomas.**

Los recién nacidos deben alimentarse del pecho a demanda, sin fijar un horario rígido y sin esperar a que el niño llore para darle la toma. La duración de cada toma viene determinada por el propio lactante, nunca por un reloj. El niño deberá mamar todas las veces que quiera y el tiempo que quiera (clásicamente se recomienda entre 10-20 minutos). Se puede realizar el amamantamiento de un pecho hasta que el niño lo suelte, y del otro pecho el tiempo que el niño lo requiera, comenzando por este otro en la toma siguiente. La lactancia a demanda es más fisiológica y permite cubrir las necesidades requeridas por cada lactante. Es mejor evitar el uso de chupetes durante el periodo de inicio de la lactancia materna y usarlo sólo cuando la lactancia materna esté bien establecida, pues parece no afectar al desarrollo de la lactancia y sí previene del síndrome de muerte súbita.

La digestión de la leche materna dentro del aparato digestivo se hace de forma más rápida que la artificial y es por ello que los lactantes alimentados a pecho hacen tomas más frecuentes que los que toman biberón.

Lactancia artificial

A pesar de las reconocidas ventajas de la lactancia natural, se dan algunos casos en los que ésta no es posible. Cuando se dan esos casos, la madre puede optar por alimentar al lactante con preparados de fórmula que garantizarán su nutrición.

Las fórmulas se clasifican, según la ESPGHAN (Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nuctrición; *The European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*), en dos tipos:

a. Fórmulas de inicio: Son aquellas que cubren por sí solas todas las necesidades nutritivas del lactante sano nacido a término, durante los seis primeros meses de vida; no obstante, pueden ser utilizadas conjuntamente con otros alimentos desde los seis a los doce meses.

b. Fórmulas de continuación: Destinadas a ser utilizadas a partir de los seis meses conjuntamente con otros alimentos. Según las recomendaciones de la ESPGHAN, su administración puede prolongarse hasta los tres años con ventajas nutricionales sobre la leche de vaca.

También existen:

a. Fórmulas adaptadas a las que se le añaden ciertas sustancias para parecerse fisiológicamente lo máximo posible a la leche materna (nucleótidos, ácidos grasos poliinsaturados, oligosacáridos con efecto bifidógeno…).

b. Las **fórmulas especiales** tienen como fin alimentar al lactante que presenta algún tipo de enfermedad o trastorno digestivo menor (dermatitis, diarrea, vómitos, etc.) y deben ser siempre prescritas por el pediatra.

Consejos prácticos

a. El biberón.

Podemos encontrar biberones de dos tipos: plástico y cristal. Durante los primeros meses de vida se recomienda utilizar un biberón de cristal liso para que permita la ebullición y evite el depósito de residuos, con una escala graduada para facilitar la preparación de la leche. En niños mayores podemos usar el biberón de plástico más ligero y resistente aunque éste se suele amarillear con el uso. Sin embargo, antes de decantarnos por un modelo y sus características, debemos asegurarnos de que éste cumple con la normativa europea UNE-EN14350 y ésta tiene que aparecer en su etiquetado. Se esterilizarán mediante algún tipo de sistema en frío o por ebullición. Una vez usados, se deberán lavar con agua, jabón y una escobilla.

b. Las tetinas.

Hay una gran variedad de modelos de caucho o silicona. En cualquier caso, el orificio debe ser lo suficientemente amplio para que la leche gotee, pero que no salga a chorro, para evitar el atragantamiento del bebé. Las tetinas también deben lavarse después de su uso con agua caliente y jabón.

c. El cazo medidor.

Sirve para obtener la correcta proporción entre el agua y la leche en polvo (habitualmente 30 cc de agua por cada cazo raso).

d. La preparación de los biberones.

Se iniciará después de lavarse cuidadosamente las manos, tomando la tetina y el biberón previamente limpios. Se empleará agua hervida o mineral apta para la alimentación infantil (consultar al pediatra sobre las concentraciones de minerales del agua según la ciudad de residencia), que se dejará enfriar hasta los 37-38 ºC, para facilitar la disolución con la leche en polvo. Es conveniente preparar los biberones justo antes de cada toma. Si se prepara más de uno deberán conservarse en frío hasta su utilización, pudiendo conservarse hasta un máximo de 24 horas.

f. El volumen de las tomas.

Su distribución horaria deberá ser ajustada por el pediatra a las necesidades particulares de cada niño, advirtiendo a la madre que las ingestas señaladas por el fabricante para cada edad son sólo orientativas. Por regla general, durante las primeras 2 semanas de vida el bebé puede ingerir 8 tomas de 60 cc. Entre la segunda y la octava semana, 7 tomas de 90 cc. Durante el segundo y tercer mes puede disminuirse el número de tomas a cinco diarias y aumentar la cantidad de leche, naturalmente según las peculiaridades de cada niño. Estas normas son orientativas y será vuestro pediatra el que vaya estableciendo el número de tomas y cantidades de leche que necesita vuestro bebé.

La técnica de lactancia artificial es parecida a la natural en cuanto a las precauciones que se deben tomar: un entorno tranquilo, el niño cómodo, semiincorporado con la cabeza apoyada en el brazo y el cuerpo mantenido por el antebrazo.

No se debe dar nunca el biberón a un bebé que permanece acostado o dormido, dado que existe un alto peligro de aspiración. Cuando se ofrezca el biberón, se debe procurar que la tetina esté siempre llena de leche y no de aire. Nunca hay que obligar al bebé a que se lo termine si él no quiere. Concluida la toma, que aproximadamente suele durar entre 15-20 minutos, se le incorporará nuevamente y con unos suaves golpecitos en la espalda se le facilitará el eructo.

Introducción de los nuevos alimentos

El momento oportuno para introducir la alimentación complementaria es hacia los seis meses de edad. La incorporación temprana de la alimentación complementaria produce una disminución de la cantidad total de leche materna, lo que da como resultado una menor ingesta de energía. Si el bebé no está lactado al pecho, su pediatra le podrá aconsejar hacia los 5 meses la introducción de diferentes alimentos como cereales sin gluten y frutas.

¿Qué son los percentiles?

Para evaluar el crecimiento de los niños, los pediatras utilizan tablas de percentiles que muestran unos valores medios de crecimiento según la edad, el sexo y el país. En el caso de los bebés, el percentil se utiliza para hacer una valoración del crecimiento del recién nacido. Existen percentiles para todos los parámetros que queramos, pero los más utilizados son peso, talla o longitud y perímetro craneal.

Entender lo que es un percentil es fácil ya que si tenemos una muestra con muchos valores y la dividimos en 100 partes, cada una de ellas es un percentil. Cada percentil estará comprendido entre 0 y 100. El Percentil 0 es el menor valor de la muestra y el Percentil 100 el mayor valor. En las tablas de percentiles figuran varias líneas, cada una con un valor: 3, 10, 25, 50, 75, 90 y 97. Aproximadamente la mitad de los chicos de una misma edad está en el percentil 50. Cuando nos dicen que nuestro bebé está en el percentil 75 del peso significa que, de cada 100 bebés, 25 pesan más que nuestro hijo (luego 74 pesarían menos). Igualmente, si la talla de nuestro hijo está en el percentil 90 de altura significa que, de cada 100 bebés, hay 10 que miden más que nuestro niño, y 89 medirán menos. El **percentil 50** es el valor que está **justo en el medio** de todos los demás: la mitad son mayores y la otra mitad menores.

Vitaminas

La vitamina D previene el raquitismo, favorece un adecuado crecimiento óseo y puede proteger frente al desarrollo de otras enfermedades. La principal fuente de vitamina D es la exposición moderada a la luz solar. Las necesidades estimadas de esta vitamina son de 400 UI para mujeres gestantes y niños durante el primer año de vida. Es por ello por lo que se recomienda dar un suplemento vitamínico de vitamina D durante el primer año de vida, sobre todo en niños alimentados al pecho y en lactantes con escasa exposición solar o con piel muy pigmentada, siendo este el método terapéutico más eficaz para prevenir el raquitismo. La vitamina D3 debe administrarse directamente en la boca.

2.1.4. LAS VACUNAS

Las vacunas son productos biológicos que previenen determinadas enfermedades infecciosas y activan las defensas de nuestro organismo contra determinadas enfermedades infantiles peligrosas.

Mantener el calendario vacunal al día es muy importante para la salud de su bebé. La vacunación se suele iniciar en el Centro Médico donde nació su bebé (hepatitis B). Para estar correctamente protegido, el bebé necesitará varias dosis de recuerdo de casi todas las vacunas. Su pediatra le irá indicando las pautas correctas de aplicación según el Calendario Vacunal de su Comunidad Autónoma, así como aquéllas recomendadas por la AEP y que no están financiadas en su Comunidad.

La Asociación Española de Pediatría (Comité Asesor de Vacunas) recomienda administrar las siguientes vacunas antes de cumplir los 7 años:

- 3 dosis frente a la hepatitis B, difteria, tétanos, tos ferina, *Haemophilus influenzae* tipo B y polio, en el primer año. La mayor parte de las Comunidades Autónomas (CC. AA.) españolas administran estas 6 vacunas en una sola inyección (hexavalente) a los 2; 4 y 6 meses de edad.
- 1-2 dosis frente al meningococo C a los 2-4 meses, y una dosis a los 12 meses de edad.
- 4 dosis frente al neumococo a los 2, 4, 6 y 12-15 meses de edad.
- 2-3 dosis de vacuna oral frente al rotavirus a los 2, 4 (y 6) meses de edad. Esta vacuna no está financiada.
- 2 dosis frente al sarampión, parotiditis y rubeola, la primera a los 12-15 meses de edad y la segunda

entre los 2-3 años. Los tres componentes se administran reunidos en un solo inyectable (triple vírica).

- 2 dosis frente a la varicela, una a los 12-15 meses de edad y otra a los 2-3 años.
- 1 dosis frente a la difteria, tétanos, tos ferina, *Haemophilus influenzae* tipo B y polio, en una sola inyección (pentavalente), a los 15-18 meses de edad.
- 2 dosis de vacuna combinada de baja carga antigénica frente a la difteria, tétanos y tos ferina a los 4-6 años completada con otra a los 11-14 años.

2.1.5. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

La habitación, la cuna y la postura del bebé son tres aspectos esenciales de la seguridad del bebé recién nacido a la hora de dormir. No es aconsejable que los niños duerman con los padres en la misma cama pues existe riesgo de muerte por sofocación.

Nunca se debe dejar al niño solo en casa ni sobre una mesa o cama sin barandilla, pues podría caer al suelo. Los adornos (cadenas, cintas, cordones, imperdibles) son muy peligrosos y pueden producir daños en el bebé. Hasta los 6 meses de edad tampoco es conveniente la exposición directa al sol.

El bebé pertenece al Grupo 0 de Seguridad Infantil (por debajo de 10 Kg) y al viajar en automóvil debe ir sujeto a una silla homologada para este grupo, dispuesta en sentido contrario al de la marcha y nunca en el asiento delantero si el coche dispone de airbag para el acompañante, pues es peligroso.

Síndrome de muerte súbita del lactante

Se llama síndrome de muerte súbita del lactante a la muerte de un bebé menor de un 1 año que ocurre de forma repentina e inesperada. Es la principal causa de muerte en niños entre un mes y un año de vida y se investigan sus causas. Podemos reducir el riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante siguiendo estos consejos:

- Debemos colocar a nuestro hijo para dormir siempre boca arriba.
- El colchón donde se acuesta al bebé debe ser firme y cubierto con una sábana ajustable, y sin usar almohadas, colchas ni objetos cerca de la cara de su bebé.
- Debemos evitar que se fume en casa.
- Debemos mantener la cuna del bebé cerca, pero separada de donde duerman los padres u otras personas. El niño puede permanecer en la habitación de los padres hasta los 4-5 meses.
- Los estudios e investigaciones llevados a cabo hasta el momento parecen indicar que el uso del chupete para el sueño durante el primer año de vida es un factor protector, por ello se recomienda su uso a partir del mes si se le da el pecho.
- No debemos abrigar en exceso a nuestro hijo y la temperatura de su habitación debe de estar entre 20-22 ºC.
- Siempre que sea posible se debe dar el pecho al bebé ya que es un factor adicional de protección frente a la muerte súbita.

2.1.6. DESARROLLO PSICOMOTOR

La progresiva adquisición de capacidades en el niño es lo que denominamos desarrollo psicomotor y no es más que la manifestación externa de cómo va madurando su Sistema Nervioso Central. Algunos bebés adquieren ciertas habilidades antes que otros, o bien desarrollan más deprisa una y otra más lentamente. Por eso, este calendario de desarrollo es orientativo y será su pediatra quien valore en las revisiones del niño sano cómo se desarrolla la maduración de su hijo.

En el recién nacido sus movimientos están condicionados por los reflejos arcaicos, algunos muy útiles (succión, puntos cardinales) y predomina la posición fetal con flexión de extremidades e hipotonía de cabeza y tronco. Puede lateralizar la cabeza y reptar,

y la cabeza se le cae hacia delante. Suele tener las manos cerradas y existe el reflejo de prensión palmar y plantar. Es capaz de fijar la mirada en nuestra cara, y se tranquiliza al oír la voz de su madre y al cogerlo en brazos.

En el niño de un mes todavía persisten algunos reflejos y la posición en flexión. Sin embargo, ahora al colocarse boca abajo despega la nariz de la cama, hace movimientos como si quisiera gatear y puede mantener la cabeza erguida durante unos segundos. Además va disminuyendo la tendencia a mantener las manos cerradas y puede llevarse la mano a la boca de forma involuntaria. Visualmente puede seguir un objeto grande que se desplace en un ángulo de 90º. Reacciona a los ruidos fuertes, emite sonidos guturales y vocálicos (a, e), disfruta del baño, sonríe y puede fijar la mirada en la cara.

El niño de dos meses inicia de forma vacilante la sujeción de la cabeza. Sus manos están frecuentemente abiertas. Se fija en objetos y en las personas de su entorno. Sigue el movimiento de objetos grandes y de personas hasta 180º. Emite conjuntos de vocales "aaa", "eee", "uuu"... Está más tiempo despierto y aparece la primera sonrisa intencional ante la madre, o ante caras conocidas.

El niño de tres meses levanta la cabeza con más facilidad y durante más tiempo cuando está tumbado. Se apoya en los antebrazos cuando está acostado boca abajo. Tiene mucho interés por las manos que mira y se lleva a la boca y si le colocamos un objeto las abre y cierra. Mira a la cara de su madre y a sus manos siguiendo los objetos con la mirada. Responde a las sonrisas, sonriendo.

El niño de cuatro meses ya es capaz de levantar la cabeza y el tórax de la mesa. Tiene la cabeza firme e inclinada hacia delante cuando está sentado. Intenta hacer giros y coger objetos que se lleva a la boca. La vista se ha desarrollado de modo que puede ver las cosas en colores y puede enfocar los ojos a diferentes distancias. Vuelve la cabeza para mirar a quien lo llama. Va mejorando la cantidad, calidad y entonación de las consonantes, ya emite gritos de alegría o malhumor y comienza a usar consonantes y emite sonidos soplantes (como v) y labiales (m, b). Se muestra alegre incluso ante extraños, conoce a los padres y les dedica sonrisas. Sigue mirándose las manos que cruza, toca y golpea... Disfruta el ambiente que le rodea; sonríe y habla con él mismo.

El niño de cinco meses boca abajo es capaz de levantar la cabeza y gran parte del tronco apoyándose en los antebrazos o en las palmas de las manos. Si lo sostenemos de pie mantiene una gran parte de su peso. Aparece la prensión voluntaria cogiendo con las dos manos objetos cercanos que se lleva a la boca. Mira atentamente la boca y escucha los diferentes sonidos, principalmente la voz humana. Necesita estar cerca de los padres para sentirse seguro.

El niño de seis meses levanta del suelo hasta parte del abdomen, apoyándose en sus manos. Comienza a cogerse los pies y sentado se puede mantener con mínimo apoyo. Mejora la prensión voluntaria y palpa superficies con la mano. Comienza a manifestar un comportamiento diferente con extraños. Reconoce los diferentes tonos y volúmenes de la voz humana. Le gusta el sonido de su voz y emite series de sílabas claramente diferenciadas, con intensidad y tono variables.

2.1.7. EL SUEÑO

Cada bebé tiene unas necesidades y un ritmo de sueño diferente. Los recién nacidos pasan la mayor parte del día y de la noche durmiendo. La forma de dormir se explica en gran parte por su temperamento y su alimentación, pues los bebés de biberón suelen tardar menos en dormir toda la noche "de un tirón" pero los bebés alimentados con pecho tardan menos en volverse a dormir después de una toma.

Precozmente el niño debe aprender que la noche es para dormir y desde recién nacido debe acostumbrarse a quedarse dormido solo en la cuna. Es conveniente dejar al niño despierto en la cuna y no dormirlo nunca en brazos. Tras la siesta debemos jugar y disfrutar del bebé, pero por el contrario durante la noche las alimentaciones deben ser lo más monótonas y aburridas posibles, sin encender la luz. Si lo hacemos así, poco a poco, el bebé diferencia la noche del día y relaciona las horas de oscuridad con las horas de dormir.

No debemos forzar los ritmos de sueño y vigilia del bebé durante los primeros meses. Sin embargo, es recomendable establecer ciertos horarios y rutinas para ayudar al bebé a empezar a distinguir el día de la noche y que le sea gratificante dormir. A lo largo del primer mes, lo normal es que el bebé duerma un total de 16 horas diarias, despertándose, de media, cada 4 horas, básicamente para comer.

A la edad de tres meses, el sueño nocturno del bebé se habrá ido alargando, necesitando dormir unas 15 horas al día. Las siestas del bebé serán, por el contrario, cada vez más breves. El bebé debe aprender a dormir por sí mismo de manera natural, adquiriendo habilidades que le permitan tranquilizarse por sí solo (chupete, chuparse el dedo, ciertas posturas). Durante el día el bebé de más de 4 meses debe dormir en una habitación con luz natural, y por la noche en una habitación oscura y silenciosa. Una pequeña luz puede ayudar a tranquilizar al bebé. A partir de los 3-4 meses es conveniente que el niño duerma en su habitación si es posible. Al cabo de los 6 meses, la mayoría de los bebés duermen toda la noche sin despertarse.

RECORDAD:

- **La leche materna es el alimento exclusivo de elección para todos los recién nacidos sanos y también los prematuros y los niños enfermos salvo rarísimas excepciones hasta los seis meses de vida.**
- **No hay una única postura para dar de mamar pues cada madre utiliza la que se adapta mejor a sus preferencias o a sus circunstancias.**
- **Mantener el calendario vacunal al día es muy importante para la salud de vuestro bebé.**
- **Se recomienda poner al recién nacido en contacto con la madre dentro de la primera hora de vida, dado que la duración de la lactancia se asocia con la precocidad de este primer contacto.**
- **Se recomienda dar un suplemento vitamínico de vitamina D durante el primer año de vida, sobre todo en niños alimentados al pecho, y en lactantes con escasa exposición solar o con piel muy pigmentada.**
- **El calendario de desarrollo psicomotor es orientativo y será su pediatra quien valore en las revisiones del niño sano cómo va la maduración de vuestro hijo.**
- **Cada bebé tiene unas necesidades y un ritmo de sueño diferente. No debemos forzar los ritmos de sueño y vigilia del bebé durante los primeros meses. Sin embargo, es recomendable establecer ciertos horarios y rutinas.**

2.2. EL LACTANTE DE LOS 6 A LOS 12 MESES

Teresa de la Calle Cabrera • Pediatra de Área. Salamanca
José Martín Ruano • Pediatra Atención Primaria. C.S. Santa Marta. Salamanca

A partir de este momento comienza una época de grandes cambios, tanto en el día a día de los cuidados del bebé como en su interacción con los papás. Notaréis cómo vuestro hijo gana independencia, perfila su carácter y refuerza sus relaciones de apego. Vuestro hijo ya no es el bebé que "sólo come y duerme", sino que demuestra sus afectos y sus deseos a cada paso.

Para afrontar este momento de la mejor forma posible y que el nuevo miembro de la familia se integre sin problemas a la vida diaria, los papás deben asumir que la norma principal que debería regir el ritmo de vida del niño son las rutinas, aplicadas a todos los ámbitos del día a día. A partir de este momento es beneficioso, y no sólo para el bebé sino también para el funcionamiento de toda la familia, el establecimiento de unos horarios estables de comidas, de sueño, de baño, de paseo, etc. Gracias a la rutina y a la repetición de conductas, todos los días a las mismas horas, el bebé irá interiorizando un ritmo que facilitará su desarrollo así como la convivencia en casa.

2.2.1. QUÉ DARLE DE COMER: MÁS ALLÁ DE LA LECHE

¿Qué es la alimentación complementaria?

A partir de los 6 meses todos los bebés deben recibir lo que llamamos "alimentación complementaria", esto significa alimentos diferentes a la leche, ya sea materna o de fórmula. En todo caso, el niño debe seguir recibiendo un aporte de leche de como mínimo unos 500 ml diarios.

En algunos casos el pediatra habrá considerado oportuno ofrecerle al bebé alimentos diferentes a la leche antes de los 6 meses.

¿Qué alimentos le puedo ofrecer y en qué orden?

El orden de introducción de los nuevos alimentos en la dieta varía dependiendo de razones socioculturales, pero debe seguirse la norma de respetar siempre unos días de separación entre cada alimento nuevo que se ofrece.

El pediatra marcará el ritmo y el tipo de alimento a ofrecer primero.

En general se comienza por los cereales (primero sin gluten y, según los conocimientos actuales, sobre los 6 meses se pueden incluir los cereales con gluten). A los seis meses al bebé se le ofrecerá un puré de verduras y carne en la comida de mediodía y una papilla de fruta en la merienda. Puede iniciarse primero el puré y luego la fruta o viceversa, pero respetando unos tiempos entre ellos.

Vuestro pediatra os recomendará la alimentación adecuada en cada momento para vuestro hijo. A título orientativo, éstas son las **edades de inicio para ofrecer al niño los principales alimentos:**

- **Cereales:** A los seis meses. Se puede ofrecer antes el cereal sin gluten en determinadas circunstancias y bajo control pediátrico.
- **Verdura:** A los seis meses. Se deben evitar las verduras de hoja verde ancha por su alto contenido en nitratos: remolacha, nabos, acelgas, espi-

nacas, etc. y se pospondrán hasta los 12 meses. Una cantidad excesiva de zanahoria puede ocasionar tinte anaranjado en la piel del niño, sobre todo en las palmas de las manos y en las plantas de los pies.

- **Carne:** A los seis meses se puede ofrecer el pollo, a los siete meses la ternera, y a los 9 meses el cordero, todos ellos siempre sin grasa, ni piel, que la zona sea magra.
- **Fruta:** Desde los 6 meses, aunque en ocasiones el pediatra puede iniciarla a los 5 meses. Deben evitarse las frutas más alergénicas (en general puede seguirse la regla de evitar las frutas "con pelo o pepitas") hasta el año de edad.
- **Pescado:** El pescado blanco puede introducirse a partir de los 9-10 meses, el azul a partir de los 15-18 meses.
- **Huevo:** Se puede ofrecer la yema desde los 10 meses, en cantidades progresivas, y la clara (huevo entero) a partir de los 12 meses.
- **Legumbres:** A partir de los 12 o 15 meses, inicialmente trituradas en el puré.
- **Leche de vaca:** Nunca antes del año de vida (12 meses), idealmente a partir de los 18 meses.
- **Yogures y derivados lácteos:** A partir de los 11 o 12 meses.

Las últimas investigaciones en nutrición infantil apuntan a que la introducción de alimentos puede ser flexible dependiendo de la tolerancia y el desarrollo de cada bebé.

Buenos hábitos en la mesa

A los 6 meses la "alimentación a demanda" que ha regido los primeros meses de vida del niño se debe haber sustituido paulatinamente por unos **horarios flexibles pero estables de comidas**, de forma que al bebé se le ofrezca el desayuno, tentempié a media mañana (opcional dependiendo de los horarios de sueño), comida, merienda y cena a horas más o menos similares todos los días.

Además es el momento de marcar la regla de oro que facilitará el momento de comer del niño y la adquisición de buenos hábitos alimentarios: **los padres eligen dónde, cuándo y qué se come y el bebé marca la cantidad.** Es recomendable que el entorno en que se coma sea el mismo todos los días: en el mismo sitio, con su babero y su cuchara, sentado en su trona o donde el papá o la mamá hayan decidido dar la comida. De esta manera el niño va interiorizando "cómo se come" y asociando la alimentación a un hábito social más. No debe entretenerse al niño mientras come ni utilizar juguetes o televisión para coseguir que coma más cantidad. Debe respetarse en todos los casos la sensación de saciedad del niño: cuando éste demuestre que no desea seguir comiendo, se retirará la comida.

Los bebés nacen con un **reflejo llamado "de extrusión"**, que consiste en que, al introducir algún objeto en la boca, lo intenten "expulsar" con la lengua. Este reflejo se pierde con los meses, pero hay niños que a la hora de iniciar las tomas con cuchara todavía lo mantienen en mayor o menor medida. No hay que confundirlo con que el bebé rechaze la cuchara; con la repetición y unos días, desaparecerá completamente. Igualmente los padres podéis preocuparos porque, al contacto con sabores distintos, el bebé hace muecas que pueden interpretarse como desagrado: el contacto repetido con los sabores nuevos hará que el bebé los acepte progresivamente.

Los padres o personas que dan de comer al niño han de intentar que el momento de la comida sea relajado y agradable, a la vez que van enseñando **buenos hábitos en la mesa**, siempre en relación a la edad del bebé: no jugar con la comida, no distraerse con la televisión u otros juegos, etc. El momento de la comida es una ocasión excelente para fomentar la autonomía del niño permitiéndole comer solo (en la medida de sus posibilidades y de su destreza), sin temor a que se manche.

El agua

Mientras el bebé se ha alimentado exclusivamente de leche es raro que haya aceptado el agua entre

tomas salvo circunstancias especiales (catarro, ola de calor…). Con la ingestión diaria de leche tiene cubiertas sus necesidades de líquido. Esto cambia al iniciarse la alimentación semisólida. En este momento puede ofrecerse al niño agua entre tomas, bien con biberón o incluso de un vaso. La ingesta abundante de agua es beneficiosa para los niños y los papás deben fomentarla presentándosela al niño como algo agradable.

Distribución de comidas

En nuestra realidad sociocultural, los alimentos que ofrecemos al bebé pueden ser repartidos en distintas comidas al día tal como sigue:

- **Desayuno y cena: leche.**

  La leche en los lactantes mayores de 6 meses alimentados con fórmula se elegirá **de continuación o "leche 2"**. En este caso los cereales suelen añadirse al biberón como desayuno y cena, aumentando progresivamente el número de cacitos de cereales según la edad del bebé y la recomendación del pediatra. Debe tenerse en cuenta que según se espese la leche va a ser necesario sustituir la tetina del biberón por una apta para cereales. Si las preferencias del bebé así lo indican, se puede espesar la leche con más cantidad de cereal para formar una papilla y administrarlo con cuchara. En este caso debe tenerse en cuenta el volumen de ingesta diaria de leche, ya que a veces es difícil llegar a los 500 ml diarios.

  En los lactantes alimentados al pecho se recomienda **mantener la lactancia materna por lo menos hasta los 12 meses,** según las recomendaciones de la OMS. En estos niños el desayuno y la cena serán lactancia materna, que también se puede ofrecer de postre de comida y merienda. Los cereales pueden añadirse a la papilla de frutas o prepararse como papilla de cereal adicionando leche materna extraída previamente.

  También pueden ofrecerse lácteos en forma de **yogures de leche adaptada** como postre de comida y/o merienda. No son recomendables los derivados lácteos grasos o al menos su consumo debe ser ocasional.

- **Comida: el puré de verduras y la carne.**

  La comida de mediodía por excelencia en nuestro entorno consiste en puré de verduras con carne.

¿Cómo preparar el puré de verduras?

Las verduras deben pelarse y lavarse cuidadosamente. Pueden utilizarse en combinaciones diversas a gusto del niño (patata, zanahoria, puerro, calabacín, calabaza, judía verde, tomate, etc.). Para la preparación se cocerán las verduras o bien al vapor o bien con poca agua. **No se debe utilizar sal.** En los últimos minutos de cocción de las verduras se añadirá la carne de pollo o ternera, el tiempo suficiente para que quede bien cocida. Las cocciones muy prolongadas o con mucho agua favorecen la pérdida de vitaminas de los vegetales por lo que una buena alternativa es utilizar las ollas a presión modernas, que cuecen a alta temperatura durante poco tiempo. Posteriormente se triturará a gusto del niño (inicialmente en las primeras tomas debemos triturar muy bien hasta dejar un puré fino). Si es preciso añadir agua a la hora de triturar el puré, se utilizará preferentemente la de cocer las verduras. Cuando el puré esté preparado, puede añadirse una cucharada de **aceite de oliva** (mejor virgen extra) en crudo. El puré puede conservarse en la nevera 48 horas, o también puede congelarse hasta que se vaya a consumir.

Es recomendable que los purés no lleven siempre los mismos ingredientes, de forma que el niño se acostumbre a **olores, colores, sabores y texturas diferentes.**

A los 9-10 meses el pediatra recomendará introducir **el pescado** en la alimentación: puede hacerse mediante el puré de mediodía sustituyendo 2-3 días a la semana la carne por el pescado.

Cuando llegue el momento de introducir **el huevo**, sobre los 10 o 11 meses, inicialmente se le ofrecerá al bebé la yema cocida, que puede añadirse al puré 2 o 3 días a la semana. Los primeros días se añadirá al puré un cuarto de yema, los siguientes media, y así progresivamente. A partir de los 12 meses y una vez comprobada la buena tolerancia del niño a la yema de huevo, se le ofrecerá la clara, que puede incorporarse cocida al puré, o también ofrecer al niño el huevo entero en forma de tortilla o revuelto fino.

El pescado y el huevo son alimentos especialmente alergénicos. Los padres debéis vigilar que el niño no muestre enrojecimientos o manchas en la piel, o vómitos y diarrea los primeros días de tomarlos. Si esto pasa, se dejará de ofrecerle el alimento sospechoso y se consultará con el pediatra.

De postre para la comida, si el niño quiere, se le puede ofrecer leche materna o yogur de leche adaptada.

- **Merienda: la fruta.**

  Se ofrecerá al niño principalmente fruta, triturada con un tenedor o bien en forma de papilla (mejor no muy fina). Se utilizará fruta fresca de temporada, madura y pelada. Algunos niños rechazan el sabor de la fruta por notarlo muy diferente a los sabores más suaves a que están acostumbrados: puede probarse a templarla un poco o añadirle cereal o galleta antes de administrarla. **No debe añadirse azúcar ni miel.** A partir de los 9-10 meses, puede probarse a sustituir la papilla por fruta en trocitos pequeños o machacada con el tenedor.

Vitaminas

Los lactantes alimentados con leche materna o aquellos que no consiguen tomar una cantidad suficiente al día de leche fortificada con vitamina D, y también los que viven en latitudes con pocas horas de luz solar, pueden tener riesgo de falta de Vitamina D, relacionada con la maduración de los huesos y otros muchos procesos. Por eso es práctica general en nuestro país, avalado por el grupo PrevInfad, la recomendación de que todos los lactantes hasta el año de edad tomen 400 UI de vitamina D diariamente. Su pediatra le explicará cómo realizar esta suplementación.

La mayoría de los lactantes sanos no necesitan ningún otro suplemento nutricional ni vitamina. En todo caso, el pediatra determinará si el bebé pertenece a algún grupo de riesgo y si necesita algún otro medicamento.

2.2.2. CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Desarrollo físico

En esta etapa el crecimiento físico se frena respecto a épocas anteriores, aumentando su peso entre 350 y 450 gr aproximadamente al mes (menos en algunos niños) y la talla entre 1 y 1,5 cm al mes. Esto contrasta con el gran avance que experimenta el niño en cuanto a su movilidad y su exploración del mundo que le rodea.

Desarrollo psicomotor

El desarrollo motor del niño durante estos meses es muy evidente, manipula objetos y **adquiere movilidad día a día;** el bebé entre los 6 y 8 meses va a conseguir **mantenerse sentado** él solito y tener las manos libres para jugar. A partir de los 6 meses puede coger juguetes y llevárselos a la boca. A los 9 meses ya puede cogerlos mediante la **"pinza" manual**, con lo cual gana destreza rápidamente. Asimismo comenzará a arrojar objetos de forma voluntaria, divirtiéndose mucho cuando los padres los recogen. Alrededor de los 8-9 meses aprenderá a **gatear**, primero "reptando" y luego con un gateo más elaborado. Un poquito más adelante conseguirá **ponerse en pie** él solo y sobre el año probará a dar los **primeros pasos**, primero con apoyos.

Otro momento fundamental en el desarrollo de los niños es cuando aparece, sobre los 9 meses, la **"persistencia del objeto"**. Esto significa que el bebé comprende que los objetos siguen existiendo aunque no los vea. A partir de este momento el niño comenzará a jugar, a buscar "objetos" que no ve en ese momento pero sabe que están.

Siempre hay que tener en cuenta que puede haber **muchas diferencias en el desarrollo psicomotor de unos niños y otros**; por eso hay que respetar el ritmo de cada uno pero fomentando siempre esta evolución.

El parque de juegos

En esta etapa es muy recomendable proporcionar al niño un entorno seguro pero que le permita explorar e ir adquiriendo esa movilidad e independencia: es el momento ideal para el parque de juegos, donde el niño puede jugar y moverse sin hacerse daño al caer. Si no le gusta permanecer en el parque, al principio podemos ayudarle dejando dentro sus juguetes preferidos, y creando una rutina de forma que le pongamos en el parque todos los días un ratito en el mismo momento del día, primero un minuto, luego dos, e ir progresivamente alargando los tiempos. Es muy beneficioso para ellos que aprendan a no depender constantemente de la presencia materna.

Ansiedad de separación

Los lactantes desde los 8 meses y hasta los 15-18 meses pueden pasar por una etapa de duración variable en su desarrollo psíquico que los pediatras llaman "ansiedad de separación", que consiste en que el niño cree que si no ve a su madre (o figura de apego) o ésta se va, implica que su **madre** "no está", sin ser capaz de entender que volverá después. Esto se traduce en llantos desesperados cada vez que su **mamá** se separa de él aunque sea para ir al baño. También va unido al recelo que muestra el niño hacia los extraños. Lo principal es aceptar esta etapa con tranquilidad, sabiendo que es normal en el desarrollo de los bebés y que pasará cuando el niño crezca un poquito y entienda que **mamá** no se va para siempre.

La comunicación

En esta etapa el bebé se vuelve un experto en la **comunicación no verbal**, siendo capaz de mostrar muchas emociones que los papás identifican a la perfección como respuesta a diferentes situaciones, y de forma voluntaria. Al bebé le encanta jugar y lo demuestra con risas, le encanta que sus papás le cojan, y sonríe cuando lo hacen. Rechaza con enfado la comida si no tiene hambre, demuestra recelo e incluso miedo ante los desconocidos, etc.

También va a ir mostrando su interés por "hablar", apareciendo **la jerga** con la que el bebé se comunica. Puede ir aprendiendo a "responder", a repetir sonidos, a llamar a los que le rodean, etc. A los 8-10 meses el **balbuceo inicial**, a veces ininteligible, se transforma en una repetición de **sílabas** (ma-ma-pa-pa-da-ba) sin significado real. A la vez aparecen las **inflexiones voluntarias** de voz en la jerga del bebé, que quiere imitar el lenguaje que oye a su alrededor.

Al mismo tiempo que se comunica mejor, el bebé cada vez **comprende mejor** lo que oye, volviéndose un experto en reconocer las emociones de los padres por el tono de voz. Dependiendo de cada niño, a los 11 meses ya es capaz de **reconocer el "NO"**, lo que va a marcar un hito fundamental en su comportamiento y en su relación con el entorno. Pueden incluso aparecer las primeras rabietas como expresión de la frustración que siente con respecto a lo que espera del entorno y no consigue.

2.2.3. EL SUEÑO

A partir de ahora el bebé va a ir perdiendo horas de sueño y fijando un horario más estable, con un sueño nocturno prolongado y pequeñas siestas tras las comidas. Es beneficioso también ahora ayudarle a fijar ese horario con rutinas diarias, de forma que le facilitemos esas pequeñas siestas y el momento de irse a dormir todos los días más o menos a la misma hora. A partir de los 6-7 meses, fisiológicamente el niño ya es capaz de dormir toda la noche seguida, con pequeños despertares que se consideran normales.

Durante estos meses también muchos papás deciden **cambiar al niño a su propio cuarto.** A esta edad no suele dar problemas el cambio de habitación mientras se mantengan las mismas rutinas a la hora de acostarse, pero hay que tener cuidado que no coincida este momento con la época de ansiedad de separación, y si ésta ya ha aparecido, mejor posponer el cambio de habitación para cuando ceda.

2.2.4. HÁBITOS DE HIGIENE

El cambio de pañal debe realizarse frecuentemente sin esperar a que la piel del bebé se moje, ya que así se evitarán dermatitis. Por supuesto las caquitas deben retirarse lo antes posible. En los cambios de pañal, el culito del niño debe limpiarse si se ensucia, bien con agua y jabón neutro, o con toallitas higiénicas para este fin, pero intentando no abusar para no dañar la fina barrera cutánea del bebé. El pediatra determinará si es necesario el uso de alguna crema preventiva de la dermatitis del pañal y cuál es la adecuada para cada niño. A la hora de elegir un buen pañal, el nivel de exigencia hacia la calidad de un producto que está en contacto continuo con la piel del bebé debe ser muy alto. Por eso es **importante que los pañales que use tu bebé estén clínicamente y dermatológicamente testados.** La capacidad de absorción del pañal y su sequedad, así como el cuidado de la delicada piel del bebé, deben ser tus prioridades. También es importante valorar la comodidad y la libertad de movimientos que ofrece el pañal, dado que el bebé pasa muchas horas con

él y el pañal será su compañero hasta, aproximadamente, los dos años y medio, cuando ya esté preparado para prescindir de él. La piel del culito de tu bebé es una de las zonas más sensibles de su cuerpo. Al estar permanentemente expuesta a la humedad y a otros agentes externos es fundamental dedicarle toda la atención, manteniéndola limpia y lo más alejada posible de la humedad.

El baño a esta edad suele ser uno de los momentos del día más agradables para el bebé y los papás, al permitirle jugar en el agua y pasar un rato de diversión en compañía. Aunque el niño se mantenga sentado solito en el agua es importantísimo no dejarle nunca solo en la bañera, ni siquiera "para ir un momento a contestar el teléfono". El baño además es un apoyo importante para marcar horarios y rutinas, y si se decide que sea antes de la cena, se convierte en el punto de inflexión entre la tarde de juegos, la cena y el momento de dormir. Tampoco pasa nada si no se puede bañar al niño a diario, de hecho en algún caso concreto el pediatra puede recomendar espaciar los baños.

Después del baño es recomendable **limpiar la naricita** de secreciones con suero fisiológico, obligatorio los días que esté acatarrado. Así como **revisar las orejitas**, que se limpiarán con una gasita húmeda y nunca con bastoncillos de algodón. También se **revisarán los ojos**, y si hay secrecciones se arrastrarán suavemente con una gasita empapada en suero fisiológico. No hay que olvidar **las uñas**, cada semana aproximadamente los papás deberán recortarlas para evitar arañazos y roturas, siempre con una tijera de punta roma para minimizar el riesgo de accidentes.

Ahora que el niño empieza a cogerlo todo y a moverse por el suelo, es recomendable iniciar el **lavado de manos** antes de comer y cada vez que se ensucie. Se hará con un jabón suave.

Como se comentará a continuación, una vez que erupcionen **los dientes** hay que limpiarlos suavemente con la ayuda de una gasita humedecida.

2.2.5. LA DENTICIÓN

La mayoría de los niños inician la **erupción dentaria** sobre los 6 meses, con la aparición de los incisivos centrales inferiores, aunque hay grandes variaciones normales en el momento de la primera erupción y el orden de aparición de las piezas. Tan normal es el niño al que el primer diente le aparece con 5 meses, que aquel al que le aparece con 12 meses. Si los padres tienen alguna duda sobre el desarrollo óseo de su niño, su pediatra se asegurará de que todo se desarrolla con normalidad.

La dentición puede ocasionar **pequeñas molestias** a los niños, en forma de irritabilidad, pérdida de apetito, etc. En general se alivian mordiendo materiales más o menos duros o fríos, los típicos mordedores, o alguno casero (asegurándonos de que no es peligroso, por supuesto). Si lo considera pertinente, el pediatra puede recomendar de forma puntual algún analgésico oral tipo paracetamol si el trastorno afecta de forma importante al niño.

A partir de la erupción dentaria es recomendable iniciar **normas de higiene** respecto a los nuevos dientes del niño; mientras él no pueda hacerlo, los papás han de limpiarlos todos los días suavemente con una gasita mojada en agua.

2.2.6. LOS JUEGOS

A partir de ahora el bebé va a mostrar su predilección por su actividad favorita: jugar. **El juego es su forma principal de aprender** y debemos estimularle con actividades que impliquen colores, formas, texturas, así como sonidos (canciones) o movimientos (bailar, juegos de manos). Tirar las cosas al suelo, oír el ruido al caer y ver cómo vuelven a aparecer cuando los padres las recogen, le volverá loco de contento. El bebé no necesita juguetes especiales, o mejor dicho, puede convertir cualquier cosa que le llame la atención en un juguete. Lo principal a tener en cuenta es que la figura de papá y mamá en el momento del juego son insustituibles, el tiempo que los papás juegan con el bebé se convierte para éste en lo más preciado. Al mismo tiempo es bueno para su autonomía que se acostumbre a que hay ratitos del día en que debe jugar solo.

2.2.7. LAS VACUNAS

Según los calendarios vacunales vigentes actualmente en España, a los 6 meses es recomendable vacunar de la tercera dosis de vacuna hexavalente. Además la Asociación Española de Pediatría recomienda la vacunación universal con la vacuna antineumocócica conjugada 13-valente (Prevenar 13), correspondiendo a los 6 meses la tercera dosis; suele administrarse en el mismo momento que la hexavalente, cada una en un muslo del niño. Si se retrasase por cualquier motivo la vacunación, el pediatra le indicará el momento adecuado para realizarla, que será en principio lo antes posible.

Una vez puestas las vacunas correspondientes a los seis meses, la siguiente cita para vacunación será a los doce meses: en este momento en determinadas Comunidades Autónomas puede recomendarse la vacunación de triple vírica y/o varicela. A los doce meses igualmente se recomienda la cuarta dosis o dosis de recuerdo del Prevenar 13.

2.2.8. LA SEGURIDAD

A partir de esta etapa es muy importante **extremar las precauciones de seguridad** en casa, al adquirir el niño cierta independencia y movilidad. A esta edad se lo llevará **"todo" a la boca**, con lo que es muy importante no dejar a su alcance piezas pequeñas que pueda tragarse (monedas, botones...) o productos peligrosos (de limpieza, medicamentos...). Al mismo tiempo, al comenzar a moverse es necesario proteger las esquinas, muebles peligrosos (de cristal...), las escaleras, los enchufes, etc. Los cajones con contenido que no deba tocarse deben protegerse con accesorios que impidan su apertura fácil. Las alfombras de la casa que puedan hacer tropezar al niño han de fijarse o retirarse. Los muebles que puedan ser volcados deben asegurarse a las paredes, etc. Los niños no deberían jugar en la cocina ni en el baño, por ser éstos los lugares potencialmente más peligrosos de la casa. En general, los papás han de hacer un "recorrido" por su casa retirando o protegiendo los posibles peligros.

- **Seguridad en el automóvil.**

  En España la principal causa de morbimortalidad en niños son los accidentes, particularmente los accidentes de tráfico. Como el automóvil forma parte de la vida diaria, los papás tienden a infravalorar los riesgos que corre el bebé cuando viaja. Sin ninguna excepción, el niño debe viajar siempre correctamente sentado y con los cinturones bien apretados en su sillita, siendo mucho más seguro colocar la silla en el sentido contrario a la marcha (**Grupo 0+**). Hay que recordar anular el airbag delantero si se va a colocar la silla en el asiento del copiloto.

  En España la legislación permite pasar a utilizar una silla del **Grupo 1**, colocada en el sentido de la marcha, cuando el niño alcance el año de edad o los 9 kilos de peso.

RECORDAD:

- **Las rutinas son clave para mantener la armonía familiar.**
- **La alimentación complementaria ha de ser introducida paulatinamente, sin forzar, y junto a buenos hábitos de alimentación.**
- **El bebé crece más despacio que en épocas anteriores pero muestra un gran desarrollo de su movilidad y su interacción con el entorno.**
- **El juego es el modo principal de aprender del niño y debe fomentarse.**
- **El niño y toda la familia funcionarán mejor si se establecen unos horarios estables de alimentación y sueño.**
- **Es importante realizar la higiene del bebé de forma regular.**
- **La dentición puede provocar pequeñas molestias al bebé, que se solventarán fácilmente.**
- **La seguridad en casa y en el automóvil es fundamental y nunca debe descuidarse.**

2.3. EL NIÑO DE LOS 12 A LOS 24 MESES

Mª del Carmen Mendoza Sánchez • Pediatra. Hospital Universitario. Salamanca
Ángel Martín Ruano • Pediatra Atención Primaria. C.S. Armijo. Salamanca

El desarrollo de los niños de 12 a 24 meses viene marcado fundamentalmente por dos hechos: el inicio de la marcha, que le permite tener menos dependencia de los demás, y el hecho de que el lenguaje comienza a ser un medio importante de expresión. Empieza el cambio de "bebé" a "pequeño explorador" que va a descubrir el mundo que le rodea con una enorme curiosidad.

2.3.1. ALIMENTACIÓN

A partir del año de edad, una alimentación adecuada se basa en una dieta:

- **Equilibrada,** que asegure un crecimiento y desarrollo correcto, evitando carencias nutritivas.
- **Capaz,** a la luz de los conocimientos científicos actuales, **de prevenir enfermedades** como la obesidad, el aumento de colesterol, la diabetes, enfermedades cardiovasculares y del cerebro, la hipertensión arterial, caries y algunos tumores.

Durante esta etapa el niño se **va incorporando a la alimentación familiar y adquiriendo hábitos de alimentación saludables**, que influirán de manera decisiva en la alimentación futura. Debemos saber que la familia (padres, hermanos) es el lugar más adecuado para iniciar al niño en el consumo de todos los alimentos y es el principal modelo en la adquisición de los hábitos alimentarios.

Fomentaremos la **progresiva autonomía del niño** y ofreceremos alimentos variados, tanto en forma, sabor y textura (respondiendo así a la curiosidad natural del niño) para ayudar a madurar y formar el gusto. Si queremos que coma fruta y verdura primero hay que tenerla a su disposición en casa, que forme parte de los hábitos de alimentación de la familia, y ofrecérsela de forma repetida, progresiva y variada.

A partir de los 18-24 meses el crecimiento es más lento, lo que hace que el **apetito disminuya y sea variable en el tiempo.** Esto, unido a la maduración del gusto con el desarrollo de preferencias y rechazo de ciertos alimentos, puede ocasionar conflictos a las horas de las comidas. Es importante favorecer tempranamente el control de la ingesta según su apetito y la saciedad, sobre todo para prevenir obesidad (autorregulación de la ingesta). Se debe evitar sobrealimentar con costumbres como biberones con el niño dormido, obligar a terminar raciones o premiar con dulces.

Recomendaciones generales.

Leche y derivados. Los requerimientos mínimos se cifran en medio litro diario. No debemos introducir la leche de vaca en la alimentación antes de los 12 meses de edad; si las circunstancias lo permiten, se puede retrasar su introducción hacia los 15-18 meses. Debe ser siempre leche entera, ya que la grasa es necesaria para el crecimiento y es un vehículo de múltiples vitaminas. Es importante que los lácteos no desplacen a otro tipo de alimentos. Ofreceremos mejor leche líquida como lácteo principal ya que los derivados (natillas, flanes…) suelen aportar más calorías, grasas y aditivos. Las leches de crecimiento se pueden ofrecer como transición hasta los 2-3 años dependiendo de las necesidades nutricionales del niño (son leches enriquecidas en hierro, ácidos grasos esenciales, vitaminas y minerales).

La introducción de alimentos nuevos se hará de manera lenta y progresiva comenzando con pequeñas cantidades que se van incrementando, dejando un intervalo de unos días entre cada alimento nuevo.

- A partir de los 12 meses se pueden incorporar derivados lácteos, legumbres (1-2 veces a la semana sin piel o pasadas en pasapuré para mejorar la tolerancia), y la clara de huevo (huevo entero 2-3 veces a la semana siempre cocinado para disminuir alergias).
- Alrededor de los 15 meses se introducen algunas frutas como fresas y melocotón.
- A los 15-18 meses se puede introducir el pescado azul de piezas pequeñas (sardinas, boquerón, arenque, caballa, etc.), evitando hasta después de los tres años los pescados azules de gran tamaño que se suelen vender en rodajas (Pez espada, atún rojo, tiburón, etc.). Las vísceras, muy utilizadas en otras épocas, están muy cuestionadas y, como mucho, se usarán de forma ocasional pues, aunque son ricas en vitaminas, hierro, y proteínas, también lo son en grasas, colesterol, y existe la posibilidad de que contengan diversos tóxicos y hormonas.

En general no se necesita la administración de suplementos polivitamínicos ni de minerales como el hierro salvo que lo prescriba el pediatra.

Alimentación saludable. El crecimiento más lento a partir del año de edad hace que las necesidades de proteínas y de energía en general sean menores. En la actualidad los niños consumen más cantidad de la necesaria de calorías, proteínas, grasas, sal, azúcares refinados y existe un menor consumo de hidratos de carbono complejos, algunas vitaminas y minerales. Por tanto, es aconsejable aumentar el consumo de hidratos de carbono complejos y disminuir grasas y proteínas, lo que se traduce en la práctica en aumentar el primer plato (pasta, patatas, legumbres, verduras), disminuir el segundo (carne, pescado) y aumentar el consumo de fruta.

Son preferibles las carnes poco grasas (ave, ternera), retirando la grasa visible, limitando la carne de cerdo y derivados. El pescado debe ser variado: blanco y azul (rico en grasas poliinsaturadas).

El postre debe ser fruta y no lo debemos sustituir por zumos, ya que no aportan fibra.

Evitaremos los zumos en biberón, líquidos azucarados, tentempiés no nutritivos, bollería industrial y comida rápida. Los frutos secos enteros no se deberían consumir hasta después de los 5 años por el riesgo de atragantamiento.

Los alimentos los cocinaremos preferentemente a la plancha, al horno, al vapor, cocidos, asados y evitando rebozados y empanados. Usaremos preferentemente el aceite de oliva ante mantequilla, nata, mayonesa, tocino o manteca. Limitaremos la sal y el azúcar. En el caso de que el niño coma fuera de casa se debe conocer el menú ofrecido para completarlo por la noche y los fines de semana.

Las necesidades diarias de líquidos a esta edad se cifran en 1.300 ml aproximadamente y la fuente principal será el agua. Evitaremos bebidas excitantes, y limitaremos el consumo de zumos artificiales, bebidas y refrescos gasificados.

Número de comidas: Para regular a la baja la ingesta global de calorías el niño debe realizar 4-5 comidas al día, 3 comidas importantes: desayuno, comida, cena; y dos ligeras: almuerzo de media mañana y/o merienda. No ofreceremos comida entre horas. El horario de comidas debe ser lo más regular posible. El desayuno es una de las comidas más importantes del día y de las que peor se realizan en España. Se debe ir abandonando el biberón con cereales y las papillas y pasar a un desayuno equilibrado que contenga un lácteo, cereales y fruta, con una duración no inferior a 10-15 minutos. Desayunar mal se correlaciona con menor rendimiento escolar, mayor riesgo de obesidad, y aumento de colesterol.

Raciones de comida: A partir de los 18-24 meses el crecimiento es más lento, con lo que disminuyen las necesidades energéticas y secundariamente el apetito. Es pues aconsejable respetar, en la medida de lo posible, la sensación de saciedad o de hambre expresada por los propios niños (autocontrol de la ingesta), no marcando de manera rígida la cantidad de las raciones ni el número de comidas. Es preferible poner raciones justas y razonables y que pida más, a grandes platos y que se los acabe por obligación o por inercia.

Del puré a los sólidos: En este periodo le ofreceremos progresivamente la alimentación menos triturada para estimular la masticación. Al principio ofreceremos alimentos en puré, que cada vez se harán más espesos, de consistencia grumosa, luego sólo aplastando con el tenedor y posteriormente trozos pequeños sólidos que irán aumentando en relación al aprendizaje del niño. Lo ideal es conseguir que coma troceado a los 18-24 meses. Cuando pasamos a la alimentación sólida podemos ofrecer al principio todos los alimentos en un plato (macarrones con carne, menestra de verdura con carne, paella, etc.) aunque el puré de verdura con carne o pescado se puede seguir ofreciendo algunos días a la semana dentro de una alimentación variada. Las cenas se irán variando, tomando cada vez más sólidos y dejando los lácteos sólo como complemento.

Utensilios de comida: Entre los 12-18 meses enseñaremos a usar los utensilios de comida básicos y al final de la etapa el bebé será capaz de beber en vaso y comer usando de forma combinada cuchara, mano, plato o taza, aunque lo ensuciará todo. Por ello, es importante no prolongar el uso del biberón una vez que pueda beber solo.

El ambiente en torno a las comidas debe ser agradable, sin prisas (no forzar a comer, dando tiempo suficiente, pero no excesivo), tolerando algo de desorden y derrames. Evitaremos conversaciones tensas, reprimendas, discusiones, ver la televisión o jugar durante la comida y fomentaremos la conversación y la convivencia familiar de todos los miembros.

La comida o alimentos concretos no deben usarse como recompensa o castigo y no premiaremos por haber comido bien.

Preferencias alimenticias: Según va desarrollando el sentido del gusto hay alimentos que le gustan más y otros menos. Forzándole a comer un determinado alimento podemos conseguir que los rechace todos y puede quedar condicionado a rechazar la comida ya que, para él, el acto de comer se con-

vierte en algo incómodo y poco placentero. Si no quiere de manera repetida un alimento (hay que probar al menos 8-10 veces) podemos utilizar distintas alternativas para conseguir su aceptación: modificar su aspecto, preparación, color, presentación, pactar una menor cantidad, unirlo con otro alimento que le guste, dejar pasar un tiempo para un nuevo intento, etc. Siempre hay que intentar que a medida que el niño crece la alimentación continúe siendo variada a través de la educación del sentido del gusto y con una adecuada planificación semanal (ver alimentación en la etapa de 2-3 años).

2.3.2. CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Durante este segundo año de vida la velocidad de crecimiento disminuye. El incremento de talla aproximado en este año es de 12 cm y la ganancia de peso, irregular, en torno a 2-2,5 kg.

- **Entre los 12 y los 18 meses** los pies adquieren mucha importancia. Se construye y fortalece el tobillo, la planta del pie y los músculos de las piernas adquieren fuerza. Las rodillas siguen desviadas ligeramente hacia fuera y la planta del pie se aplana por el peso del cuerpo.

  Es frecuente que sean "barrigones".

- **Entre los 18 y los 24 meses** la figura se estiliza y los miembros inferiores crecen en longitud. La velocidad de crecimiento de la cabeza disminuye ligeramente. Las articulaciones son muy flexibles.

Durante este año hay dos aprendizajes principales: **dominar la marcha y desarrollar el lenguaje** para comunicarse.

Es conveniente tener presente que cada niño tiene su "ritmo" en cuanto al desarrollo psicomotor y existen variaciones en los diferentes niños. Su pediatra valorará cuándo algo se sale de los límites de la normalidad.

Los diferentes hitos que se van adquiriendo en cuanto al desarrollo psicomotor, **que pueden variar según el niño**, son:

Alrededor de los 12 meses

Se mantiene de pie solo y puede dar algunos pasos. Al principio la marcha es inestable, tratando fundamentalmente de mantener el equilibrio. Es frecuente que justo antes del inicio de la marcha los niños pasen por una etapa de mayor irritabilidad pero disminuye de forma importante al empezar a caminar.

Puede decir ya 2-3 palabras con significado aunque sabe el significado de más, entiende órdenes sencillas y frases muy elementales: "vamos a la calle", "viene mamá". Suele decir "no" con la cabeza. Sigue usando mucho los gestos para comunicarse, pero éstos ya son más elaborados.

Deja de llevarse objetos a la boca, le gusta tirar cosas y que se las recojan. Tiene una manipulación y pinza "índice-pulgar" precisas. Señala con el dedo índice y busca con la mirada objetos caídos u ocultos. Colabora al vestirse, por ejemplo al meter los brazos por las mangas.

Extraña a desconocidos, se interrelaciona bien a través de juegos, puede dar un beso si se lo piden, "baila" con la música.

En torno a los 15 meses

Anda bien, sube escaleras gateando, se agacha y se pone de pie.

Dice 3-6 palabras, puede señalar una parte del cuerpo y comprende órdenes sencillas.

Tira menos cosas, hace torres de 2-3 cubos, garabatea, come solo, maneja la cuchara pero aún no de forma perfecta.

Indica lo que quiere con gestos y sonidos.

Abraza a los padres.

Hacia los 18 meses

Sube escaleras cogido de la mano, corre de forma torpe, da patadas a un balón.

Dice 10-15 palabras, tiene su propia jerga, comienza a decir "no", escucha una historia mirando los dibujos y nombrando objetos, señala más partes del cuerpo...

Construye torres de 3-4 cubos, hace garabatos espontáneos, pasa hojas de libros, insiste en hacer cosas él solo, explora cajas.

Da besos, busca ayuda ante un problema, es capaz de seguir el juego "toma-dame".

Percibe la sensación de vejiga y recto llenos pero no controla todavía sus esfínteres.

En muchos niños en esta edad aumenta el deseo de estar en brazos y a menudo la separación a la hora de irse a la cama es difícil.

Comprende mejor las causas y los efectos de las cosas.

Entre los 18 y los 24 meses

Empieza a discriminar forma, tamaño y color de los objetos.

Puede empezar a juntar dos palabras.

Le atrae la relación con los demás y empieza a dar su nombre.

Mejora la manipulación y realiza juegos de imitación: simula el movimiento de un coche, se coloca el teléfono para hablar.

Empieza a expresar sus emociones con acciones concretas.

Aproximadamente a los 2 años

Sube y baja escaleras solo, de una en una, corre con soltura, se sube a los muebles y salta.

Dice 20-50 palabras y junta entre 2 y 3 para formar frases, usa pronombres como yo, mi, tú. El desarrollo del lenguaje le permite controlar su comportamiento y desarrollar el conocimiento.

Construye torres de 5-6 cubos, imita líneas verticales, aún con dificultad las horizontales, pasa páginas de libro de una en una, se lava y seca las manos, maneja bien la cuchara, ayuda a desvestirse, se sube los pantalones.

Juego y estimulación

En cuanto al juego, entre el año y los 18 meses si se reúnen varios niños, cada uno juega de forma independiente. Es un juego individual. Explora, manipula los juguetes, los desarma y les da un uso distinto al pretendido.

Entre los 18 meses y los 2 años ocurre el juego en paralelo. Cada niño juega de manera aislada de los otros, cerca pero aparte de ellos, aunque por regla general se dedica a las mismas actividades que los otros niños, los imita y utiliza los juguetes como herramientas para el juego que desarrolla (por ejemplo abriga y acuesta a las muñecas).

En esta etapa se pueden fomentar determinadas acciones dirigidas a estimular el desarrollo psicomotor:

- **A los 12 meses:** Andar, meter objetos en recipientes, hacer torres con cubos, trazos en papeles, pasar páginas, enseñar las partes del cuerpo, sujetar la cuchara, beber en vaso.
- **A los 15 meses:** Abrir y cerrar recipientes, encajar objetos, reconocerse en una fotografía o en el espejo, colaborar para desvestirse, comer solo, subir escaleras de la mano, fomentar la masticación, pedirle que haga pequeños recados de traer y llevar cosas.
- **A los 18 meses:** Subir y bajar escaleras, hacer construcciones, dar patadas a un balón, imitar trazos, señalar dibujos conocidos en los libros (estímulo muy importante para el desarrollo del lenguaje), hablarles con frases claras y sencillas, esconder cosas por la casa y luego encontrarlas.

2.3.3. LAS VACUNAS

Durante el segundo año de vida se administran fundamentalmente dosis de refuerzo que aseguran la prevención frente a enfermedades de las que ya se ha iniciado la vacunación en el primer año, como son la difteria, el tétanos, la poliomielitis, infección por *H. influenza B*, tos ferina y meningitis por Meningococo C. La edad de administración es variable según las Comunidades Autónomas.

Además es recomendable la administración de refuerzo de una **vacuna conjugada frente a Neumococo.** Esto se mencionará en los capítulos siguientes.

En este periodo se administra también la primera dosis de vacuna de **triple vírica** (sarampión, paperas y rubeola) y es recomendable la primera dosis de **vacuna de varicela**.

2.3.4. PREVENCIÓN ACCIDENTES

La prevención de accidentes es **fundamental en el segundo año de vida.** Esto es así, sobre todo, por el comienzo de la marcha, que obliga a ampliar el área de actuación, la curiosidad natural del niño por su entorno, la falta de sensación de peligro y la tendencia a llevarse todo a la boca.

Hay que conjugar de manera inteligente la vigilancia del niño con la exploración del entorno **evitando la sobreprotección**, y acondicionar el hogar para no tener que estar continuamente llamando la atención del niño.

A partir de los 12 meses hay que hacer hincapié sobre todo en los accidentes por asfixia o atragantamientos, caídas, uso de andadores, en el agua y piscina, intoxicaciones, quemaduras, heridas y accidentes de tráfico.

En cuanto a la **prevención de accidentes por asfixia o atragantamientos**, es importante guardar los objetos pequeños fuera del alcance y de la vista de los niños (botones, monedas, pilas, chicles), no permitirles nunca ingerir trozos pequeños y duros de comida como caramelos, maíz o frutos secos, y enseñar a no comer mientras corre o se ríe. También es importante que todos los juguetes estén homologados para su edad, evitando los pequeños y desmontables, y no dejarles jugar con bolsas de plástico ni globos (hinchados o no). Hay que evitar que duerman en superficies demasiado blandas o con

cojines, almohadas o peluches grandes. Los niños de esta edad no deben usar cadenas ni cordones en el cuello, ni tampoco cordones ni adornos largos en la ropa.

Respecto a la **prevención de caídas**, es fundamental no colocar cerca de las ventanas muebles que el niño pueda utilizar para subirse. Hay que colocar cierres de seguridad para que la ventana sólo pueda abrirse unos centímetros y los muebles que se puedan volcar deben estar anclados a la pared, evitando colocar objetos que llamen su atención en superficies altas. Son fundamentales los protectores en los accesos a escaleras tanto de subida como de bajada. Hay que colocar también sistemas de protección en los laterales de la cama y evitar literas o camas altas. Las cunas deben estar homologadas regulándolas a medida que el niño va creciendo.

El uso del andador está **totalmente desaconsejado** porque aumenta el riesgo de caídas y de fracturas, y no beneficia la adquisición de la marcha ni el desarrollo del niño.

En los muebles deben colocarse cantoneras acolchadas y en las puertas protectores para evitar cierres violentos.

Es importante también prevenir los **accidentes por inmersión en el agua.** No hay que dejar al niño solo en la bañera y se deben usar elementos antideslizantes. Las piscinas deben tener valla perimetral alta (> 122 cm) y puerta cerrada. Nunca hay que dejarlo solo cerca del agua ni a cargo de otros niños mayores y hay que vigilarlo siempre aunque lleve manguitos, flotadores o sepa nadar.

Las **intoxicaciones** también son muy frecuentes a esta edad por lo que es fundamental tener siempre a mano el teléfono del Instituto Nacional de Toxicología **(91 562 04 20)**. Los medicamentos deben estar guardados bajo llave y en los envases originales y no se deben comparar con golosinas o caramelos. Debemos evitar tomar medicamentos delante del niño y tener cuidado con los que dejamos en la mesita de noche. Los productos de limpieza y químicos (raticidas, insecticidas…) deben mantenerse lejos

del alcance de los niños, en envases originales con cierre de seguridad. Los productos tóxicos deben permanecer en su envase original, nunca en envases de bebida.

Para evitar intoxicación por monóxido de carbono se deben mantener en buen estado las estufas, chimeneas y las instalaciones de gas, y tener bien ventiladas las habitaciones donde estén estos aparatos.

En lo que se refiere a las **quemaduras** hay que ser cuidadoso con la temperatura del agua en el baño, comprobándola siempre, y mantener los aparatos eléctricos alejados de la bañera. Hay que **prestar especial atención al niño en la cocina**, tener cuidado con el horno y la vitrocerámica calientes y vigilar los mandos del gas. Debemos acostumbrarnos a utilizar los fuegos de la parte posterior con los mangos de sartenes y cazos hacia atrás. Hay que evitar circular por la casa con líquidos calientes y no tener al niño en brazos mientras se toma algo muy caliente. También hay que ser cuidadoso con el microondas porque realiza un calentamiento irregular. No se deben dejar líquidos calientes en los bordes de las mesas y se debe tener cuidado con los picos de los manteles de los que pueda tirar. La protección de enchufes es clave y hay que mantenerle alejado mientras se plancha y posteriormente proteger la plancha para que no se pueda acercar.

Es importante mantener la instalación eléctrica en buenas condiciones, con enchufes de seguridad según la normativa, evitar dejar cables en mal estado y desconectar los aparatos eléctricos una vez utilizados. Hay que poner barreras delante de estufas y chimeneas y no dejar al alcance de los niños mecheros ni cerillas.

La protección solar debe realizarse con productos que lleven un factor de protección adecuado (como mínimo mayor de 15), y repetir su aplicación cada 2-3 horas aunque sean resistentes al agua y al roce. Conviene restringir y limitar la exposición solar, sobre todo en las horas centrales del día. Nunca se debe dejar al niño solo al sol en el coche.

En lo que se refiere a la **prevención de heridas** debemos mantener objetos cortantes (tijeras, cuchillos) fuera del alcance de los niños. Las herramientas de bricolaje deberían estar alejadas y bajo llave. Debemos tener cuidado con mascotas que puedan lastimarle.

Durante los **trayectos en automóvil** se deben usar los sistemas de retención infantil (SRI) homologados en relación con su peso y talla, aunque sea para trayectos cortos. Recordad que hay cinco grupos:

- **Grupo 0 (de 0 a 10 kg):** Capazos de seguridad, para los recién nacidos. Se colocan en sentido transversal en los asientos traseros. El sistema va sujeto con los cinturones de seguridad. En el interior del capazo hay arneses para retener al bebé, que va tumbado y con la cabeza hacia el interior.

- **Grupo 0+ (de 0 a 13 kg):** Pueden utilizarse hasta aproximadamente el año de vida. El bebé va sujeto mediante arneses. Puede colocarse en el asiento delantero o trasero, pero **siempre en sentido contrario a la marcha**. Si se coloca en el asiento del copiloto es obligado desconectar el airbag, ya que su activación lesiona e incluso puede asfixiar al bebé. En esta colocación también se debe retrasar al máximo el asiento, con el fin de alejar al bebé del salpicadero. Si se colocan en los asientos posteriores, utilizaremos el central, para minimizar las posibles lesiones en una posible colisión lateral. La silla se fija al automóvil con el cinturón de seguridad, y el bebé va sujeto por un arnés de 5 puntos.

- **Grupo 1 (de 9 a 18 kg) y grupo 2 (de 15 a 25 kg):** Deben colocarse en los asientos traseros, en el sentido de la marcha del vehículo o en el delantero sin airbag. Se ancla al automóvil mediante el cinturón de seguridad o anclajes isofix.

- **Grupo 3 (de 22 a 36 kg)**: Deben colocarse en los asientos traseros, en el sentido de la marcha del vehículo o en el delantero sin airbag.

Como peatones no debemos soltarles de la mano, ni dejarles jugar en lugares poco vigilados o inseguros. Debemos dar buen ejemplo como peatones y conductores.

2.3.5. EL SUEÑO

En el segundo año de vida es fundamental **mantener los buenos hábitos adquiridos hasta ahora**. Lo habitual es que el niño de un año de edad ya haya desarrollado su patrón de sueño sin problemas, aunque hay **mucha variabilidad** y hasta los 5-6 años no se adquiere el patrón adulto de sueño. A los dos años suelen dormir en total 14-15 horas, aproximadamente entre 10 y 12 horas durante la noche, aunque no hay que olvidar que cada niño tiene sus necesidades individuales. El tiempo que puede tardar en dormirse puede variar entre 15 y 30 minutos.

Los periodos de siesta durante el día van a ir variando. Hacia el año y medio suele desaparecer la siesta matinal y queda sólo la de mediodía. Hay que evitar las siestas tardías o prolongadas.

Hacia el año de vida el niño ya no debería alimentarse durante la noche. Debemos enseñarle que durante la noche hay que dormir. Especialmente se debe evitar que duerman con el biberón en la boca, sobre todo si este tiene cereales, ya que esta actitud favorece el desarrollo posterior de caries.

Se recomienda que se mantenga una hora más o menos estable para irse a la cama, así como intentar que se levante también aproximadamente a la misma hora todos los días. Son muy importantes las rutinas, recordándoles unos minutos antes de acostarse que pronto van a tener que irse a dormir. Debemos intentar reducir su actividad en torno a ese momento y conviene acostarle antes de que esté demasiado cansado. Hay que evitar alimentos como el chocolate y las bebidas excitantes. Podemos leerle un cuento, recordarle alguna de las cosas realizadas durante el día y no olvidar el "beso de buenas noches". Es útil turnarse entre los padres para acostar al niño ya que, de otro modo, él reclamará siempre a la misma persona a la hora de dormir. Hay que intentar que esté a oscuras y que no haya mucho ruido ambiental en ese momento. La temperatura de la habitación no debe ser ni muy alta, ni muy baja, ya que ambas situaciones pueden favorecer los despertares por la noche. Un exceso de líquidos antes de acostarse también puede favorecer dichos despertares. Nunca debemos amenazarle con irse a dormir ya que lo asociará con algo negativo.

Se debe intentar que el niño se acueste despierto y que concilie el sueño solo. Muchos niños utilizan una sábana especial o un muñeco de trapo como objeto de transición. Les tranquiliza y es símbolo de los padres ausentes. Hay que evitar actitudes como que se duerma en brazos o que se quede dormido en el sofá viendo la televisión.

Si se despierta durante la noche hay que evitar enfadarse o amenazar, ya que esto le agitará aún más. Hay que intentar mantener la calma y explicar en tono de voz tranquilo que aún es de noche, que debe volver a dormir y que le queremos mucho. Es importante que el niño no detecte que perdemos seguridad en los momentos de tensión. Se recomienda mostrarse firmes, hacer siempre lo mismo y tratar de alternarse entre ambos miembros de la pareja cuando el niño se despierte. Cuando el niño empieza a andar suele asociarse a despertares frecuentes.

Algunos niños presentan dificultades a la hora de conciliar el sueño o despertares muy frecuentes. Existen diferentes trucos para mejorar estas situaciones y a la hora de emplearlos es importante tener en cuenta las características de cada familia, valorar su nivel de tolerancia y sus propias creencias. Un ejemplo de este tipo de intervención es la llamada "extinción gradual" que consiste en no prestar mucha atención al llanto del niño cuando

este tiene que conciliar el sueño y no hay otros trastornos orgánicos que lo expliquen. Se trata de esperar a acudir a la habitación un tiempo cada vez más prolongado, evitando cogerle en brazos o entablar mucha conversación con él. Algunos padres se sienten incapaces de realizarla porque les genera mucha angustia. El pediatra podrá aconsejar sobre esta y otras técnicas.

Es normal que cuando los niños estén enfermos duerman peor y se despierten con más frecuencia.

Hay que valorar el cambio a cama cuando la cuna se quede pequeña o haya peligro de que salte la barandilla.

Si decidís que el niño duerma con uno o ambos padres (colecho) es importante recordar que esto tiene ventajas e inconvenientes. Favorece los vínculos de apego pero puede dificultar la autonomía del niño en relación con el sueño.

2.3.6. OTROS ASPECTOS DEL DÍA A DÍA

No incluiremos en este capítulo los consejos ya desarrollados en otros apartados como el de la alimentación o el sueño.

En lo que se refiere a la **higiene** es aconsejable el baño diario. En estas edades es frecuente que se manchen durante el juego y no hay que estar continuamente cuidando de que no lo hagan. Es importante iniciar el hábito del lavado de manos antes de comer y el uso del cepillo dental desde que aparecen los primeros molares temporales, en torno a los 18 meses. Es recomendable no usar aún pasta dental, aunque existen preparados en gotas que no presentan problemas si se ingieren.

Es bueno dar paseos frecuentes y realizar actividades al aire libre.

Respecto al **calzado**, los zapatos deben tener suelas flexibles y antideslizantes, aunque sin excesiva adherencia para evitar que "frenen" al niño. Tienen que ser ligeros y lo suficientemente amplios para favorecer que el pie desarrolle su musculatura y que haya suficiente espacio para los dedos. No es necesario que incluyan la articulación del tobillo ni es necesario que lleven ningún tipo de plantilla. No hay ningún dato que sugiera que los zapatos son necesarios para aprender a caminar antes ni mejor. Su pediatra indicará si precisa algún calzado especial.

No se debe **fumar** en casa, ni delante del niño (de hecho, éste puede ser un buen momento para iniciar la deshabituación al hábito tabáquico).

Hay que ir retirando el chupete y despedirse progresivamente de biberones y papillas, como se ha comentado previamente.

Debemos intentar establecer unos **horarios más o menos estables** para que sea más fácil la adquisición de hábitos saludables. Para la adquisición de hábitos es importante: dar ejemplo, explicar su utilidad, repetirlo y elogiar al niño cuando lo hace.

Las **rabietas** son habituales entre los 18 meses y los 3 años. Se producen por el enfrentamiento entre el deseo de independencia del niño y las limitaciones del entorno (los adultos y el lenguaje). Incluyen llantos, pataletas, gritos y otras demostraciones de frustración o ira que el niño es incapaz de controlar. Se siente frustrado cuando los demás no le conceden lo que quiere de forma inmediata o no le dejan hacer lo que quiere. No hay que olvidar que quien peor lo pasa durante la rabieta es el niño ya que se da cuenta de que pierde totalmente el control, se asusta y después teme que sus padres hayan dejado de quererle por lo que ha hecho. Hay que intentar entender los motivos que desencadenan la rabieta y las emociones que el niño siente y por eso hay que expresarle cariño cuando ha cedido. Lo más importante cuando se presentan es mantener la calma y evitar prestarles atención para evitar que se perpetúen.

También a esta edad es **frecuente la rebeldía y el oposicionismo.** El niño dice "no" con frecuencia. Con esta palabra es capaz de modificar situaciones y consigue que todos los que le rodean le presten atención. Por eso suele oponerse a todo cambio que no le atrae mucho. A cambio en muchas ocasiones los adultos muestran su desaprobación y surge el conflicto. Es recomendable que se inicie el **establecimiento de normas cuanto antes.** Éstas deben

ser pocas, claras y adecuadas a su edad y a su capacidad de entendimiento. Las normas correctas de educación aumentan la autoestima del niño, le dan seguridad y disminuyen los problemas emocionales y de conducta. Hay que ser persistentes y tener mucha paciencia.

Es fundamental **alabar los buenos comportamientos.** Es lo que se llama "refuerzo positivo". El niño aprende mucho cuando los demás le dan su aprobación y cariño. Hay que valorar las pequeñas cosas que hace bien cada día y estas "recompensas" deben ser inmediatas a la buena acción. Pueden ser besos, aplausos, actividades que le gustan como llevarle al parque. Hay que ir variando para que el niño no se canse.

Debemos **dedicar a los hijos tiempo "de calidad":** jugar con ellos en el regazo, cara a cara, por ejemplo haciéndole el "caballito" o el "cucu-tras", construir torres y garabatear con ellos.

Hay que intentar dejar que el niño haga por sus propios medios cuanto sea capaz aunque tarde más tiempo, y evitar prevenir continuamente con mensajes negativos como "no te muevas", "no corras", "cuidado".

El niño de esta edad no comprende el concepto de tiempo. No entiende lo que significa "tener prisa" ni lo que suponen las obligaciones. Si perdemos la calma porque, por ejemplo, queremos vestirle deprisa, se desconcierta y en vez de colaborar con nosotros nos dificulta la acción. Por eso es importante mantenernos tranquilos y es de ayuda ir explicándole lo que hacemos en cada momento.

No es conveniente iniciar el aprendizaje de **control de esfínteres** antes de los dos años salvo que el niño lo demande porque puede favorecer el estreñimiento y entorpecer el aprendizaje.

Para que los niños aprendan a comportarse bien es importante que también lo hagamos los adultos que los rodeamos. **Debemos ser buenos modelos.**

RECORDAD:

- Durante el segundo año de vida se desarrollan fundamentalmente la marcha y el lenguaje.
- Cada niño tiene su "ritmo" en cuanto al desarrollo psicomotor y existen variaciones en los diferentes niños. Su pediatra valorará cuándo algo se sale de los límites de la normalidad.
- Incorporaremos paulatinamente al niño a la alimentación familiar, procuraremos que adquiera hábitos de alimentación saludables y fomentaremos la autonomía del niño.
- Los requerimientos mínimos de leche y derivados se cifran en medio litro diario.
- En general no se necesita la administración de suplementos polivitamínicos ni de minerales como el hierro salvo que lo prescriba el pediatra.
- Respetaremos, en la medida de lo posible, la sensación de saciedad o de hambre expresada por los propios niños (autocontrol de la ingesta).
- En esta edad cobra especial importancia la prevención de accidentes por su gran curiosidad.
- Debemos tener especial cuidado con las caídas, intoxicaciones, accidentes por asfixia o atragantamientos, quemaduras, accidentes de tráfico y la seguridad en el agua y en las piscinas.
- Se deben usar en el automóvil siempre Sistemas de Retención Infantil (SRI) homologados en relación con su peso y talla, aunque sea para trayectos cortos.
- Respecto al sueño es fundamental mantener los buenos hábitos adquiridos hasta esta etapa.
- Los horarios más o menos estables facilitan el ritmo de vida del niño.
- Las rabietas son habituales y hay que intentar no prestarles mucha atención cuando les ocurran.
- Hay que comenzar el establecimiento de normas desde edades tempranas y alabar los buenos comportamientos.
- Los adultos no debemos olvidar ser buenos ejemplos para los niños.

2.4. EL NIÑO DE LOS 24 A LOS 36 MESES

Ángel Martín Ruano • Pediatra Atención Primaria. C.S. Armijo. Salamanca
Mª del Carmen Mendoza Sánchez • Pediatra. Hospital Universitario. Salamanca

El desarrollo del niño entre los 2 y los 3 años viene marcado por la evolución imparable del lenguaje, el deseo y la adquisición de una mayor independencia y la reafirmación de la personalidad. Aumenta la movilidad, la autonomía y la curiosidad. Cuando se termina esta etapa su hijo ya está preparado y listo para empezar el cole. La transformación de bebé a niño es total.

2.4.1. ALIMENTACIÓN

En esta etapa se debe continuar fomentando la adaptación de manera progresiva a la alimentación familiar, el aprendizaje, la consolidación de hábitos saludables y la autonomía del niño. El apetito, a partir de los 18-24 meses, tal y como se ha referido en la anterior etapa, va disminuyendo al descender el ritmo de crecimiento.

Recomendaciones generales

La cantidad de leche y derivados será de, al menos, medio litro diario preferentemente en forma líquida. Las leches de crecimiento pueden ser útiles hasta los 3 años. No daremos cacao antes de los 18-24 meses, aunque posteriormente puede facilitar la administración de leche líquida.

El agua será el principal líquido que ofreceremos al niño.

Alimentos nuevos: Algunos alimentos no introducidos hasta ahora pueden empezar a introducirse de manera ocasional, como los mariscos (parte carnosa evitando las cabezas), cefalópodos (sepia, calamares…) y embutidos poco grasos (jamón, lomo...). El embutido ibérico presenta una grasa más saludable pero con las mismas calorías. Cuando se introduzcan alimentos lo haremos como siempre: progresivamente, al principio de la comida, que es cuando tienen más hambre y junto con alimentos que le gusten.

Hay que tener en cuenta que hay alimentos más problemáticos que otros y que dentro de este grupo está el marisco. Por ello, deberemos tener especial cuidado a la hora de su introducción, vigilando siempre cualquier reacción anormal.

Número de comidas. Siempre hay que procurar enseñar al niño a comer con un horario regular y una duración máxima de cada comida que asegure la adquisición de buenos hábitos. El aporte energético se repartirá de manera equilibrada a lo largo del día: 25 % desayuno (desayuno abundante), 30 % comida (no copiosa), 15 %-20 % merienda, y 25-30 % cena (equilibra y compensa el resto de la alimentación sobre todo si come fuera de casa).

Enseñaremos al niño a desayunar tranquilamente dedicándole al menos 10-15 minutos. El desayuno debe ser a base de tres ingredientes:

- **Lácteos.**
- **Cereales:** Preferentemente no azucarados y mejor si son integrales. O pan que se puede acompañar con aceite de oliva, mermelada, mantequilla o margarina, y de forma alterna, repostería casera.
- **Y frutas:** Fruta entera o zumo natural.

El almuerzo a media mañana debe ser saludable, donde no predomine la bollería industrial sino la fruta,

bocadillos y bollería casera. Ambas comidas deben suponer alrededor de un 25 % de la energía total diaria.

Alimentación saludable.

En general en la alimentación de los niños españoles existe un exceso de calorías, con una elevada ingesta de grasas y proteínas (sobre todo de carne e insuficiencia de los hidratos de carbono (sobre todo los complejos de absorción lenta: pasta, arroz, patata, pan). Hay también un escaso consumo de legumbres, fruta y verdura.

Por lo tanto, para conseguir una alimentación saludable, moderaremos el consumo de carnes (sobre todo productos derivados del cerdo) y productos grasos y favoreceremos la ingesta de hidratos de carbono complejos (arroz, pasta, patatas), fruta, verdura y legumbres. En resumen se aconseja aumentar los primeros platos y guarniciones y disminuir el tamaño del filete o pescado.

Debemos ofrecer una dieta lo más variada posible y que incluya alimentos de todos los grupos. Debe ser equilibrada y variada en platos, sabores, texturas, consistencia e incluso colores, para acostumbrar al paladar y lograr un adecuado aporte nutritivo. No hay alimentos buenos o malos, sino dietas buenas o malas según la cantidad y frecuencia del consumo de los diferentes alimentos, siendo necesaria una planificación para conseguir este objetivo.

Planificacion semanal

La comida y la cena se planificarán a lo largo de la semana según gustos y preferencias, procurando que sean equilibradas, variadas y moderadas, como hemos comentado anteriormente. De manera orientativa pueden estar compuestos de:

- **Un primer plato** que debe aportar sobre todo energía a través de hidratos de carbono complejos. Se puede ofrecer de manera alternativa por ejemplo: legumbres con verdura, verduras con patata, arroz o pasta. Se pueden ofrecer cocinadas o en forma de ensalada. También pueden consumirse platos únicos, en los que se combinan una gran variedad de alimentos (p. ej. paella, guisos, legumbres, etc.).
- **Las legumbres** se consumirán de 2 a 3 veces por semana y en verano pueden ofrecerse en ensalada.
- Ofreceremos diariamente **verduras/hortalizas,** mejor cocinadas al vapor o en olla a presión. Se ofrecerán como primer plato o guarnición del segundo. Se puede aumentar la aceptación de las verduras si se cocinan en forma de lasaña, canelones, arroz con verdura de colores variados, tortilla, revuelto, fritas…
- **El segundo plato** aporta fundamentalmente proteínas a través de una ración de carne, pescado o huevo en la comida del mediodía y la cena, acompañada de una ensalada o verduras o patatas (asadas o cocidas o en puré, no siempre fritas).
- **Carnes:** Se recomienda consumir 3/4 veces a la semana, preferentemente magras (vaca, pollo, ternera), limitando el consumo de carnes grasas y eliminando la piel de las aves y la grasa visible del resto.
- **Pescado:** Se consumirá 3-5 veces a la semana. El niño debe consumir diferentes tipos de pescado (blanco y azul) y éste puede prepararse al horno, hervido o a la plancha. También se le puede dar pescado congelado que nutritivamente es muy similar al fresco, siendo más asequible, sin espinas y de fácil almacenamiento.
- **Huevos:** Es mejor ofrecerlos en tortilla o cocidos (2-4 días por semana). Se pueden alternar con pavo o jamón serrano bajo en sal o jamón cocido bajo en fosfatos y sal.

La cena debe ser más ligera que la comida (raciones un poco más pequeñas) y es recomendable incluir hidratos de carbono complejos que acompañaremos de lácteos, teniendo en cuenta el periodo prolongado de ayuno durante la noche. Deben ser productos fáciles de digerir. Se puede alternar lo consumido a la hora de la comida (si fue carne, poner pescado o huevo por ejemplo). Para cenar ya no se debe usar el biberón, y la cena no debe ofrecerse a una hora tardía (próxima a la hora del sueño), pues lo podría interferir.

La preparación de fritos, rebozados o empanados será ocasional (y con aceite de oliva/girasol), siendo mejor otras formas de cocinar más sanas: cocido, a la plancha, al vapor, al horno o asado.

El **postre** estará compuesto preferentemente por frutas y se puede alternar o completar con lácteos tipo yogur.

Las comidas se acompañarán de pan blanco o integral (de panadería).

Tanto en el almuerzo de media mañana como en la merienda, se debe variar cada día, favoreciendo la ingesta de bocadillos preparados en casa, frutas, cereales y productos lácteos (yogur, queso no graso), sin abusar de los embutidos, y quesos grasos. Los productos de bollería y pastelería industrial sólo se consumirán ocasionalmente, siendo más saludables los productos caseros (que usan aceite de oliva o girasol en su elaboración).

Si el niño se queda a comer en la guardería, es preciso conocer el menú de cada día con el fin de completar y equilibrar la dieta con las comidas de casa.

Las sopas, ensaladas y tortillas son platos adecuados y pueden servir para ofrecer diferentes alimentos de forma más atractiva.

El aporte de sal debe ser reducido dentro de una alimentación saludable de toda la familia. Igualmente se debe evitar el uso de especias fuertes, siendo preferibles la condimentación suave y las salsas suaves no grasas (tomate, bechamel, etc.) que pueden ayudar a aceptar algunos alimentos (sobre todo verduras, pero también carnes, pescados o pasta).

Para cocinar utilizaremos preferentemente el aceite de oliva, tipo virgen para los aliños, y la variedad puro de oliva, girasol o maíz para los guisos y en frituras, evitando cocinar con manteca, margarina, mantequilla o nata.

Se debe evitar el picoteo entre horas (dulces, zumos, refrescos, postres lácteos, etc.) y restringir las chucherías, snacks, dulces y bollería industrial (ricos en grasas saturadas, colesterol y sal que puedan quitar el apetito). Limitaremos la sal y el azúcar (se debe evitar poner el azucarero y el salero en la mesa) a lo largo del día, y no debemos ofrecer frutos secos enteros en esta etapa. Evitaremos también el uso de la comida o alimentos concretos como recompensa.

Tamaño de las raciones de comida: Los niños tienen capacidad para regular la ingesta de energía y ajustar la cantidad de alimentos que consumen en respuesta a las necesidades y a la densidad calórica de la dieta. Deben ser ellos los que marquen la cantidad de comida a ingerir. No se debe obligar al niño sistemáticamente a comer, pero sí supervisar su alimentación con alimentos sanos y raciones razonables

Utensilios: Los cubiertos y vajillas deben ser adecuados, seguros y adaptados al poder manipulativo de los niños. A esta edad, el niño ya debe ser capaz de comer solo con autonomía, manejar cuchara y vaso. Se puede comenzar a utilizar el tenedor, lo que le dará más autonomía, y se debe haber eliminado la administración de líquidos mediante biberón.

A partir de los 18-24 meses existe una **disminución normal del apetito** porque el crecimiento en general se enlentece. A veces se acentúa por aversiones alimenticias, falta de habilidades motoras, procesos infecciosos repetidos. etc. En general hay que estar tranquilos si la actividad es normal, está contento, y tiene un peso y una talla ascendente y adecuada para la edad.

Los suplementos de vitaminas y minerales no son necesarios si se realiza una dieta equilibrada y variada en los diferentes grupos de alimentos (hábitos alimentarios saludables). Será solamente el pediatra quien en determinadas circunstancias los recomiende (enfermedades crónicas, dietas vegetarianas, monótonas, etc.). Iguales consideraciones para los alimentos enriquecidos.

Podemos concluir que al disminuir el aporte de grasas (carnes grasas, embutidos, nata, mantequilla, helados, manteca, margarinas, cereales chocolateados, bollería industrial, fritos, salsas, rebozados, snacks, aceite de coco y palma presentes en muchos productos industriales, platos preparados, etc.) se consigue disminuir el riesgo cardiovascular y la obesidad. Disminuyendo los azúcares refinados (sacarosa) de la dieta, limitando zumos envasados y refrescos, hacemos prevención de caries, obesidad y diabetes. Con un aporte de lácteos de, al menos 500 ml, se favorece el desarrollo óseo y la prevención de la osteoporosis futura. Con el consumo de fibra (frutas, hortalizas, cereales integrales, verduras y legumbres) preferiblemente en todas las comidas, prevenimos la obesidad, el estreñimiento y, entre otros, el cáncer de colon. Debemos ser conscientes de que el mejor tratamiento de la obesidad (epidemia del siglo XXI) es la prevención.

2.4.2. CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Durante el tercer año de vida disminuye el crecimiento corporal. La ganancia de peso es de, aproximadamente, 2 kg y la de talla de 9 cm.

La postura y los movimientos empiezan a tener un carácter personal y la figura se estiliza. Los miembros inferiores crecen en longitud y el abdomen se aplana.

El niño **evoluciona mucho desde el punto de vista de la movilidad.** Sube y baja escaleras solo, con un pie en cada escalón y aprende a saltar a lo alto sobre los dos pies. Corre sorteando obstáculos y empieza a mantenerse sobre un pie unos segundos. Colabora al vestirse y desvestirse.

En relación con la motilidad fina, discrimina forma, tamaño, estructura y color de los objetos y los sitúa en el espacio. Permanece largos ratos realizando tareas manipulativas, garabatea sin salirse del papel, construye torres de 10 cubos, imita la construcción de “puentes”, copia círculos, imita cruces (tras aprender a hacer trazos verticales y horizontales). En esta época es bueno favorecer los juegos que permitan ejercitar la destreza de sus dedos, como recortar. Hacia los 3 años suele establecerse el uso preferente de una de las manos (zurdo, diestro) y no hay que intentar “corregirle” ya que dichos intentos pueden ser muy frustrantes.

También en este año se produce un **desarrollo muy importante del lenguaje**, que expresa ya su pensamiento. Es la época del “por qué”, del “cómo” y del “dónde”. Utiliza el “no” para todo pero no hay que entenderlo siempre como desobediencia. Es el momento de empezar a razonar sin excederse en explicaciones. Presenta un vocabulario aproximado de 1000 palabras y es capaz de construir frases de 3-4 palabras. A los 3 años puede ser entendible el 75 % de su lenguaje. Cuando diga algo mal, no hay que imitarle, sino repetírselo despacio y correctamente. No hay que olvidar que en relación a la adquisición del lenguaje y resto de desarrollo psicomotor hay una amplia variabilidad y **cada niño tiene “su ritmo”.**

También en esta etapa se inicia la diferenciación entre fantasía y realidad. El desarrollo del pensamiento mágico genera miedos y temores. El niño, además, es capaz de controlar mejor sus emociones y adquiere posibilidad de juicio y reflexión.

En el tercer año suele aprender a contar hasta 10 y conoce su edad y sexo. Empieza a distinguir entre “uno” y “muchos” y entre “mío” y “tuyo”, aunque el sentido de “tuyo” es más débil y le cuesta compartir. Tiene una imagen clara del “yo”.

En el momento del juego tiende a buscar a otros niños. Le encanta por ejemplo el "pilla-pilla" y le atraen los juegos al aire libre. Es la etapa del juego simbólico y cooperativo. Ya intercambia conversación e ideas, por ejemplo juega a tiendas o a "papás y mamás", haciendo cada uno un papel.

En esta edad la mayoría de los niños adquieren el **control de esfínteres diurno**, pero esto se comentará más adelante.

2.4.3. LAS VACUNAS

Según las últimas recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría, en este año se debería administrar la dosis de refuerzo de la vacuna de varicela.

Asimismo, el Comité Asesor de Vacunas aconseja que a los niños que hayan recibido vacunación completa hasta ahora con vacuna antineumocócica 7 o 10 valente, se les administre una dosis de refuerzo extra de vacuna antineumocócica conjugada 13 valente. Esto se detalla con más claridad en el capítulo de Vacunas.

2.4.4. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

En este tercer año de vida cobra especial importancia la prevención de accidentes dada la importante movilidad y actividad física del niño y su gran curiosidad. Es fundamental mostrarle los diferentes peligros, aunque evitando estar continuamente previniéndoles. No hay que olvidar enseñar con el ejemplo ya que ellos necesitan el modelo de los adultos.

A partir de los 24 meses, las medidas de prevención son similares a las comentadas en la etapa anterior. En el hogar es prioritario extremar las medidas en la cocina, fundamentalmente para prevenir quemaduras, y hay que evitar dejarles solos en el momento del baño.

Hay que tener siempre a mano el teléfono del Instituto Nacional de Toxicología **(91 562 04 20)** y mantener medicamentos y productos de limpieza fuera de su alcance.

En el automóvil se deben usar siempre los sistemas de retención homologados según su peso y talla, incluso en trayectos cortos. Recordar que hay cinco grupos:

- **Grupo 0 (de 0 a 10 kg):** Capazos de seguridad, para los recién nacidos. Se colocan en sentido transversal en los asientos traseros. El sistema va sujeto con los cinturones de seguridad. En el interior del capazo hay arneses para retener al bebé, que va tumbado y con la cabeza hacia el interior.
- **Grupo 0+ (de 0 a 13 kg):** Pueden utilizarse hasta aproximadamente el año de vida. El bebé va sujeto mediante arneses. Puede colocarse en el asiento delantero o trasero, pero **siempre en sentido contrario a la marcha.** Si se coloca en el asiento del copiloto es obligado desconectar el airbag, ya que su activación lesiona e incluso puede asfixiar al bebé. En esta colocación también se debe retrasar al máximo el asiento, con el fin de alejar al bebé del salpicadero. Si se colocan en los asientos posteriores, utilizaremos el central, para minimizar las posibles lesiones en una posible colisión lateral. La silla se fija al automóvil con el cinturón de seguridad, y el bebé va sujeto por un arnés de 5 puntos.
- **Grupo 1 (de 9 a 18 kg) y grupo 2 (de 15 a 25 kg):** Deben colocarse en los asientos traseros, en el sentido de la marcha del vehículo o en el delantero sin airbag. Se ancla al automóvil mediante el cinturón de seguridad o anclajes isofix.
- **Grupo 3 (de 22 a 36 kg):** Deben colocarse en los asientos traseros, en el sentido de la marcha del vehículo o en el delantero sin airbag.

Como peatones no debemos soltarlos de la mano, ni dejarles jugar en lugares poco vigilados o inseguros. Debemos dar buen ejemplo como peatones y conductores.

Los frutos secos deben prohibirse a esta edad, así como extremar precauciones con golosinas o caramelos "duros". Hay que evitar que ría, llore o hable con comida en la boca.

Hay que enseñarles el uso correcto de los utensilios cortantes o punzantes y vigilarlos cuando tengan objetos de vidrio entre sus manos.

La **protección solar** debe realizarse con productos que lleven un factor de protección adecuado (mayor de 15), y repetir su aplicación cada 2-3 horas aunque sean resistentes al agua y al roce. Conviene restringir y limitar la exposición solar, sobre todo en las horas de máxima radiación solar (horas centrales del día). Nunca se debe dejar al niño solo en el coche al sol.

La puerta de la casa debe estar cerrada con llave de manera que el niño no pueda abrirla fácilmente y hay que usar protectores para evitar cierres bruscos en las puertas.

Los juguetes deben ser apropiados para su edad y hay que retirar los que tengan partes punzantes o cortantes. Los globos son peligrosos, tanto hinchados como sin hinchar.

Hay que prevenir también los accidentes que se producen fuera del ámbito doméstico por la progresiva socialización de los niños. Debemos fijarnos fundamentalmente en el equipamiento de áreas de juegos (bien conservadas, acondicionadas), educación vial (triciclo con casco, seguridad peatonal, riesgos de seguir una pelota en la calle) y prevención en playas y piscinas (mantener vigilancia extrema y enseñar a nadar lo antes posible).

2.4.5. EL SUEÑO

A esta edad los niños suelen tener una duración total de sueño de aproximadamente 11 horas. Algunos abandonan o reducen la duración de las siestas, pero en casa debemos favorecer el ambiente para que éstas se mantengan, ya que favorecen el descanso nocturno. Durante este año disminuye de forma progresiva la frecuencia de despertares nocturnos (20 % de los niños a los 2 años y 14 % a los 3 años). Hay que recordar que todo esto es orientativo, que **cada niño tiene sus necesidades individuales de sueño** y que hasta los 5-6 años no suele alcanzarse el patrón adulto de sueño.

Como ya se ha comentado en otros capítulos de edades anteriores, es muy importante **fijar horarios regulares** para acostar al niño y hay que evitar que esté muy inquieto o excesivamente cansado en el momento de irse a la cama. Conviene realizar una rutina como ir al baño, lavarse los dientes, leer un cuento, dar un beso a mamá o a papá y decir "buenas noches". Hay que tranquilizarle si presenta "miedos" pero intentando que concilie el sueño por sí mismo. Hay que evitar que se quede dormido de forma habitual fuera de su cama y de su habitación, así como enviarle a la cama a modo de castigo.

Cuando el niño tenga dificultades ocasionales para conciliar el sueño hay que reflexionar sobre lo ocurrido durante el día, transmitirle tranquilidad y esperar con paciencia a que se duerma intentando mantener

la calma. No olvidar que si ha estado enfermo es habitual que le cueste dormirse y que se despierte con mayor frecuencia de la habitual.

Si es posible, los padres deben turnarse para llevar a la cama al niño ya que, de otra manera, el niño reclamará siempre a la misma persona.

En este tercer año son frecuentes los temores y uno de los más habituales es el miedo a la oscuridad. Si esto ocurre puede dejarse una luz débil fuera de la habitación o pegar adhesivos que brillan en la oscuridad en la pared o en el techo. También podemos tumbarnos con el niño a oscuras en la habitación y escuchar los ruidos con él para explicarle de dónde proceden o enseñarle una pequeña canción que pueda usar para calmarse cuando esté asustado. Hay que evitar cuentos de miedo cuando se va a la cama y vigilar los programas de televisión que ve.

Si se siente más seguro acostándose con un muñeco u otro objeto de apego hay que dejarle. Poco a poco se sentirá más seguro y lo abandonará.

2.4.6. OTROS ASPECTOS DEL DÍA A DÍA

Además de los consejos ya mencionados en los anteriores apartados de este capítulo, existen otra serie de recomendaciones respecto al día a día en la vida de un niño de 2 a 3 años. **La educación y el establecimiento de normas** juegan un importantísimo papel en esta edad por lo que los vamos a desarrollar en primer lugar.

Educación y establecimiento de normas

Las normas correctas aumentan la autoestima del niño, le dan seguridad, disminuyen los problemas emocionales y de conducta y le permiten su ajuste social. Educar bien se basa en tres pilares fundamentales: amor, autoridad y coherencia. La disciplina debe iniciarse de forma precoz. Lo que está permitido y lo que no lo está debe quedar bien claro y no depender del humor de los padres, de si el niño está cansado o de si hay visitas en casa. Hay que explicarle con pocas palabras y de forma sencilla las consecuencias de una conducta antes de que se haya producido, procurando que nos mire a la cara y preguntándole después para asegurarnos de que lo ha entendido. Hay que enseñarle poco a poco y evitar regañarle de forma continuada. Se debe prestar poca atención cuando haga algo mal, ya que lo que le molesta no es que le regañen sino que no se le haga caso (quiere tener a todo el mundo pendiente de él).

Es fundamental mantener un **equilibrio** y no ser ni excesivamente rígidos, ni demasiado permisivos. Si somos demasiado autoritarios podemos dañar el sentido de iniciativa del niño, su autoestima y podemos favorecer que sea excesivamente influenciable por los demás. Si ponemos escasos límites el niño puede convertirse en un tirano caprichoso y sentir ansiedad al creer que nadie tiene el control.

Es importante tener paciencia y sentido del humor a la hora de educar, así como intentar guardar la calma todo lo que se pueda. Siempre debemos ser ejemplo, pero especialmente manteniéndonos tranquilos en los momentos difíciles.

Hay pequeños trucos que pueden limitar los enfrentamientos, como sugerir en vez de ordenar, avisar con tiempo, dejar pasar un tiempo si no obedece enseguida, establecer rutinas y ofrecer alternativas siempre que sea posible para que el niño sienta que "se le deja elegir".

No se recomienda abusar de frases como "eres muy desobediente" o "eres muy malo" ya que el niño puede acostumbrarse a ese "papel" y comportarse aún más como tal. Hay que evitar llamarle "mentiroso" ya que su enorme fantasía todavía no le permite distinguir lo imaginado de lo real.

Es fundamental que haya acuerdo entre ambos progenitores a la hora de dar normas, evitando discusiones en presencia de los niños. Es lo que se llama **autoridad compartida.**

Hay que educar en valores (respeto, sinceridad, diálogo, tolerancia, responsabilidad, esfuerzo, generosidad y alegría de vivir) y enseñarles normas de convivencia (pedir las cosas por favor, dar las gracias, pedir perdón, compartir, discutir correctamente escuchando al otro y buscando soluciones a los problemas, esperar su turno o mantener el orden).

Debe aprender a cuidar y guardar los juguetes y a respetar a los animales. Es bueno encomendarles pequeñas tareas en casa como si fuera un juego.

Se debe permitir que cometan errores para que aprendan de ellos y sepan superar las frustraciones. Cuando hagan algo mal hay que enseñarles cómo hacerlo bien. No hay que mentir para que aprendan a afrontar la realidad y a madurar.

Los castigos

Los castigos deben ser inmediatos y proporcionales a la falta, y se deben repetir siempre que ésta vuelva a ocurrir. El niño debe entender que dicho castigo es por la falta cometida, no por la de horas antes o el día anterior. Hay que reñir, pero con tono de voz tranquilo, mostrándole que a pesar de haberlo hecho mal se le quiere mucho. No debemos decirle que ya no le queremos, ni ridiculizarle, menos delante de otros. Hay que evitar las reprimendas verbales que atacan su carácter en lugar de ir dirigidas contra la conducta deseada ("eres un caprichoso" en vez de "no se debe llorar por una chocolatina"). No se deben imponer castigos que se sabe de entrada que no se van a poder cumplir ("no vas a salir a la calle en una semana"). Hay que evitar los castigos físicos y las agresiones verbales, ya que les enseña que gente que les ama y les protege tiene derecho a agredirlos y que puede usar este tipo de respuestas para resolver problemas.

Las rabietas

Las rabietas son **conductas normales en el desarrollo del niño.** La edad de mayor frecuencia es este tercer año y se pasan solas en torno a los 5-6 años. Aparecen por el conflicto constante entre el deseo de autonomía del niño y la dependencia física y emocional que sigue teniendo de los adultos. Expresa su frustración cuando los demás no le conceden lo que quiere de forma inmediata o cuando no le dejan hacer lo que quiere. Ocurren con más frecuencia cuando el niño está cansado, tiene hambre o está enfermo. Esto es importante recordarlo para anticiparnos a ellas.

Las rabietas ponen a prueba a los padres. La mejor actitud frente a ellas es "ignorarlas", mantener la calma, no hablarle y continuar con lo que estábamos haciendo. Si el niño es capaz de escuchar podemos tratar de ofrecerle alternativas o distraerle, por ejemplo, con uno de sus juguetes preferidos o con una canción que le guste. Puede ser útil alejarle de los demás (tiempo fuera) 2-3 minutos y esperar a que esté unos segundos sin llorar, evitando regañar en este tiempo y expresándole claramente que no le atenderemos hasta que se comporte de otra forma. No hay que reírse porque se ofrece un mensaje contradictorio ni avergonzarse cuando sucede en público.

No debemos olvidar que durante la rabieta quien peor lo pasa es el niño ya que se da cuenta de que pierde el control, se asusta y teme perder el cariño de sus padres. Por eso, una vez que cede, tenemos que demostrarle nuestro amor para ayudarle a recuperar el control. Ante la buena primera conducta que tenga después hay que reconocerle lo que ha hecho bien.

Los padres nunca deben dejarse chantajear con las rabietas porque el niño entiende que es la forma de conseguir lo que quiere y las perpetúa.

Refuerzos positivos

A la hora de la educación son fundamentales los llamados "refuerzos positivos". Se trata de **elogiar los buenos comportamientos todo lo que podamos** ya que al niño le gusta agradar. Hay que prestarle atención extra cuando hace algo bien y valorar las pequeñas cosas que hace bien todos los días. Ejemplos de refuerzos positivos son las alabanzas, besos, aplausos, actividades que le gusten. Debe recibirlos inmediatamente después de la buena conducta, sin esperar mucho tiempo, y es bueno ir variándolos para que el niño no se canse. Hay que

felicitar mucho más que regañar. Se aprende mucho cuando los demás nos dan su aprobación y su cariño.

En todo este proceso educacional ayuda mucho que en casa se establezcan unos **horarios más o menos estables** y los adultos no debemos olvidar **comportarnos como "buenos modelos"** ya que los niños nos van a imitar. Hay que recordar también que son frecuentes las conductas regresivas (puede ser que el hermano mayor adopte conductas más típicas de niños más pequeños) ante acontecimientos estresantes como el nacimiento de un hermano o un cambio de casa.

Autonomía

Los padres debemos favorecer la autonomía del niño de forma progresiva y adecuada para su edad y dejarle hacer desde ahora, y a él solo, el mayor número de cosas posible, evitando actitudes sobreprotectoras y por supuesto situaciones de peligro. Hay que estimular su independencia al comer, vertirse, lavarse e irse a dormir. Ésta es la etapa del "yo solo" y él también quiere probar sus capacidades. Si le dejamos ser protagonista y finalmente hace mal la tarea, no hay que avergonzarle ni recriminarle.

Control de esfínteres

El control de esfínteres suele conseguirse en esta etapa, pero el **margen de normalidad es muy amplio.** El hecho de que un niño de esta edad no consiga el control no se considera trastorno.

Es importante estimular al niño para que lo adquiera pero poco a poco y sin forzar, evitando imponerlo de un modo rígido. Tiene que aprender a reconocer las señales de su cuerpo y las palabras para expresar lo que siente, por lo que debemos enseñarle ese vocabulario ("pipí", "caca", "váter", "orinal"). Si va a la guardería hay que simultanear el aprendizaje y evitar que éste se realice coincidiendo con un cambio importante como un cambio de casa, el nacimiento de un hermano o la entrada al cole. El aprendizaje se facilita si el niño ve a los adultos que le rodean en el baño.

Cada niño tiene su momento y es importante estar atento a los indicios (se lleva las manos a la zona del pañal, está a disgusto cuando está sucio, etc.). Al principio el niño avisa a los padres cuando ya está mojado. En esta fase es conveniente retirar el pañal de día. Cuando el niño lleve un rato seco se le colocará en el orinal o en un adaptador unos minutos. No es necesario que esté sentado mucho tiempo, ya que si siente la necesidad lo hará rápido. Esto se debe repetir de forma regular, aproximadamente cada 2 h y si el niño se levanta no hay que perseguirle con el orinal por toda la casa. Hay que intentar que el orinal esté siempre en el cuarto de baño.

Es importante felicitarle si consigue algún logro con elogios o gestos afectivos, así como comentar "su hazaña" con otros miembros de la familia. No hay que regañar por los escapes y cuando ocurran es bueno pedirle su colaboración para cambiarle.

Cuando se esté fuera de casa hay que procurar llevar ropa de repuesto.

Es útil vestirle con ropa cómoda que pueda bajarse solo, así como poner un elevador para que apoye los pies si se sienta en el váter y adaptador del asiento del váter para evitar que tenga miedo a caerse.

Cuando el niño se levante con el pañal seco por las mañanas durante una temporada, se le retirará por la noche (lo mismo en la siesta).

No es bueno poner los pañales una vez quitados, ni despertar por la noche para que vaya al baño.

Si el niño es de hábito estreñido puede ser más difícil el aprendizaje e incluso asociarse a problemas de retención fecal y escapes de heces.

Higiene y salud bucodental

Hay que recordar que a esta edad es normal que jueguen y se manchen.

Durante el baño es bueno dejar que se vaya limpiando las diferentes partes del cuerpo y aprovechar para enseñarle sus nombres. Hay que acostumbrarle a lavarse las manos antes de comer y después

de usar el retrete, y educar a las niñas para que se limpien la vulva de delante hacia atrás. Los genitales deben lavarse a diario y el cabello 2-3 veces a la semana. También se deben mantener las uñas cortas.

En torno a los 3 años suelen haber salido ya los 20 dientes de leche por lo que es importante la salud bucodental. Debemos enseñar el uso del cepillo de dientes, evitar alimentos cariogénicos que contengan azúcar o hidratos de carbono (como los caramelos) y ser nosotros un ejemplo.

Tiempo libre

Es importante que los padres organicen actividades fuera de casa y estimulen las relaciones de los hijos con sus iguales. Además, se debe fomentar la lectura dedicando todos los días un tiempo a leer o mirar libros con ellos y limitar el uso de la televisión, apagándola en las comidas y viéndola con ellos cuando podamos.

Es fundamental mostrarles afecto, **dedicarles tiempo de calidad,** escucharles y alabar sus logros, jugar con ellos, hacerles cosquillas, dejar volar nuestra imaginación con ellos, ayudarles a desarrollar sus habilidades y estimular su ingenio, pedirles que nos cuenten lo que han hecho durante el día y dar respuesta a sus innumerables preguntas.

También hay que fomentar el juego con los hermanos, evitando comparaciones.

PEQUEÑAS COSAS QUE NO HAY QUE OLVIDAR:

- **La manipulación genital es normal y no se debe regañar.**
- **A esta edad hay que retirar definitivamente el chupete si aún no se ha hecho.**
- **No se debe fumar en casa, ni delante del niño.**
- **Los cambios rápidos que suceden en esta etapa y toda la etapa preescolar pueden hacer que los padres vean dañada su autoconfianza y paciencia. No debemos olvidar que ciertos comportamientos, como las rabietas, son parte del desarrollo evolutivo normal de los niños, que los padres en general no hemos recibido formación para educar y que la adquisición de buenas conductas requiere un entrenamiento.**

RECORDAD:

- En el tercer año de vida la transformación de bebé a niño es total.
- En esta etapa el niño desarrolla de forma importante su independencia y su personalidad.
- La cantidad de leche y derivados debe ser de al menos medio litro diario, preferentemente en forma líquida.
- El desayuno debe realizarse sin prisas y estar formado por lácteos, cereales y fruta.
- Las comidas deben planificarse a lo largo de la semana según gustos y preferencias, procurando que sean equilibradas, variadas y moderadas.
- Limitaremos la sal y el azúcar y no debemos ofrecer frutos secos enteros en esta etapa.
- Existe una disminución normal del apetito a partir de los 18-24 meses. Los niños tienen capacidad para regular la cantidad de alimentos a ingerir según sus necesidades.
- Los suplementos de vitaminas y minerales no son necesarios con una dieta equilibrada.
- A partir de los 24 meses las medidas de prevención son similares a las comentadas en la etapa anterior: seguridad en el agua y piscina, prevención de caídas, intoxicaciones, asfixia o atragantamientos, quemaduras y accidentes de tráfico.
- En el automóvil se deben usar siempre Sistemas de Retención Infantil (SRI) homologados en relación con su peso y talla, aunque sea para trayectos cortos.
- Debemos proteger al niño de la radiación solar con la aplicación de un producto adecuado (factor de protección mayor de 15) de manera repetida y restringir la exposición solar, sobre todo las horas de mediodía.
- Hay que prevenir también los accidentes que se producen fuera del ámbito doméstico por la progresiva socialización de los niños.
- La educación y el establecimiento de normas juegan un importantísimo papel a esta edad. Las normas deben ser pocas y claras y hay que enseñarles poco a poco.
- Las rabietas alcanzan su máximo a esta edad y los puntos clave en su manejo son mantener la calma e ignorarlas en la medida de lo posible.
- Es fundamental que el niño sienta que se reconocen las cosas que hace bien.
- El día a día del niño de esta edad es más fácil si se establecen unos horarios más o menos regulares.
- El control de esfínteres suele conseguirse a esta edad, pero el margen de normalidad es amplio.
- Hay que dedicarles tiempo y que éste sea de calidad.
- En la educación son importantes el amor, la coherencia y dar ejemplo.

2.5. EL NIÑO PREMATURO

Carmen Rosa Pallás Alonso • Pediatra. Jefa del Servicio de Neonatología del Hospital 12 de Octubre. Madrid

Las diferencias que caracterizan a los niños prematuros hacen que les dediquemos un capítulo aparte. A continuación se describen algunas de las características propias de los niños prematuros.

2.5.1. LOS NIÑOS PREMATUROS

El niño prematuro es el que nace antes de la semana 37 de gestación. La fecha que se calcula como fecha de parto corresponde a la semana 40 de gestación.

- Un niño que nace dos semanas antes de esta fecha, es decir con 38 semanas, no se considera prematuro.
- Si nace cuatro semanas antes, a la semana 36 de gestación, sí es un niño prematuro.

Es fácil comprender que no todos los prematuros son iguales: no es lo mismo nacer cinco semanas antes, a la 35ª semana de gestación, que nacer a la 24ª semana de gestación, 16 semanas antes de la fecha probable de parto.

A veces se cree que los prematuros son sólo niños más pequeños, que pesan menos y que sólo tienen que estar un tiempo en la incubadora para ganar peso. Es cierto que los niños prematuros pesan menos, han estado menos tiempo en el útero materno y por ello han ganado menos peso, pero éste no es su principal problema. Los niños prematuros nacen con sus órganos inmaduros y por tanto no están preparados para asumir las funciones que se requieren en la vida extrauterina. Cuanto más prematuro es un niño más problemas tendrán sus órganos para adaptarse y por eso necesitan estar ingresados. En algunas ocasiones requieren estar en cuidados intensivos porque necesitan la ayuda de medicaciones y de aparatos para suplir la inmadurez de sus órganos.

Cuando a un niño prematuro se le da de alta del hospital es porque se supone que ya está maduro, que ya puede alimentarse sin problema, que sus órganos funcionan bien y que es capaz de controlar su temperatura en una cuna.

La gran mayoría de los niños prematuros serán niños con un desarrollo absolutamente normal, pero aun así tienen una serie de características o peculiaridades. Los niños prematuros terminan de madurar en un ambiente diferente al útero materno y por tanto su desarrollo también tiene características diferentes que merece la pena que los padres conozcan; así se sentirán más seguros y no se preocuparán por aspectos que son normales en los niños que nacen antes de tiempo.

2.5.2. LA EDAD CORREGIDA

Éste es un concepto muy importante que todos los padres de los niños prematuros deberían conocer.

Se llama edad corregida a la edad que tendría el niño si hubiera nacido a las 40 semanas de gestación, es decir, en la fecha probable de parto. Por ejemplo, un niño de 6 meses que nació la semana 32 de gestación, 8 semanas antes de la fecha de parto, tiene una edad corregida de 4 meses. Si un niño nace la semana 24 de edad gestacional, nace 16 semanas antes, así, por ejemplo cuando tenga 10 meses de edad real su edad corregida será de 6 meses ya que hay que quitarle 16 semanas a la edad real.

El desarrollo del niño, su peso y su talla estarán en relación con su edad corregida y no con su edad real. El pediatra cuando mire las gráficas de peso del niño utilizará la edad corregida; cuando valore el desarrollo del niño, cuándo se sienta, cuándo camina, también considerará la edad corregida. Si pensamos en el niño de 24 semanas que hemos mencionado antes, cuando tenga 10 meses de edad real será como un niño de seis meses y por tanto los padres no pueden compararlo con otros niños de 10 meses. En todo caso, lo podrán comparar con niños de seis meses.

Los niños que nacen a su tiempo se sientan a los seis meses de edad más o menos, los niños prematuros también se sientan alrededor de los seis o siete meses pero de edad corregida. Todo el desarrollo del niño se deberá valorar con edad corregida; para la única cosa que se utilizará la edad real será para las vacunas.

Los padres deben practicar para poder calcular de forma rápida la edad corregida de su hijo prematuro y así no se preocuparán pensando que su hijo no avanza al mismo tiempo que otros niños de su edad real.

La edad corregida pierde importancia a partir de los dos años. No es lo mismo un niño de 10 meses que de seis meses, sin embargo a los cinco años no es muy diferente tener cinco años que cinco años y cuatro meses. Por ello, los pediatras han decidido utilizar la edad corregida para todas las valoraciones hasta los dos años, después utilizan la edad real.

2.5.3. CUIDADOS ESPECIALES CUANDO SE LLEGA A CASA CON UN NIÑO PREMATURO

Algunos niños prematuros no requieren ingreso en un servicio de neonatología, otros requieren ingresos muy prolongados, a veces de meses, pero de todas formas cuando unos y otros llegan a casa son bastante parecidos y hay que tener una serie de precauciones.

Los niños prematuros tienen dificultades para **controlar la temperatura;** si hace mucho calor en la habitación, podrán presentar fiebre y si hace frío su temperatura descenderá por debajo de los límites normales. La habitación debe estar entre 21 y 23 grados y hay que prestar atención a la ropa que lleva el niño; si se tienen dudas sobre si está poco o demasiado abrigado se le puede tomar la temperatura. Consideraremos normal la temperatura axilar entre 36,5 y 37 grados. Si están más fríos parte de las calorías que le proporciona la leche las gastará en mantener la temperatura y le será más difícil ganar peso. Si están más calientes de lo normal, también consumirán más energía y además al estar demasiado abrigados se incrementa el riesgo de muerte súbita.

Los niños prematuros tienen más **facilidad para tener infecciones** porque al haber estado menos tiempo en el útero han recibido menos anticuerpos de la madre. Los anticuerpos protegen de las infecciones y, como hemos dicho, tienen niveles más bajos. Además, también tienen inmaduros otros sistemas de defensa frente a la infección. Algunos niños han estado mucho tiempo ingresados y cuando llegan a casa muchos familiares y amigos quieren visitarlos. Algunas de estas visitas, ya sean adultos o niños, pueden tener infecciones respiratorias, que para ellos no tienen ninguna importancia, sin embargo para un niño prematuro puede ser algo muy grave que requiera un ingreso de nuevo en el hospital. Todas las infecciones son importantes, pero como el órgano que madura más tarde es el pulmón, las infecciones respiratorias pueden ser especialmente graves para los prematuros. Así que hay que intentar que el número de visitas se reduzca al máximo, y es más preferible que lo vean en la calle que en casa. Es más fácil transmitir una infección en un lugar cerrado que en uno abierto. Es muy importante que nadie toque al niño sin lavarse las manos. Si la madre o el padre están acatarrados utilizarán mascarilla cuando cojan al niño. A los hermanos se les debe enseñar a lavarse las manos siempre que vayan a tocar al hermano pequeño. No se les debe impedir que le toquen, sino que hay que enseñarles cómo deben hacerlo. Por esta misma razón, la facilidad para las infecciones, es recomendable que cuando la madre se tenga que incorporar al trabajo busque a alguien que le cuide en casa. Siempre que sea posible se evitarán

las guarderías, idealmente hasta los tres años. En las guarderías los niños prematuros se exponen a otros muchos niños, algunos de los cuales pueden presentar alguna infección y contagiar al niño prematuro con bastante facilidad.

2.5.4. LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO PREMATURO

El mejor alimento para los niños prematuros es la **leche materna.** Algunos niños prematuros maman desde el principio pero otros no podrán hacerlo durante los primeros días o las primeras semanas de vida y la madre se tendrá que extraer la leche que el niño tomará por una sonda que va hasta su estómago. Cuando les dan el alta, muchos niños prematuros maman sin problemas. Suelen necesitar tomas muy frecuentes, cada dos horas o dos horas y media, porque la capacidad de su estómago es pequeña y además cuando maman se cansan enseguida. A veces, no son capaces de mamar toda la leche que necesitan y parte de las tomas hay que suplementarlas con leche extraída previamente de la madre. Esta leche extra se le puede dar con una jeringuilla o con biberón, lo que haya considerado más adecuado el pediatra.

Si la cantidad de leche de la madre parece disminuir, puede ser de ayuda poner al niño en **contacto piel con piel.** La madre desnuda de cintura para arriba se sentará y se colocará entre los pechos al niño desnudo o sólo con el pañal. Luego se pueden cubrir ambos con una manta o con la ropa de la madre. Es lo que se llama el **método canguro** (Figura 1). De esta forma se ayuda al desarrollo del niño y se aumenta la cantidad de leche que produce la madre. El cuidado canguro se puede mantener hasta que el niño se encuentre confortable en esa posición. Cuando ya son suficientemente maduros ya no quieren estar así y lo demuestran porque empiezan a trepar por el pecho de la madre como queriendo salirse de las ropas o la manta que les cubre.

A veces puede ayudar contactar con los grupos de apoyo para la lactancia que existen en casi todas las ciudades españolas.

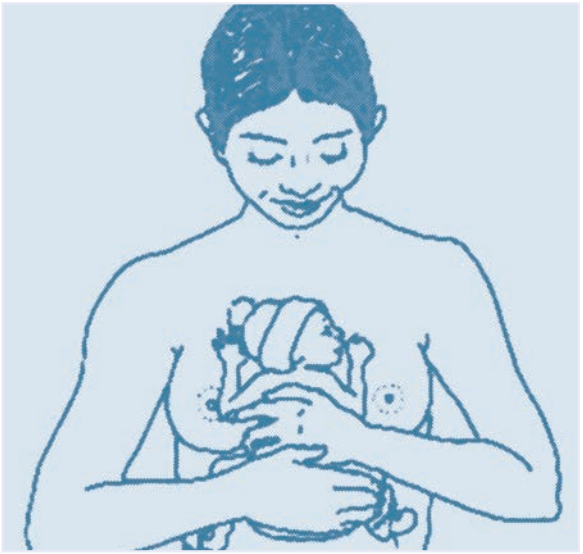


Figura 1. Posición para el contacto piel con piel o cuidado canguro.

Si el niño no toma leche materna, se le alimentará con la leche artificial que le indique su pediatra. En general, cuando ya están de alta toman las mismas leches artificiales que los niños nacidos a término. Algunos prematuros precisan durante algún tiempo leches artificiales con más calorías; éstas son fórmulas especiales y se deberán seguir las indicaciones de su pediatra. A veces les cuesta mucho tiempo tomar el biberón, se cansan y hay que dejarles tiempo para recuperarse; alimentar a un niño prematuro a veces requiere mucha paciencia. También los niños prematuros que toman leche artificial pueden beneficiarse del cuidado canguro o contacto piel con piel, que puede ser muy gratificante tanto para la madre y el padre como para el niño.

Otros alimentos diferentes a la leche, en general, se comenzarán a introducir a partir de los seis meses de edad corregida según indique el pediatra. La pauta de introducción de los alimentos se debe hacer según la edad corregida.

Para que un niño sepa comer con cuchara, masticar etc., debe tener suficiente madurez para coordinar los movimientos que conlleva el empezar a comer alimentos semisólidos o sólidos. La edad corregida va acorde con la madurez y por eso es la mejor guía.

Los niños prematuros pueden tomar, a la edad que corresponda, los mismos alimentos que los niños nacidos a su tiempo. Algunos niños prematuros tendrán dificultades para ganar peso, en esos casos se deberán seguir las pautas especiales que indique su pediatra.

Suplementos que precisan los niños prematuros

- **Hierro.** Cuando los niños están intraútero van acumulando hierro, sobre todo al final del embarazo. La alimentación de los primeros meses de vida no es rica en hierro y por eso los recién nacidos necesitan tener unos buenos depósitos de hierro al nacer. Cuando un niño nace antes de tiempo, no ha tenido oportunidad de acumular suficiente hierro. Por ello, los niños prematuros necesitan suplementos de hierro durante los primeros meses de vida. Su pediatra le indicará qué compuesto de hierro debe tomar y la dosis adecuada. El suplemento de hierro se debe mantener al menos hasta que el niño comience a tomar alimentos ricos en hierro como por ejemplo la carne roja. Eso no suele ser antes de los seis meses de edad corregida.
- **Vitamina D.** La fuente natural de vitamina D es la exposición al sol. Sin embargo, en la sociedad actual se hace poca vida al aire libre. Además, para prevenir el cáncer de piel se recomienda no exponer a los niños al sol sin cremas de protección solar, y estas cremas impiden la formación de vitamina D. Por otro lado, los niños prematuros suelen salir a la calle muy tapados y apenas les queda algo de piel expuesta al sol. Por estos motivos, tanto los niños que nacen a término como los niños prematuros deben tomar 400 unidades de vitamina D al día. Es importante para todos los niños, pero más aun para los prematuros, porque tienen que fortalecer sus huesos, además la vitamina D ayuda a otras funciones que son muy importantes para los prematuros. Su pediatra le indicará el suplemento de vitamina D que debe tomar y la dosis adecuada.

2.5.5. EL DESARROLLO DE UN NIÑO PREMATURO

La gran mayoría de los niños prematuros tendrán un desarrollo normal pero **algunos niños prematuros pueden tener problemas en su desarrollo motor,** es decir, dificultades para sentarse o caminar o para coger objetos con las manos. Otros niños pueden tener dificultades en la visión, en la audición o problemas de comportamiento. Si los padres tienen alguna duda sobre el desarrollo de su hijo deben consultar con el pediatra. Muchas veces los padres son los primeros en darse cuenta de que hay un problema porque son los que más horas pasan con el niño.

Como ya se ha referido, para valorar el desarrollo es muy importante considerar la edad corregida. Por ejemplo los niños a término se sientan solos hacia los seis meses de edad. La mayoría de los prematuros **se sentarán entre los seis y los siete meses de edad corregida y caminarán alrededor del año de edad corregida.** Si se considera la edad real pueden surgir preocupaciones no justificadas porque el desarrollo de los niños prematuros debe valorarse siempre con edad corregida. Los niños muy prematuros, con una edad gestacional por debajo de 30 semanas, o los que han tenido problemas graves durante el ingreso en la unidad neonatal, pueden beneficiarse del apoyo que se presta desde los centros de atención temprana. Se le puede preguntar al pediatra para ver si considera oportuno remitir al niño a uno de estos centros.

Algunos niños alrededor de los tres meses de edad corregida comienzan a estar un poco más rígidos de lo habitual y tienden a echar los hombros hacia atrás y después se suelen notar también las piernas rígidas. Esto suele ser una alteración transitoria que no empeora la evolución del niño y que se resuelve sola, pero si se nota alguno de estos síntomas es mejor consultar con el pediatra.

Hay otro grupo de niños prematuros que parecen estancarse en su desarrollo, aunque luego en unas semanas recuperan el tiempo perdido, y su evolución en vez de ser progresiva parece ser "a saltos", lo que también es normal en los prematuros.

Pasar tiempo con el niño, jugando con él o hablándole, será bueno para su desarrollo. Se ha detectado que **hablar a los niños prematuros, contarles historias o leerles cuentos** desde muy pequeños ayuda a su desarrollo. Los niños prematuros deberían escolarizarse según la edad corregida y no la edad real. En España esto no está recogido en la legislación, aunque cada vez es más fácil conseguirlo. Si un niño tenía que haber nacido en marzo y como es prematuro nace en diciembre es absurdo que tenga que escolarizarse un año antes de lo que lo hubiera hecho si hubiera nacido a su tiempo y sin ningún problema. Tanto su pediatra como los neonatólogos que atendieron al niño en el hospital, si es que requirió ingreso, pueden hacer informes para las autoridades educativas para que el niño se escolarice como lo hubiera hecho si hubiera nacido a su tiempo y no antes.

Algunos niños prematuros con un desarrollo normal pueden tener dificultades de aprendizaje cuando llegan al colegio. Esto no significa que sean menos inteligentes, sino que tienen problemas de atención o comportamiento. Estos problemas les dificultan seguir el ritmo de la clase, lo que hace que se les etiquete como niños difíciles o hiperactivos. Es muy importante buscar ayuda pronto, porque si reciben apoyo de forma precoz la evolución será mucho mejor.

Los niños prematuros que nacen antes de las 32 semanas de edad gestacional o que pesan menos de 1500 g al nacer necesitarán controles oftalmológicos especializados a lo largo de la infancia. El pediatra remitirá al niño a un oftalmólogo especializado.

2.5.6. LA FAMILIA DEL NIÑO PREMATURO

Al igual que los niños prematuros no están preparados aún para nacer, muchas veces los padres tampoco están preparados para recibir a su hijo. Además, como ya se ha dicho, algunos niños prematuros precisan ingresos en el hospital muy prolongados, lo que produce una gran distorsión en la familia. Los padres deben intentar asumir el papel de cuidadores de su hijo cuanto antes, aunque esté ingresado en el hospital. Cuanto más se impliquen en el cuidado de su hijo, más fácil les será todo después. El cuidado canguro, como ya se ha dicho, aumentará la producción de leche, favorecerá el desarrollo del niño y disminuirá la ansiedad y la depresión de los padres. El contacto físico entre los padres y el niño es muy importante porque facilita la aparición del vínculo. Tenerlo en canguro, sostenerlo en brazos, abrazarlo, besarlo, facilitarán el proceso de vinculación entre los padres y el niño lo que sin duda se ve dificultado por el ingreso en el hospital cuando éste es necesario.

Durante el tiempo de ingreso en el hospital hay que intentar sacar tiempo para estar con los hermanos del niño si los tiene. Los hermanos pueden sentirse abandonados por sus padres y pueden pensar que sólo parecen preocupados por un niño que ni conocen, ni saben bien dónde está. Para ellos también es bueno que puedan verlo en el hospital, ponerle cara. Ellos captan su situación de fragilidad y entienden mejor que sus padres tengan que dedicar tanta atención a ese niño tan pequeño. Si la mayoría de los días, a pesar del cansancio que sin duda tienen los padres, se consigue sacar un tiempo especial para los hermanos, éstos llevarán mucho mejor este tiempo de ingreso. Cuando llega el hermano a casa hay que instruir al resto de hermanos sobre cómo deben tratarle, enseñarles que deben lavarse las manos antes de tocarle, pero sin impedir que tengan contacto físico con el hermano prematuro.

Después del alta, los niños prematuros se siguen percibiendo como muy frágiles y suelen aparecer actitudes sobreprotectoras, que a veces complican el proceso educativo, pero que por otra parte se entienden muy bien, porque algunos niños han sido verdaderamente muy pequeños y muy frágiles. De todas formas hay que intentar que los niños se sientan seguros. Cuanto más seguros se sientan, más independientes serán después. Aunque hay que protegerles, hay que dejarles que vayan asumiendo sus pequeños retos.

Los gemelos y los trillizos con mucha frecuencia son prematuros. Hoy en día ha aumentado la frecuencia

de gemelos y trillizos por la frecuencia con la que se aplican técnicas de reproducción asistida. Si tener un niño prematuro ya altera el ritmo de una familia, más aún si son dos niños prematuros o tres, y si son muy prematuros, se pueden producir situaciones muy críticas por el cansancio y el estrés que supone. Por ello es muy importante buscar apoyo en familiares o amigos. La carga de trabajo será muy importante y es más llevadera si se cuenta con ayuda.

Las mujeres que han tenido un niño prematuro tienen más riesgo de tener otros hijos prematuros, pero la valoración del riesgo en cada situación debe hacerse con el ginecólogo, que será quien dará una información más precisa. Las mujeres que fueron prematuras también tienen más riesgo de tener hijos prematuros.

2.5.7. OTROS CUIDADOS ESPECIALES DE LOS NIÑOS PREMATUROS

- **Las vacunas.** Las vacunas se administrarán según el calendario de vacunación y siguiendo la edad real. Algunos niños prematuros que hayan estado muy graves y hayan sido ingresados durante un periodo muy largo pueden retrasar un poco las vacunas y, por tanto, su pediatra adaptará el calendario para que, cuanto antes, estén en una situación similar a la de otros niños.

  A algunos niños prematuros se les recomienda la vacuna de la gripe. A veces también se recomienda que se vacunen todos los miembros de la familia para evitar que el niño contraiga la gripe, ya que para él puede ser una enfermedad muy grave.

- Se aconseja a los niños prematuros que han estado muy graves o que han nacido muchas semanas antes de tiempo que reciban una dosis mensual de un medicamento llamado Palivizumab. Este medicamento proporciona defensas frente al virus que produce las bronquiolitis. La bronquiolitis es una enfermedad respiratoria que se da en el invierno y que puede ser muy grave para los niños muy prematuros. Este medicamento se indicará desde el hospital ya que sólo se puede poner en el mismo. Habrá que ir todos los meses al hospital para que le pongan una dosis de Palivizumab. No todos los niños prematuros necesitan de este medicamento. Los que lo precisan lo sabrán antes de obtener el alta del hospital.

- **Consulta de seguimiento.** Los niños que nacen con menos de 32 semanas de edad gestacional o que pesan al nacer menos de 1.500 g, deben tener un seguimiento especializado que, muchas veces, se proporciona desde el mismo hospital en el que estuvo ingresado el niño. Otras veces el seguimiento lo puede hacer su pediatra de atención primaria siguiendo unas pautas de vigilancia especial para estos niños.

RECORDAD:

- Se dice que un niño es prematuro cuando nace antes de la semana 37 de gestación, pero no todos los niños prematuros son iguales.
- Los niños prematuros terminan su maduración en un ambiente diferente y por tanto su desarrollo tiene ciertas características particulares.
- La edad corregida es más importante que la edad real. Su desarrollo y su crecimiento se valorará en función de la edad corregida que es la edad que tendría el niño si hubiera nacido cuando le correspondía.
- Los niños prematuros tienen dificultad para controlar la temperatura y facilidad para contraer infecciones. Por eso es muy importante lavarse las manos siempre antes de tocarles.
- La leche materna es el mejor alimento para los niños prematuros. Tanto si están con lactancia materna o con leches artificiales, en general, necesitan comer con más frecuencia que los niños que nacen a término y es muy importante dejarles descansar en las tomas.
- Los niños prematuros necesitan suplementos de hierro y de vitamina D.
- Conseguirán sentarse hacia los seis o siete meses de edad corregida y caminarán alrededor del año de edad corregida.
- Hablarles y contarles historias desde muy pequeños les ayudará en su desarrollo.
- A veces los niños prematuros tienen problemas en el desarrollo. Ante cualquier problema o duda hay que consultar con el pediatra.
- Es muy importante que los padres tengan contacto físico con el bebé prematuro, así se favorecerá el vínculo y en el caso de la madre, se aumentará la producción de leche.
- Las vacunas se pondrán siguiendo la edad real del niño y según le vaya indicando su pediatra.

3_ EL DÍA A DÍA DEL BEBÉ

3.1. LAS VACUNAS **PÁG. 98**

- Las vacunas y sus beneficios pág. 98
- Los perjuicios de no vacunar a los hijos pág. 98
- Calendarios de vacunaciones oficiales pág. 98
- Calendario de vacunaciones de la AEP pág. 99
- Las vacunas de los tres primeros años de edad pág. 100
- Las vacunas después de los 3 años pág. 105
- Seguridad de las vacunas pág. 105
- Contraindicaciones de las vacunas pág. 106
- Anexo pág. 106

3.2. LACTANCIA MATERNA **PÁG. 108**

- Beneficios de la lactancia materna pág. 108
- Consejos para la madre pág. 109
- Algunos problemas frecuentes pág. 113
- Destete pág. 116

3.3. EL SUEÑO **PÁG. 118**

- El sueño según la edad pág. 119
- Rutinas y buenos hábitos pág. 120
- ¿Dónde duerme el niño? pág. 122
- Problemas con el sueño pág. 122
- ¿Qué hacer con cada edad? pág. 123

3.4. DESARROLLO PSICOMOTOR Y DE LOS SENTIDOS **PÁG. 126**

- Desarrollo motor grosero o control postural pág. 127
- Desarrollo motor coordinado pág. 128
- Desarrollo del lenguaje pág. 130
- Desarrollo de habilidades sociales pág. 133
- Desarrollo visual pág. 135
- Desarrollo auditivo pág. 136
- ¿Cómo estimular el desarrollo? pág. 136

3.5. DESARROLLO FÍSICO **PÁG. 140**

• Regulación del crecimiento pág. 140

3.6. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES INFANTILES
(Lesiones infantiles no intencionadas) **PÁG. 146**

• Caídas pág. 146

• Quemaduras pág. 148

• Intoxicaciones pág. 151

• Lesiones por tráfico pág. 153

• Ahogamientos pág. 154

• Atragantamiento pág. 155

• El botiquín pág. 157

3.1. LAS VACUNAS

David Moreno Pérez • Pediatra. Hospital Regional Universitario. Málaga. Coordinador Comité Asesor Vacunas de la AEP

3.1.1. LAS VACUNAS Y SUS BENEFICIOS

Las vacunas son productos biológicos que sirven para prevenir ciertas enfermedades infecciosas peligrosas, activando nuestro organismo para que desarrolle defensas específicas contra ellas. Las vacunas "enseñan" al sistema inmunológico a defenderse frente a esas infecciones, y en el caso de no recibirlas, esas infecciones pueden producir complicaciones graves o secuelas. La mayoría de estas enfermedades son ahora muy poco frecuentes, pero esto es debido precisamente a que la mayoría de los niños residentes en países industrializados, como España, están bien vacunados. A medida que las vacunas van llegando a todos los rincones del mundo, las enfermedades que previenen van desapareciendo, con la consiguiente disminución de sufrimiento y pérdida de vidas humanas. Este fenómeno de tan alta efectividad hace que las vacunas sean consideradas, hoy en día, como el mayor avance de la medicina junto a la potabilización del agua.

El mundo de las vacunas es muy dinámico, y los cambios en la forma de presentarse las enfermedades y los avances continuos en la investigación hacen que se produzcan, muy a menudo, cambios en los tipos de vacunas, las dosis, los momentos en los que se aplican, etc. En los últimos años, algunos de los mayores avances han sido: la creación de vacunas capaces de prevenir la mayoría de las causas de sepsis y meningitis bacteriana en niños (vacunas frente a *Haemophilus influenzae* tipo B, neumococo, meningococo C).

3.1.2. LOS PERJUICIOS DE NO VACUNAR A LOS HIJOS

Hasta hace 30 años, cuando no existían la mayoría de las vacunas actuales, muchos niños morían a causa de enfermedades como por ejemplo la tos ferina, el sarampión o la poliomielitis. Estos y otros gérmenes siguen existiendo hoy en día, pero los niños están protegidos por las vacunas. Prácticamente todas las vacunaciones se inician antes de los 2 años de edad, ya que durante los primeros 5 años de vida, los niños son muy propensos a contraer enfermedades dado que su sistema inmunológico no se ha desarrollado por sí solo y, con ello, las defensas necesarias para luchar contra las infecciones.

Un niño no vacunado queda expuesto a padecer esas infecciones prevenibles, y puede contagiar a otros niños o adultos que por cualquier motivo no estén en ese momento bien protegidos frente a ciertas infecciones, pudiendo producir brotes epidémicos como, por ejemplo, ha ocurrido recientemente en toda Europa con el sarampión, o actualmente con la tos ferina.

3.1.3. CALENDARIOS DE VACUNACIONES OFICIALES

En España, las vacunas incluidas en el calendario oficial de cada comunidad son gratuitas y recomendadas de forma universal. Cada Comunidad Autónoma decide qué vacunas incluir en el calendario oficial y cómo se administran, lo que ha llevado a que coexistan en España tantos calendarios diferentes como comunidades. El Ministerio de Sanidad, sensible a este problema y a la reclamación histórica de la Asociación Española de Pediatría (AEP) por uni-

ficar todos estos calendarios en un único calendario común para todos los niños españoles (siguiendo el principio de igualdad sanitaria que la Constitución marca para todos los ciudadanos) dictaminó, por fin, la unificación de todos los calendarios.

En la actualidad, en nuestro medio, las enfermedades infecciosas que se previenen con una altísima efectividad siguiendo el programa oficial de vacunaciones para los menores de 3 años son las siguientes: hepatitis B, difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión, rubeola, parotiditis (paperas), sepsis-meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo B y meningococo C. En algunas Comunidades Autónomas están incluidas además otras vacunas como la del neumococo (Galicia), varicela (Navarra, Ceuta y Melilla), tos ferina en la adolescencia (Madrid, Ceuta y Melilla) y hepatitis A (Ceuta y Melilla). Sin embargo, debido a los recortes y diversas decisiones políticas, alguna de esta vacunas podría ir retirándose de los calendarios de estas comunidades.

3.1.4. CALENDARIO DE VACUNACIONES DE LA AEP

La AEP, a través de su comité de expertos en vacunas, publica en su página web, en enero de cada año, el calendario de vacunaciones que considera óptimo en ese momento para los niños residentes en España. Para emitir estas recomendaciones, este comité se basa en las novedades sobre vacunas aparecidas en los estudios científicos más recientes y en los diferentes modos de presentar las enfermedades. Si se fijan en la **Tabla 1**, el calendario de la AEP contiene vacunas que probablemente no encuentren en el calendario oficial de su comunidad (por ejemplo: neumococo, varicela, rotavirus), pero que la AEP considera recomendables para los niños sanos. Este capítulo, en el que se repasarán las vacunas, no pretende ser un sustituto de las recomendaciones que pueda realizar su pediatra, y menos aún para aquellos niños con algún tipo de patología, o niños con calendarios incompletos, que suelen precisar un calendario con modificaciones, aspecto que escapa de este capítulo básico sobre inmunizaciones.

La AEP emite una propuesta de calendario teniendo en cuenta la importancia de cada vacuna y el coste que suponen, por lo que separamos las vacunas propuestas en tres grupos:

- **Vacunas sistemáticas.** Es decir, las que deben administrarse a todos los niños. Se incluyen las siguientes: hepatitis B, difteria, tétanos, tos ferina, polio, la bacteria *Haemophilus influenzae* tipo B, meningococo C, neumococo, sarampión, rubeola y paperas (parotiditis epidémica). Estas vacunas forman parte de todos los calendarios autonómicos españoles, salvo la del neumococo, que sólo está integrada, por el momento, en el calendario oficial de Galicia.
- **Vacunas recomendadas.** Son vacunas que también deberían recibir todos, pero que pueden ser menos necesarias que las anteriores y suponer, por eso, un dilema económico para su financiación pública. Tienen esta calificación las vacunas frente al rotavirus en lactantes y contra la varicela en niños pequeños.

- **Vacunas para grupos de riesgo.** Las recomendadas para niños que sufren algunas enfermedades o que se encuentran en situación de riesgo especial. En este apartado se han incluido la vacunación anual contra la gripe y la de la hepatitis A.

3.1.5. LAS VACUNAS DE LOS TRES PRIMEROS AÑOS DE EDAD

El primer año de vida es la época de la vida en la que más vacunas se van a administrar, ya que es el momento de mayor riesgo de presentar complicaciones graves e incluso el fallecimiento por padecer ciertas infecciones, incluso aunque el bebé reciba lactancia materna y esté *a priori* más protegido. Afortunadamente, existen vacunas para la mayoría de las infecciones más peligrosas, que prácticamente han desaparecido desde el inicio de su aplicación en la infancia.

Vacunas oficiales

Hepatitis B

- **La enfermedad:**

  - Este virus suele contagiarse en la edad adulta por transmisión sexual y por el uso de drogas intravenosas. En ocasiones se ha adquirido por pinchazo accidental con alguna aguja en la calle, la playa, etc.

  - La infección puede ocasionar una hepatitis aguda, y en algunas personas produce una infección crónica, cirrosis hepática e incluso cáncer de hígado.

- **La vacunación:**

  - Se precisan 3 dosis, por vía intramuscular.

  - En algunas comunidades se administra la primera dosis al nacimiento, para seguir las siguientes dos dosis a los 2 y 6 meses. En otras comunidades se opta por administrar estas 3 dosis a los 2, 4 y 6 meses de vida.

  - Para los niños cuyas madres tienen hepatitis B, debe siempre emplearse la pauta con la primera dosis al nacimiento.

Difteria

- **La enfermedad:**

  - La difteria provoca una inflamación característica de las amígdalas, que se cubren por una membrana blanco-grisácea que puede extenderse hacia la laringe o hacia la nariz y producir dificultad respiratoria grave.

  - Desde esta localización el germen segrega la llamada toxina diftérica, que puede afectar al sistema nervioso, al corazón o a los riñones y llevar a la muerte.

- **La vacunación:**

  - Se administra a los 2, 4 y 6 meses, con dosis de refuerzo posteriores en el segundo año de vida, a los 4-6 años y en la adolescencia.

Tétanos

- **La enfermedad:**

  - El tétanos se produce por la entrada de una bacteria en las heridas, que produce una toxina muy potente que afecta al sistema nervioso, causando rigidez muscular generalizada –muy típica en los músculos de la cara–, espasmos musculares dolorosos, dificultad respiratoria, convulsiones, dificultad para tragar y otros síntomas que amenazan la vida del enfermo.

  - Las heridas de más riesgo son aquellas muy anfractuosas (que muestran numerosas y extensas rupturas y quiebres en su superficie) o con mucho tejido desvitalizado, las punzantes en contacto con el suelo o estiércol, las muy contaminadas con cuerpos extraños, las quemaduras, las fracturas con heridas, las mordeduras y las congelaciones.

- **La vacunación:**

  - Se administra a los 2, 4 y 6 meses, con dosis de refuerzo posteriores en el segundo año de vida, a los 4-6 años y en la adolescencia.

Tos ferina

- **La enfermedad:**

  - La tos ferina produce accesos o golpes de tos, durante los cuales se dificulta la respiración; el niño presenta enrojecimiento y congestión de la cara y a veces incluso cierto tono violáceo de la misma, seguido de vómitos. La enfermedad suele durar varios meses.

  - Esta enfermedad en niños de menos de 3-4 meses puede ocasionar cuadros graves y llevar a la muerte.

- **La vacunación:**

  - Se administra a los 2, 4 y 6 meses, con dosis de refuerzo posteriores en el segundo año de vida y a los 4-6 años.

Poliomielitis (conocida como Polio)

- **La enfermedad:**

  - La poliomielitis es una enfermedad producida por un virus, conocido como poliovirus, que produce síntomas digestivos y neurológicos que, en ocasiones, son muy graves. Puede aparecer debilidad en los músculos hasta quedarse completamente paralizados, condición que se conoce como parálisis flácida aguda que, en algunos casos, deja parálisis permanente o produce la muerte.

  - Actualmente, España es un país libre de polio gracias a la vacunación.

- **La vacunación:**

  - Se administra a los 2, 4 y 6 meses, con una dosis de refuerzo en el segundo año de vida.

Haemophilus influenzae tipo B

- **La enfermedad:**

  - Es una bacteria que se adquiere por vía respiratoria y que puede producir neumonía, epiglotitis (cuadro muy grave que causa dificultad respiratoria con gran mortalidad), infección de hueso y articulaciones, y especialmente meningitis, con un importante riesgo mortal y secuelas neurológicas.

- **La vacunación:**

  - Se administra a los 2, 4 y 6 meses, con una dosis de refuerzo en el segundo año de vida.

Las vacunas hasta ahora comentadas (difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis) se administran en una sola inyección por vía intramuscular, en la cara anterolateral externa del muslo, en forma de vacuna pentavalente con otras vacunas (con prevención para 5 enfermedades). En algunas comunidades, esta vacuna también lleva la vacuna de la hepatitis, es decir, una vacuna hexavalente (prevención de seis enfermedades), con lo que se evita una inyección cada vez.

Meningococo C

- **La enfermedad:**

  - El meningococo C es una bacteria que se transmite por vía respiratoria y que es capaz de producir meningitis grave o incluso un cuadro muy grave de sepsis (infección en la sangre) con un elevado riesgo de mortalidad.

- **La vacunación:**

  - La vacunación consiste en 3-4 dosis, cuya cronología ha cambiado en 2014 y se pondrán: 1-2 dosis a los 2-4 meses, según el preparado vacunal que se utilice; 1 dosis a los 12 meses, y una dosis de recuerdo a los 12 años.

Triple vírica (sarampión, rubeola y paperas)

- **La enfermedad:**

  - Son infecciones producidas por tres virus distintos: el del sarampión, el de la rubeola y el de la parotiditis, que afectan principalmente a los niños.

  - El **sarampión** cursa con fiebre, erupción generalizada pero más marcada en la cara, tos muy irritativa y conjuntivitis (ojos rojos). De las tres enfermedades, es la potencialmente más grave, ya que en el 5-10 % de los casos produce complicaciones, como neumonía, otitis media, o incluso encefalitis y fallecimiento.

  - La **rubeola** produce fiebre, manchas por el cuerpo más tenues y más pequeñas, y ganglios por el cuello, la región occipital y detrás de las orejas. Su gravedad viene dada porque si acontece durante el embarazo puede ocasionar al feto un síndrome de rubeola congénita, con malformaciones, sordera, afectación de los ojos y retraso psicomotor.

  - La **parotiditis** (más conocida como paperas) ocasiona una inflamación dolorosa de las glándulas salivares, sobre todo las parótidas, situadas en la cara, justo debajo de las orejas. En ocasiones puede complicarse con una meningitis o con inflamación de los testículos o de los ovarios.

- **La vacunación:**

  - La vacunación consiste en dos dosis.

  - La primera dosis, a los 12 meses.

  - La segunda dosis se está aplicando entre los 3 y 6 años según la Comunidad Autónoma, aunque la idea es que todas la administren a los 3-4 años. La AEP es partidaria de administrarla a los 2-3 años, incluso si es a los 2 años mejor, para asegurar la protección con dos dosis a una edad más precoz.

Vacunas no incluidas en los calendarios oficiales

Neumococo

- **La enfermedad:**

  - El **neumococo** es una bacteria de la que existen más de 90 variedades (serotipos), pero sólo algunos producen infecciones en los seres humanos.

  - Los más vulnerables son los niños pequeños, por debajo de los 5 años y, en particular, los menores de 2 años.

  - Puede producir infecciones leves como otitis media, sinusitis o neumonía no complicada. Puede provocar además bacteriemia, que es una infección de la sangre y que da lugar a fiebre elevada sin otros síntomas.

  - En ocasiones produce una neumonía complicada, precisando ingreso hospitalario, e incluso drenaje de pus con un tubo o cirugía, ingreso en cuidados intensivos...

  - De cualquier manera, el cuadro más grave y temido que es capaz de producir este germen es la meningitis, una inflamación debida a la infección de las meninges, las cubiertas que envuelven el cerebro. Suele ser muy agresiva, ya que hasta en la mitad de los casos produce secuelas o lleva a la muerte, sobre todo cuando afecta en los primeros meses de vida.

- **La vacunación:**

  - Es una vacuna que no está incluida en el calendario oficial de la mayoría de las CC.AA.

  - Se administra a los 2, 4 y 6 meses (aunque también puede ser administrada a los 3, 5 y 7 meses), con una dosis de refuerzo en el segundo año de vida, preferentemente a los 12-15 meses.

  - Actualmente hay disponibles dos tipos de vacuna, una con 10 tipos de neumococo y otra con 13 tipos de neumococo, esta última por tanto con mayor cobertura sobre esta bacteria.

  - La AEP estima que esta vacunación debería ser administrada a todos los niños menores de 5 años de este país.

Varicela

- **La enfermedad:**

  - La **varicela** es una enfermedad producida por el virus varicela-zóster que ocasiona fiebre y una erupción cutánea vesiculosa generalizada, que va pasando a lesiones costrosas y secas, pudiendo dejar cicatrices permanentes.

  - Hasta en un 15 % de ocasiones pueden aparecer complicaciones, sobre todo sobreinfecciones de la piel, pero en ocasiones se producen complicaciones graves como: sepsis (infección bacteriana grave en la sangre), neumonía, infección de los músculos, huesos y articulaciones, complicaciones neurológicas como cerebelitis, convulsiones, o aún más graves como encefalitis, una inflamación general del cerebro que puede llevar al coma. Todas estas complicaciones excepcionalmente pueden llevar a la muerte.

  - El 90 % de los casos de varicela acontecen antes de los 10 años de edad.

- **La vacunación:**

  - Se recomiendan dos dosis: la primera a los 12 meses de vida, y la segunda a los 2-3 años, preferentemente a los 2 años.

- Se puede administrar el mismo día a la vez que la triple vírica. Si estas dos vacunas no se administran el mismo día, deben separarse al menos 1 mes.

- La AEP estima que esta vacuna es recomendable para todos los niños, pero para su administración en la primera infancia, no en la adolescencia como hacen la mayoría de las CC. AA. ya que a esta edad la mayoría de los niños ya han pasado la enfermedad y, por tanto, resulta inútil la vacunación.

Rotavirus

- **La enfermedad:**

  - La **gastroenteritis aguda** es una enfermedad muy frecuente en la infancia, sobre todo en niños menores de 5 años, pero aún más en menores de 2 años. Se caracteriza por producir un aumento en el número de las deposiciones, siendo líquidas, abundantes y de mal olor. Generalmente se acompaña de vómitos, con frecuencia como síntoma inicial, dolor abdominal y fiebre.

  - Con frecuencia produce deshidratación, que en ocasiones lleva al ingreso hospitalario. De forma excepcional, puede producir otras complicaciones, por ejemplo neurológicas (convulsiones).

  - La causa más frecuente con diferencia es el rotavirus, seguido de otros virus y bacterias.

- **La vacunación:**

  - Se administra por vía oral, lo que es una gran ventaja ya que se evita pinchar al niño.

  - Actualmente en España hay disponible una vacuna, que se administra en 3 dosis, separadas cada una de ellas 4 semanas. La primera dosis debe administrarse entre las 6 y las 12 semanas de vida. La segunda y última dosis no debe administrarse más allá de las 32 semanas de vida.

  - La AEP considera que esta vacunación es una oferta de salud recomendable para todos los lactantes de este país.

Gripe

- **La enfermedad:**

  - La **gripe** es una enfermedad producida por un virus que ocasiona síntomas catarrales con fiebre y malestar, además de dolor de músculos y articulaciones, durante 7-10 días. Puede haber vómitos y diarrea.

  - En ocasiones produce complicaciones, sobre todo en personas con enfermedades de base. La más frecuente es la neumonía, por el propio virus o por una sobreinfección bacteriana.

- **La vacunación:**

  - Cada año existe una vacuna antigripal diferente porque el virus de la gripe tiene la propiedad de poder cambiar de año en año.

  - Se recomienda en caso de pertenecer a grupos de riesgo (personas con enfermedades de base), o en caso de convivir con estos pacientes.

  - Su administración está autorizada a partir de los 6 meses de edad.

  - Se administra por vía intramuscular. La pauta general es de una sola dosis anual, aunque si el niño tiene menos de 9 años y es la primera vez que se vacuna de la gripe, se recomienda administrar dos dosis separadas por un mes.

  - No debe administrarse en caso de alergia grave al huevo, puesto que los virus utilizados para fabricar esta vacuna se cultivan en huevos de gallina.

Hepatitis A

- **La enfermedad:**

  - Es una inflamación del hígado causada por el virus de la hepatitis A. Los síntomas más frecuentes son: malestar, náuseas, dolor abdominal y posteriormente ictericia (coloración amarillenta de la piel y las mucosas), heces blanquecinas y orinas oscuras.

- La evolución habitual hacia la curación es lenta (semanas), pero existe un pequeño porcentaje de casos (habitualmente en grupos de riesgo y en adultos) que desarrollan una hepatitis fulminante con alta mortalidad.

- Es poco frecuente en nuestro medio, aunque se describen brotes en guarderías, colegios y campamentos.

- Es más frecuente en países en vías de desarrollo.

- **La vacunación:**

- Se puede administrar a partir de los 12 meses de edad.

- Es una vacuna que se administra por vía intramuscular, en dos dosis, separadas al menos por 6 meses.

- Está indicada en personas que vayan a viajar a países en los que el riesgo de infección sea alto, niños que residen en instituciones cerradas (centros de acogida, internados, etc.), y en caso de enfermedades hepáticas.

3.1.6. LAS VACUNAS DESPUÉS DE LOS 3 AÑOS

A partir de esta edad, el número de vacunas disminuye drásticamente, dado que la mayoría de las vacunas administradas previamente suelen dejar una buena protección inmunitaria para muchos años e incluso para toda la vida. Como se ha comentado anteriormente, a los 4-6 años se administra una dosis de refuerzo de **difteria-tétanos** y **tos ferina**, en una sola dosis, y en la adolescencia, una **inyección con difteria-tétanos**.

La AEP recomienda que a esta edad se administre de nuevo el preparado que lleva **difteria-tétanos-tos ferina**. El motivo es que, con el tiempo, se pierde la inmunidad contra la bacteria de la tos ferina, y existe un gran número de casos en esta edad y en adultos jóvenes que pueden a su vez contagiar a los lactantes menores de 2-3 meses, que son los que pueden padecer formas graves de la enfermedad con riesgo mortal.

Se recomienda que las niñas de 11-12 años reciban la vacuna contra el virus del **papiloma humano**, aunque ésta se puede administrar desde los 9 años hasta los 26. Es una medida preventiva muy importante ya que es capaz de prevenir el cáncer de cuello de útero. Se administra por vía intramuscular en tres dosis.

3.1.7. SEGURIDAD DE LAS VACUNAS

Las vacunas son medicamentos muy seguros, pues son sometidas a estudios estrictos antes de poder administrarse a la población y siguen siendo vigiladas una vez comercializadas. No obstante, como todos los medicamentos, pueden producir efectos secundarios que por lo general son muy leves, como dolor en el lugar del pinchazo o un poco de fiebre e incluso un sarpullido, dependiendo siempre de cada vacuna.

Excepcionalmente, una vacuna puede desencadenar reacciones graves en personas alérgicas a ese preparado o en personas con otro tipo de circunstancias especiales. Por esa razón se recomienda el control y administración por parte de los profesionales sanitarios y la permanencia en el centro de vacunación durante 15-20 minutos tras la vacunación.

3.1.8. CONTRAINDICACIONES DE LAS VACUNAS

Aunque debe consultarlo siempre con su pediatra, una vacuna raramente está contraindicada. Si el niño tiene fiebre durante el día previsto para la vacunación podría aconsejar un retraso de la administración, pero la única contraindicación real y habitual es la alergia grave conocida a la vacuna o a alguno de sus componentes. Se podrán administrar las vacunas aunque su hijo esté resfriado, esté tomando otras medicinas o pueda estar incubando alguna enfermedad. El contacto con otros niños, con embarazadas o con mujeres que estén amamantando no contraindica la vacunación.

3.1.9. ANEXO

TABLA 1. ***Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría 2014. Recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas.***

CALENDARIO DE VACUNACIONES DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA 2014 Comité Asesor de Vacunas									
VACUNA	**Edad en meses**						**Edad en años**		
	0	**2**	**4**	**6**	**12-15**	**15-18**	**2-3**	**4-6**	**11-12**
Hepatitis B[1]	HB	HB	HB	HB					
Difteria, tétanos y tos ferina[2]		DTPa	DTPa	DTPa		DTPa		DTPa o Tdpa	Tdpa
***Haemophilus influenzae* tipo B[3]**		Hib	Hib	Hib		Hib			
Poliomielitis[4]		VPI	VPI	VPI		VPI			
Meningococo C[5]		MenC			MenC				MenC
Neumococo[6]		VNC	VNC	VNC	VNC				
Sarampión, rubeola y parotiditis[7]					SRP		SRP		
Virus del papiloma humano[8]									VPH
Rotavirus[9]		RV 3 dosis							
Varicela[10]					Var		Var		
Gripe[11]				Gripe					
Hepatitis A[12]					HA 2 dosis				

Sistemática Recomendada Grupos de riesgo

Este calendario de vacunaciones, diseñado para la infancia y la adolescencia, indica las edades en las que se han de administrar las vacunas consideradas por el CAV-AEP con perfil de **sistemáticas**, de **recomendadas** y aquellas para **situaciones de riesgo**. En caso de no llevarse a cabo la vacunación en las edades

establecidas, deben aplicarse las recomendaciones de vacunación con la pauta acelerada. Se recomienda consultar el calendario de vacunación de la propia Comunidad Autónoma. Las reacciones adversas se deben notificar a las autoridades sanitarias.

(1) Vacuna antihepatitis B (HB).- 3 dosis según 3 pautas equivalentes: 0; 1; 6 meses o 0; 2; 6 meses o 2; 4; 6 meses, todas adecuadas para hijos de madres seronegativas (HBsAg neg.), siendo las 2 primeras pautas también adecuadas para hijos de madres portadoras del virus de la hepatitis B (HBsAg +). Estos últimos recién nacidos (madres HBsAg +) recibirán en las primeras 12 horas de vida la 1.ª dosis de vacuna y 0,5 ml de inmunoglobulina antihepatitis B, la 2.ª dosis de vacuna a la edad de 1 o 2 meses y la 3.ª dosis a los 6 meses. Si la serología materna es desconocida debe administrarse la 1.ª dosis de vacuna en las primeras 12 horas de vida e investigar la serología inmediatamente y, si resultara positiva, administrar 0,5 ml de inmunoglobulina antihepatitis B en la 1.ª semana de vida (preferentemente en las primeras 72 horas de vida). La administración de 4 dosis de vacuna HB es aceptable si se emplea la vacuna combinada hexavalente a los 2; 4 y 6 meses de edad en niños vacunados de la 1.ª dosis con preparado monocomponente al nacer. Los niños y adolescentes no vacunados recibirán a cualquier edad 3 dosis según la pauta 0; 1; 6 meses.

(2) Vacuna frente a la difteria, el tétanos y la tos ferina acelular (DTPa/Tdpa).- 6 dosis: primovacunación con 3 dosis de vacuna DTPa; refuerzo a los 15-18 meses (4.ª dosis) con DTPa; a los 4-6 años (5.ª dosis) con DTPa o con el preparado de baja carga antigénica de difteria y tos ferina (Tdpa) y a los 11-12 años (6.ª dosis) con Tdpa.

(3) Vacuna conjugada frente al *Haemophilus influenzae* tipo B (HiB).- 4 dosis: primovacunación a los 2, 4, 6 meses y refuerzo a los 15-18 meses (4.ª dosis).

(4) Vacuna antipoliomielítica inactivada (VPI).- 4 dosis: primovacunación con 3 dosis y refuerzo a los 15-18 meses (4.ª dosis).

(5) Vacuna conjugada frente al meningococo C (MenC).- 3 o 4 dosis de vacuna conjugada monovalente (esquema 1 o 2 + 1 + 1), con la siguiente pauta: 1 o 2 dosis entre los 2 y 11 meses de edad, otra dosis a los 12 meses de edad y otra dosis final a los 12 años. La pauta para los lactantes de 2 a 4 meses de edad, con 1 o 2 dosis, dependerá del preparado vacunal que se utilice.

(6) Vacuna conjugada frente al neumococo (VNC).- 4 dosis: las 3 primeras a los 2; 4; 6 meses con un refuerzo entre los 12 y 15 meses de edad (4.ª dosis).

(7) Vacuna frente al sarampión, la rubeola y la parotiditis (SRP).- 2 dosis de vacuna sarampión-rubeola-parotiditis (triple vírica). La 1.ª a los 12 meses, y la 2.ª a los 2-3 años de edad, preferentemente a los 2 años.

(8) Vacuna frente al virus del papiloma humano (VPH).- Sólo para niñas. 3 dosis entre los 11 y los 12 años. Pauta de vacunación según el preparado comercial: Gardasil® pauta 0; 2; 6 meses y Cervarix® pauta 0; 1; 6 meses.

(9) Vacuna frente al rotavirus (RV).- 3 dosis de vacuna frente al rotavirus (RotaTeq®): a los 2; 4; 6 meses o a los 2; 3; 4 meses. La pauta ha de iniciarse entre las 6 y las 12 semanas de vida y debe completarse antes de las 32 semanas de edad.

(10) Vacuna frente a la varicela (Var).- 2 dosis: la 1.ª a los 12 meses (es aceptable a los 12-15 meses) y la 2.ª a los 2-3 años de edad, preferentemente a los 2 años. En pacientes susceptibles fuera de las edades anteriores, vacunación con 2 dosis con un intervalo entre ellas de, al menos, 1 mes.

(11) Vacuna antigripal (Gripe).- Vacunación anual de pacientes con factores de riesgo y sus convivientes (mayores de 6 meses). 1 dosis en mayores de 9 años; entre 6 meses y 9 años se administrarán 2 dosis la 1.ª vez, con un intervalo de 1 mes y en los años siguientes, si persiste el factor de riesgo, vacunación anual con 1 dosis.

(12) Vacuna antihepatitis A (HA).- 2 dosis, con un intervalo de 6-12 meses, a partir de los 12 meses de edad. Vacunación de pacientes con indicación por viajes internacionales a países con endemicidad intermedia o alta, o por pertenecer a grupos de riesgo.

3.2. LACTANCIA MATERNA

Marta Díaz Gómez • Pediatra. Profesora Titular Universidad de La Laguna. Tenerife. Coordinadora del Comité de Lactancia Materna de la AEP

La lactancia materna es el método óptimo de alimentación del lactante, ya que posee innumerables ventajas frente a la lactancia artificial, tanto nutricionales, como inmunológicas y psicológicas. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, seguida por la introducción de alimentos complementarios y la continuación de la alimentación al pecho hasta los dos años o más.

3.2.1. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

La alimentación con leche materna se asocia con una disminución de la incidencia y gravedad de enfermedades agudas y crónicas de los bebés amamantados y también tiene beneficios para la salud de las madres.

Beneficios a corto plazo para la salud del niño

Los nutrientes contenidos en la leche materna se digieren y absorben mejor que los contenidos en las leches artificiales. Por otro lado, la alimentación al pecho protege al niño frente a infecciones, ya que aporta factores de defensa y mejora la composición de la flora bacteriana intestinal, con predominio de bifidobacterias y lactobacilos, que participan en mecanismos de defensa frente a las infecciones.

En comparación con niños alimentados a base de leche artificial, cuyo sabor no cambia, los niños alimentados al pecho experimentan una amplia variedad de olores y sabores, lo que puede facilitarles la aceptación de otros alimentos durante el destete. También se ha demostrado que la alimentación al pecho tiene un efecto analgésico (disminuyendo las respuestas del bebé a estímulos dolorosos agudos), y que reduce el riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante y de padecer enterocolitis necrotizante neonatal (trastorno grave que afecta al tracto gastrointestinal).

Beneficios a largo plazo para la salud del niño

La lactancia materna disminuye el riesgo de maloclusión dental, ya que la succión del pecho favorece el desarrollo mandibular del niño. Diversos estudios han demostrado un efecto protector de la lactancia materna frente a las enfermedades alérgicas, la obesidad, la celiaquía, la diabetes mellitus, la leucemia aguda, los linfomas y otros tipos de cáncer, como el tumor de Wilms.

Algunos componentes de la leche humana, como los ácidos grasos omega-3 y omega-6, y los oligosacáridos, cumplen una función importante en el desarrollo cerebral del niño y se han relacionado con el mejor desarrollo intelectual de los niños alimentados al pecho.

Beneficios a corto plazo para la salud de la madre

Mejora de las reservas de hierro: La oxitocina, hormona que se produce en respuesta a la succión del pezón, provoca una contracción del útero para

cerrar los capilares rotos durante el parto, y con ello disminuye el sangrado posparto. Además, la falta de menstruación en la madre lactante representa un importante ahorro de hierro.

Pérdida de peso: Las necesidades energéticas son un 30 % mayores en las mujeres lactantes que en las no lactantes. Si la madre mantiene una dieta normal, sin excesos, la lactancia facilita la recuperación del peso previo al embarazo.

Beneficios a largo plazo para la salud de la madre

La lactancia materna disminuye el riesgo de sufrir fracturas osteoporóticas tras la menopausia y de padecer cáncer de ovario y cáncer de mama. Por último, la lactancia materna mejora el vínculo entre la madre y su hijo, proporciona a la mujer un sentimiento de satisfacción y mejora su autoestima (ver Capítulo 2, apartado alimentación del lactante de 0 a 6 meses).

3.2.2. CONSEJOS PARA LA MADRE

Alimentación y suplementos

La mujer que amamanta no precisa dietas especiales, debe seguir una alimentación sana y variada, como en cualquier otra época de la vida.

Se recomienda que tome suplementos de yodo (200 µg/día) durante el embarazo y la lactancia, y que consuma sal yodada para asegurar que el niño recibe un aporte adecuado de este mineral a través de la placenta y la leche materna. El yodo es necesario para la síntesis de hormonas tiroideas que intervienen en el desarrollo cerebral del niño.

Las madres vegetarianas estrictas deben tomar suplementos de vitamina B12 durante el embarazo y la lactancia, para evitar el déficit de esta vitamina, que puede causar alteraciones neurológicas en el niño.

El aporte de vitamina D a través de la leche materna no cubre los mínimos recomendados para asegurar

la mineralización ósea apropiada del bebé. La piel también puede sintetizar vitamina D bajo la influencia de la luz ultravioleta, aunque el estilo de vida actual, con pocas actividades al aire libre y empleo de protectores solares, limita la producción de vitamina D mediante esta fuente. Por ello, todos los lactantes menores de un año alimentados al pecho deben recibir un suplemento de 400 UI/día de vitamina D desde los primeros días de vida. Esta suplementación es especialmente importante en los niños con piel oscura (en los que la síntesis cutánea de vitamina D es menor), los hijos de madres vegetarianas estrictas, que restringen la ingesta de alimentos ricos en vitamina D, y los lactantes prematuros.

Control del peso y de las micciones del bebé

Se recomienda controlar periódicamente el aumento de peso del lactante y el número de micciones, especialmente en las primeras semanas de vida. Si el niño se muestra contento, moja 5-6 o más pañales al día con una orina clara y diluida, es indicativo de una ingesta adecuada. Como patrón de referencia para valorar el peso conviene utilizar las curvas de crecimiento de la OMS (disponibles en: http://www.ihan.es/cd/graficas.html), elaboradas con niños alimentados al pecho, ya que el ritmo de crecimiento durante los primeros meses de vida es diferente al que se observa en los niños con lactancia artificial.

Agua y chupete

En condiciones normales, hasta los 6 meses está recomendado que el bebé tome sólo leche materna a demanda. No precisa agua ni otros líquidos. A partir de los 6 meses, cuando se empiezan a introducir otros alimentos, además del pecho es bueno ofrecerle agua en vaso de vez en cuando.

Durante las primeras semanas de vida, hasta que la lactancia esté bien instaurada, no se aconseja emplear el chupete porque interfiere con la lactancia y puede ser la causa de grietas y dolor en el pezón.

Lactancia materna en gemelos

La lactancia materna en gemelos es posible, aunque entraña mayor dificultad. La cantidad de leche producida por la mama se adapta a las demandas, de manera que en las madres de gemelos se incrementa hasta casi el doble.

Es aconsejable la lactancia simultánea, amamantando al mismo tiempo a los dos gemelos, ya que ahorra tiempo y disminuye la fatiga y el estrés materno. Para ello se pueden adoptar diferentes posturas, una de las utilizadas es la *postura en balón de rugby*, situando a cada bebé boca arriba, con el cuerpo por debajo de los brazos de la madre y los pies hacia fuera.

Ejercicio físico

El ejercicio físico tiene numerosos efectos beneficiosos en la salud materna: mejora la función cardiovascular y la mineralización ósea, ayuda a perder la grasa acumulada durante el embarazo, aumenta la fuerza y flexibilidad muscular, reduce el estrés y la ansiedad, aumenta la autoestima y produce sensación de bienestar.

En madres previamente entrenadas, la práctica regular de ejercicio físico moderado no tiene ninguna repercusión negativa en la composición ni el volumen de leche. En cambio, el ejercicio físico intenso en mujeres sin entrenamiento previo puede disminuir el volumen de leche y aumentar su contenido en ácido láctico, que por su sabor amargo, podría provocar rechazo del pecho.

Si la madre quiere perder peso puede combinar una dieta con un aporte mínimo de 1.800 kcal/día y ejercicio físico, sin que se afecte al volumen ni la composición de la leche.

En el puerperio inmediato no se aconseja la natación por el riesgo de endometritis. Durante la lactancia tampoco son recomendables los deportes en los que exista riesgo de traumatismos en la mama. Se puede practicar cualquier otro ejercicio siguiendo las siguientes recomendaciones: utilizar un sujetador de deporte, firme, preferiblemente de algodón; realizar un calentamiento previo e ir aumentando la intensidad del ejercicio progresivamente, sin llegar a tener sensación de fatiga; y tomar abundantes líquidos.

Consumo de tabaco, alcohol y cafeína

Durante el periodo de lactancia se debe evitar el consumo de estas sustancias. El lactante tiene reducida la capacidad para metabolizar el alcohol, por ello, el que recibe a través de la leche materna, aunque sea en pequeñas cantidades, puede tener un efecto negativo en su conducta, ritmo de sueño y desarrollo psicomotor. Si la madre consume alcohol, debe hacerlo en cantidades pequeñas (una caña de cerveza o un vasito de vino) y de forma esporádica (1 o 2 veces a la semana) procurando alejarlo de las tomas de pecho y evitando las bebidas de alta graduación, como ginebra, licores o whisky.

La cafeína y otras metilxantinas contenidas en el café, té, refrescos con cafeína y chocolate, si se consumen en cantidades elevadas (más de dos bebidas con cafeína al día) pueden producir irritabilidad y trastornos del sueño en el niño.

La nicotina disminuye la producción de leche y al pasar a la leche puede tener efectos adversos en el niño (baja ganancia de peso y/o mayor incidencia de cólicos del lactante). Pero, aunque la madre fume se recomienda que mantenga la alimentación al pecho, ya que sus beneficios superan los riesgos. Debe seguir los siguientes consejos:

- No fumar dentro de la casa y mucho menos en el ambiente donde está el bebé, para reducir la exposición pasiva al humo del tabaco que aumenta la predisposición a padecer infecciones respiratorias y asma.
- Fumar lo menos posible.
- Fumar lo más alejado posible de cada toma, es decir fumar justo tras la toma.

Los hijos de madre o padre fumadores o que consuman alcohol no deben dormir con sus padres en la misma cama (colecho), ya que tienen mayor riesgo de sufrir el síndrome de muerte súbita del lactante.

Otras drogas de abuso

El consumo de drogas como la heroína, cocaína, anfetamina y marihuana no es compatible con la lactancia. La metadona en dosis menores a 20 mg al día no comporta riesgo para el lactante y mejora la evolución del síndrome de abstinencia neonatal.

Fitoterapia y medicamentos

Aunque a menudo se piensa que las plantas medicinales son inofensivas, la gran mayoría contienen principios activos que en muchas ocasiones no están estandarizados (no se sabe cuáles ni en qué cantidad) y pueden ocasionar toxicidad al bebé que toma el pecho. En cambio, no hay pruebas que demuestren que estas plantas medicinales, tomadas como tal o en infusión, aumenten la producción de leche.

Por otro lado, con relativa frecuencia las madres dejan de dar el pecho porque tienen que tomar medicamentos durante el periodo de lactancia, pero la mayoría de los fármacos son compatibles con la lactancia y en muy pocas ocasiones es necesario suspenderla, lo mejor es consultar siempre con su médico. Como ejemplo de estas situaciones excepcionales en las que se debe suspender la lactancia, podemos citar: la quimioterapia y radioterapia en el tratamiento del cáncer.

La lactancia materna también se debe suspender cuando sea necesario administrar a la madre isótopos radioactivos, con fines terapéuticos o diagnósticos. La madre puede extraerse la leche los días previos para dársela al niño durante esos días, hasta que pueda ponerlo nuevamente al pecho; la leche extraída mientras tenga isótopos radioactivos en su organismo debe ser desechada. Otras pruebas de radiodiagnóstico, como las radiografías, la tomografía axial computarizada y la resonancia nuclear magnética (aunque requieran el empleo de medios de contraste) no contraindican la lactancia.

El **Comité de Lactancia Materna** de la Asociación Española de Pediatría ha publicado una guía rápida de compatibilidad entre medicamentos y lactancia materna bajo el título **"Lactancia materna y medicamentos, una compatibilidad casi siempre posible"** (disponible en: http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/recomendaciones). También se pueden consultar dudas en www.e-lactancia.org, una página web de sencillo manejo, en español.

Contaminantes ambientales

La preocupación creciente por los contaminantes ambientales ha hecho que el Comité de Lactancia Materna (CLM) de la AEP haya hecho público un documento acerca de este tema que se puede consultar completo en la dirección: http://www.aeped.es/documentos/recomendaciones-contaminantes-ambientales-en-madres-lactantes.

Incorporación al trabajo

Para muchas madres la incorporación al trabajo fuera del hogar supone una dificultad para continuar amamantando a su bebé, en función del tipo de contrato, horarios de trabajo, otros familiares a su cargo, tipo de familia (monoparental, extensa, etc.), situación emocional, etc. pero no tiene por qué ser un impedimento. Puede extraerse la leche en casa o en el lugar de trabajo y que otra persona se la ofrezca al niño. Durante el tiempo que están juntos (fines de semana, noches…) es recomendable que lo ponga al pecho con frecuencia. En algunos casos, y si cabe la posibilidad, también podría contar con una persona que le lleve el bebé al lugar de trabajo para amamantarlo (durante la hora de lactancia o los descansos).

El Comité de LM de la AEP ha elaborado un protocolo para la alimentación con leche materna en las escuelas infantiles (disponible en: http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/recomendaciones) con recomendaciones sobre el procedimiento que se debe seguir para almacenar y administrar la leche materna en las escuelas infantiles en condiciones seguras.

3.2.3. ALGUNOS PROBLEMAS FRECUENTES

Problemas frecuentes de las mamas

- **Pezón plano o invertido.** Ni el pezón plano (no sobresale al estimularlo) ni el pezón invertido (se retrae al apretar la areola) impiden la alimentación al pecho. Es importante informar a la gestante de que podrá dar el pecho a su hijo, aunque necesitará más ayuda y paciencia al inicio. Durante los primeros días, antes de poner al niño al pecho, se puede emplear un sacaleches, eléctrico o mecánico, bombeando suavemente hasta que el pezón salga.

- **Dolor y grietas en el pezón.** Esta complicación generalmente se presenta como consecuencia de una técnica inadecuada de lactancia, aunque también puede tener otras causas, como un frenillo lingual corto en el bebé. Para reducir las molestias se recomendará a la madre que ofrezca el pecho menos dolorido primero, ya que la succión es más vigorosa al principio, y que mantenga el pezón seco, exponiéndolo al aire después de cada toma. También puede ser útil aplicar sobre la grieta leche exprimida del mismo pecho, dejándola secar al aire. Es importante que un profesional observe una toma para ver la técnica de amamantamiento y la posición del bebé, y corregir los errores. Hay que conseguir que abarque con la boca una gran parte de la areola y no sólo el pezón (Capítulo 2.1.).

- **Ingurgitación.** Se presenta como consecuencia de una retención de leche en los conductos mamarios que se prolonga durante varios días, produciendo sensación de tensión, dolor, enro-

jecimiento y calor en las mamas. No hay fiebre, ni sintomatología general. Al distenderse la areola se borra el pezón, lo que dificulta que el niño se agarre bien al pecho y produce dolor y grietas en el pezón, entrando en un círculo vicioso que puede llevar a la mastitis (ver más adelante).

Antes de poner al niño al pecho, para facilitar la salida de la leche, se puede aplicar calor local y masaje y extraer un poco de leche, de forma manual o con sacaleches, para disminuir la tensión de la areola, de forma que quede blanda y así se facilite el agarre. También se debe aumentar la frecuencia de las tomas y, si es necesario, completar el vaciado mediante extracción manual o con sacaleches. La aplicación de frío local entre las tomas (mediante compresas de gel frío o bolsas de hielo envueltas en una toalla), por su efecto vasoconstrictor y antiinflamatorio, reduce la ingurgitación y alivia el dolor.

- **Mastitis.** La mastitis consiste en una inflamación de uno o varios lóbulos de la mama, que puede acompañarse o no de infección. Se manifiesta por dolor intenso y signos inflamatorios (enrojeci-

miento, tumefacción, induración) en un cuadrante de la mama, (dependiendo del lóbulo afecto) y síntomas generales que se pueden confundir con un cuadro gripal: fiebre, escalofríos, malestar general, cefaleas, náuseas y vómitos.

El tratamiento de estos cuadros debe iniciarse precozmente, en las primeras 24 horas, para reducir el riesgo de complicaciones (absceso mamario, mastitis recurrente). No está indicado suspender la lactancia materna, ya que la infección no se transmite al niño y se ha demostrado que si se mantiene la alimentación al pecho mejora la evolución de la mastitis. La madre puede ofrecer primero el pecho sano, para poner en marcha el reflejo de eyección y que le resulte más fácil sacar después la leche del pecho afecto. Se deben seguir los consejos citados en el apartado anterior ("Ingurgitación") y guardar reposo en cama. Si con esas medidas no se produce una mejoría clara del cuadro en 12-24 horas, debe ponerse en contacto con su médico, ya que puede ser necesario administrar antibióticos.

Producción insuficiente de leche

El motivo más frecuente dado por las madres para el abandono precoz de la lactancia es la producción insuficiente de leche. La verdadera hipogalactia o incapacidad para producir suficiente leche, por insuficiencia del tejido glandular o por déficit de prolactina es poco frecuente (menos del 2 % de las mujeres). En la mayoría de los casos se trata de una impresión subjetiva de la madre que interpreta mal el llanto del niño, atribuyéndolo erróneamente a que se queda con hambre. En otros casos se trata de un episodio de disminución transitoria de la secreción láctea, que puede guardar relación con situaciones de fatiga o estrés emocional o con periodos en los que el niño experimenta brotes de crecimiento, por lo que la producción de leche materna queda por debajo de sus demandas. Estos episodios, que se conocen como *"baches de lactancia"* o *"crisis de crecimiento"*, se suelen presentar en torno a las 3 semanas, al mes y medio y a los 3 meses. Durante esos días los bebés se muestran inquietos, reclaman el pecho más a menudo, lloran, etc.

Para superar estas crisis la madre debe amamantar de forma frecuente (8 o más veces al día), no limitar la duración de la toma (la leche del final de la toma tiene más grasa, y por tanto más calorías) y evitar el empleo de biberón, ya que si en lugar de ofrecer el pecho le da biberón, disminuirá su producción de leche y empeorará la situación. También es importante que procure estar cómoda durante la toma, intente dormir mientras el niño duerme y disponga de dos periodos de descanso a lo largo del día, de una hora de duración, para recostarse, oír música, leer o cualquier otra actividad que le relaje.

Es conveniente que contacte con otras madres que hayan tenido experiencia en lactar, ya que sus comentarios y consejos pueden ayudar a resolver dudas o dificultades y aumentar la confianza en la lactancia. Un listado actualizado de los grupos de apoyo en nuestro país está disponible en: http://www.ihan.es/index3.asp.

Rechazo del pecho. Huelga de lactancia

En algunas ocasiones el bebé sólo quiere comer del mismo pecho y rechaza el otro. Esto puede obedecer a que tenga molestias al apoyar la cabeza cuando se le ofrece uno de los pechos, por dolor de oído, fractura de clavícula, vacunación, hematoma en la cabeza tras el parto, etc. Otra posible causa es que el pezón del pecho que rechaza sea plano o demasiado grande y no quepa en la boca del niño, o que la madre tenga una mastitis, lo que condiciona un cambio en el sabor de la leche.

Si el bebé rechaza ambos pechos, las posibles causas son:

- Cambios en las rutinas: incorporación de la madre al trabajo, mudanza, viaje, inicio de la guardería…
- Un ruido fuerte o un movimiento brusco mientras el bebé estaba mamando.
- Cambio en el sabor de la leche.
- Cambio en el olor de la madre, por el empleo de nuevos jabones, perfumes, desodorantes, por sudor excesivo…

Se recomendará a la madre que haga mucho contacto piel con piel, cambie la posición para amamantar y le ofrezca el pecho antes de que el bebé dé muestras de hambre (cuando "busque", gruña o se chupe los dedos, sin esperar a que llore de hambre), o incluso cuando esté adormecido, pues de esa forma mejora la aceptación.

También es conveniente que se saque la leche del pecho que rechaza (con un sacaleches) para no provocar ingurgitación y no disminuir la producción de leche.

Mordiscos

Los niños pueden morder por diferentes razones: dolor, incomodidad, descubrir para qué sirven los dientes… Se puede recurrir a diferentes métodos para hacerle entender que esto es molesto y duele y que si sigue haciéndolo no podrá continuar alimentándose al pecho, como por ejemplo, cuando muerde quitarle el pecho de la boca y decirle "NO", de manera seca y clara, poniendo una expresión en la cara muy seria.

3.2.4. DESTETE

No existe ninguna evidencia científica que demuestre que en una determinada edad se deba realizar el destete completo. La decisión la debe tomar la madre teniendo en cuenta sus necesidades y las de su hijo. Cuando llegue el momento del destete, es mejor realizarlo de forma progresiva y lenta, para evitar problemas tanto al bebé como a su madre. Los siguientes consejos pueden ayudar en este proceso, en función de la edad del bebé:

- Acortar la duración de las tomas y pactar una demora, alargando cada vez más el intervalo entre las tomas, con condiciones como: te daré el pecho cuando termines la comida, cuando vayas a dormir, sólo en casa, etc.
- Si insiste en tomar el pecho distraerlo con juegos, canciones, leer un cuento, etc.
- Ofrecer al niño alguna explicación de por qué "ahora no se puede" (mamá está cansada…).
- Darle más muestras de cariño durante el proceso de destete (besos, abrazos, caricias, etc.).

RECORDAD:

- La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, y acompañada de alimentos complementarios apropiados hasta los 2 años de edad o más. El destete se debe realizar, de forma gradual, cuando la madre y/o el hijo lo decidan.
- La lactancia materna tiene un efecto protector frente a múltiples enfermedades agudas y crónicas, mejora el desarrollo cognitivo y el ajuste social a largo plazo del bebé y también aporta beneficios a la madre.
- Durante el periodo de lactancia la madre debe mantener una dieta variada y equilibrada. Se recomienda el consumo de sal yodada y los suplementos de yodo, así como evitar los alimentos y bebidas con cafeína, el alcohol y el tabaco.
- No se deben administrar suplementos de biberón excepto si existe una indicación médica para hacerlo. Tampoco se deben utilizar tetinas o chupetes hasta que la lactancia materna esté bien establecida.
- La lactancia materna y el ejercicio físico son compatibles. Las madres que deseen perder peso pueden combinar la práctica de ejercicio físico con una restricción calórica moderada, sin que tenga efectos negativos sobre la lactancia.
- Todos los lactantes deben recibir suplementos de vitamina D, especialmente si se dan situaciones de riesgo de desarrollar déficit de esta vitamina: niños con piel oscura, inadecuada exposición a la luz solar, hijos de madres vegetarianas estrictas y lactantes prematuros.
- El padecimiento de algunas enfermedades en la madre o el niño requiere una valoración individualizada, considerando los grandes beneficios de la lactancia materna frente a los posibles riesgos. En la práctica son muy pocas las situaciones que contraindican la lactancia.
- Cuando ocurre una ingurgitación, o una mastitis, se debe mantener la lactancia materna, ya que no tiene efectos adversos, ofrece claros beneficios para el niño y reduce el riesgo de complicaciones en la madre.
- La succión del pezón y el vaciamiento de la mama son los dos mecanismos más importantes para asegurar una producción adecuada de leche. Para superar un *bache de lactancia* se aconsejará a la madre que amamante con frecuencia, en una habitación tranquila, que aumente el periodo de descanso y contacte con madres o grupos de apoyo.

3.3. EL SUEÑO

Cleofé Ferrandez Gomariz • Pediatra. C.S. La Laguna-Geneto. Tenerife. Coordinadora Grupo del Sueño de SEPEAP
Dolores García García • Pediatra A.P. Centro Adeslas. Salamanca

El sueño es un proceso activo, necesario, periódico y complejo. Es una mezcla de biología y conducta, en el que también influye la herencia. Para el niño constituye la actividad en la que más horas invierte, existiendo una estrecha relación entre los problemas nocturnos y las alteraciones en el comportamiento durante el día y viceversa. No dormir lo necesario afecta al aprendizaje y aumenta la irritabilidad. Esto puede tener como consecuencia situaciones de estrés familiar, alteraciones a nivel escolar y en el desarrollo del niño.

El buen dormir de los niños es, por lo tanto, el resultado de la combinación de tres elementos: biología, apego y familia. Las leyes biológicas incluyen las características genéticas y el temperamento del niño. El apego es la estrecha relación que establecen los niños con sus cuidadores. El tercer elemento es la actitud de la familia frente al sueño y el niño. Este comportamiento está determinado a su vez por las normas educativas, las imposiciones sociales, el tipo de crianza, los horarios familiares relacionados con el trabajo e intereses, etc.

El sueño constituye un ritmo biológico (ritmo vigilia-sueño) que sigue una periodicidad diaria, que en el adulto es aproximadamente de 24 h. El sueño está condicionado por factores externos como la luz, la oscuridad, las normas y los hábitos sociales. También influyen factores internos: secreciones hormonales, pérdidas de orina (pipí nocturno), temperatura corporal… Existen también otros mecanismos que tienden a mantener un equilibrio interno, de tal forma que cuantas más horas pasa un individuo durmiendo menor es la necesidad de dormir (la regulación del sueño es similar a la del apetito y la sed, actividades también controladas por el hipotálamo).

Otro de los factores importantes es la edad. El sueño va evolucionando a lo largo del tiempo, de tal manera que dormir toda la noche constituye un logro en el desarrollo psicomotor del niño, como lo es caminar o hablar.

Cuando hablamos de sueño infantil nos referimos al periodo diurno o nocturno durante el cual los niños descansan, asimilan y organizan lo visto y aprendido, maduran física y psíquicamente, e inician y ejercitan su independencia del mundo exterior y de sus padres, durante un tiempo variable, según su edad y conducta.

¿Qué es un ciclo de sueño?

En circunstancias normales, el sueño se organiza en varios ciclos repetidos de forma secuencial a lo largo de una jornada.

Los ciclos, a su vez, se organizan en diferentes etapas. Cada una de ellas tiene un nivel de profundidad de sueño y unas características fisiológicas particulares, produciéndose cambios en la actividad muscular y cerebral, así como cambios cardíacos, respiratorios, endocrino-metabólicos y de temperatura corporal.

El sueño se divide en dos estadios diferenciados. Uno es el sueño NREM o sueño de ondas lentas, y el otro es el sueño REM o sueño de movimientos oculares rápidos.

El sueño NREM se divide en tres fases que van de menor a mayor profundidad de sueño. Los estadios REM y NREM se alternan en ciclos cuya duración en el adulto es de aproximadamente 90 minutos.

Cada ser humano, desde la más corta edad, posee un ciclo de sueño específico, igual que tiene unas huellas dactilares específicas. Es muy importante respetar esos ciclos sin interrumpirlos. Pretender que el niño concilie el sueño es una tarea difícil y constituye un verdadero desafío, pero si se respeta su ritmo, todo será más fácil. Un recién nacido, por ejemplo, ya tiene un modo propio de dormir y de despertarse. Es importante que los padres creen el clima apropiado para que el niño establezca su propio ritmo de sueño. Tenemos que tener en cuenta que la relación con los padres es la que marca el comportamiento a la hora de dormir.

Antes de iniciar el sueño hay un periodo denominado latencia de sueño. Este periodo es el tiempo que el niño tarda en dormirse, entrando en el sueño NREM o sueño profundo. En el sueño NREM no hay movimientos oculares, la frecuencia cardíaca y respiratoria son muy lentas y hay ausencia de sueños. El sueño NREM sirve para la recuperación física.

A continuación se pasa a la fase REM, en la que hay movimientos oculares rápidos y la frecuencia cardíaca y respiratoria son irregulares; esta fase está relacionada con la recuperación cerebral y la fijación de las cosas aprendidas, es también una fase para el pensamiento creativo. Los niños tienen más cantidad de sueño REM que los adultos. Cada vez que se pasa de un ciclo a otro casi nos despertamos.

Otra de las leyes del sueño es la cantidad total de sueño. ¿Cuántas horas debe dormir un niño? La respuesta es: las horas que el niño necesite. Si tiene dudas su pediatra lo valorará.

El total de horas de sueño y su distribución a lo largo del día varía según la edad y pueden o no coincidir con lo que creemos o deseamos. Si le obligamos a dormir más horas disminuimos la profundidad del sueño. De hecho, existen diferentes tipos de niños:

- Grandes dormilones nocturnos.
- Pequeños dormilones nocturnos (duermen el mínimo de horas para su edad).
- Grandes dormilones de siestas, hasta 90 minutos.
- Pequeños dormilones de siestas, con diez minutos les basta.

3.3.1. EL SUEÑO SEGÚN LA EDAD

El recién nacido sigue un esquema de sueño parecido al del feto. El recién nacido duerme mucho, entre 16 y 20 horas con una distribución parecida entre el día y la noche, pero no puede hacerlo de forma seguida. Cada 3-4 horas se despierta. Necesita comer y que le cambien, pero también necesita que hablen con él y notar el afecto que se le tiene, cogiéndole en brazos y proporcionándole caricias. Ya en este momento es importante establecer rutinas, tanto diurnas como nocturnas, respetando su ritmo de sueño.

En esta etapa los estadios de sueño se llaman: sueño activo, sueño tranquilo y sueño indeterminado. La duración media del ciclo del sueño en el recién nacido es de aproximadamente 60 minutos.

El recién nacido empieza a dormir en el estadio de sueño activo. En este periodo puede haber movimiento de los globos oculares, muecas con la barbilla, respiración irregular e incluso la emisión de algún quejido y la realización de pequeños movimientos con las extremidades. Parece que el niño está inquieto, pero es absolutamente normal. Tras unos 30-40 minutos entra en la fase del sueño más profundo, que denominamos sueño tranquilo. Está totalmente relajado, sin lamentos ni movimientos, y respira suave y profundamente. Esta fase de sueño dura otros 30-40 minutos. El niño va alternando estos tipos de sueño hasta que, 3-4 horas después, se despierta.

El chupeteo, la sonrisa, la emisión de ruidos y la respiración irregular pueden hacer pensar que el niño tiene dificultad para dormir, o cólicos y que no está bien. Por lo que en esta etapa es muy probable que lo toquen, lo cojan en brazos o lo acunen. Conocer que esto es normal es importante para no interferir en el sueño e interrumpirlo, ya que podríamos romper el ciclo de sueño normal y, como consecuencia, dificultar la maduración.

Alrededor de los 3-4 meses de vida el niño ya puede diferenciar el día de la noche.

A partir del 4º mes el niño se relaciona más con su entorno, va sincronizando sus ritmos biológicos internos con los ritmos externos de la comida, baño y paseos. De esta manera a los 5-6 meses puede conseguir una pauta regular de sueño, tras establecerse un ritmo diurno y nocturno estables.

A lo largo del primer año de vida los periodos de sueño durante la noche van aumentando hasta llegar a dormir 6-8 horas entre los 4 y los 6 meses, con siestas durante el día de duración variable según el temperamento y entorno del niño. Estos periodos de siestas diurnas disminuirán hasta casi desaparecer alrededor de los 3-4 años. Puede aparecer algún periodo de adormecimiento durante el día, unificando las horas dedicadas al sueño en un único periodo nocturno de 10-11 horas en niños de 5-6 años.

De forma práctica podemos decir que a medida que el niño madura, a los 6-7 meses, puede tener un ritmo establecido comenzando su día sobre las 6-8 de la mañana. Puede hacer una primera siesta sobre las 9-11 h, que suele desaparecer alrededor de los 12-15 meses de edad. Después tiene lugar una segunda siesta al mediodía, que permanece hasta los 3-4 años. Puede haber una tercera siesta por la tarde que suele desaparecer sobre los 8 meses. El sueño nocturno se inicia más o menos a las 20-21 h con varios despertares por la noche.

3.3.2. RUTINAS Y BUENOS HÁBITOS

Desde los primeros días de vida, el tipo de cuidados que recibe el niño, el modo en que se le educa y las relaciones que establece con su entorno durante el día van a condicionar su conducta durante el sueño, de tal manera que el buen dormir forma parte de su aprendizaje. Hay que tener en cuenta que no hay sistemas buenos o malos de aprendizaje sino diferentes. El mejor método de aprendizaje es aquel que mejor se adecúa a las características familiares. Así pues, los cuidadores habituales pueden influir de manera muy importante en la adquisición tanto del hábito de sueño como de otros muchos que serán vitales para el desarrollo del niño. La predisposición de un niño para dormir depende en gran medida de la exposición luminosa que reciba, la hora a la que se haya despertado, los horarios de alimentación, la actividad física realizada así como el estímulo social al que esté expuesto antes de iniciar el sueño.

Es importante:

- **Horario:** Para lograr una rutina en el sueño conviene acostarlo casi siempre a la misma hora, esto hará que su ritmo interno le ayude a conciliar el sueño. También a la hora de despertar al niño debemos mantener un horario regular.
- **Entorno adecuado:** Intentaremos que inicie el sueño en el lugar para dormir, el salón no es el dormitorio. Éste debe estar aireado, con una temperatura agradable (que no haga frío pero sin calor excesivo). Conviene utilizar la ropa del niño y la de cuna o cama que mejor se adapte a la estación en la que estemos. La luz y los ruidos ambientales son importantes estímulos para organizar las actividades correspondientes al día y

la noche. Dejaremos que la luz entre en casa por el día para, posteriormente, por la noche, utilizar una iluminación tenue con la que acostumbraremos al niño a la oscuridad. Durante el día no se deben evitar continuamente los ruidos habituales de una casa pero durante la noche conviene crear un ambiente más relajado y silencioso.

- **Alimentación:** El número de tomas en los lactantes y el horario establecido para las comidas influirá en el inicio y mantenimiento del sueño. El establecimiento de un horario regular aunque flexible para la alimentación facilitará el patrón estable del sueño en todas las edades. Los lactantes alimentados con leche materna suelen tomar más frecuentemente y por ello sus despertares para tomar por la noche son más habituales. Las tomas nocturnas pueden ser más breves, evitando la estimulación luminosa y auditiva excesiva. La alimentación y la atención prolongada durante la noche favorecen que los despertares nocturnos se prolonguen en el tiempo. Tanto la sobrealimentación como el hambre impedirán que el niño tenga un sueño adecuado.

- **Rutina de inicio de sueño:** Hacemos mejor aquello para lo que estamos preparados, y el sueño no es una excepción. El niño dormirá mejor si mantenemos estables las rutinas previas a dormirse. Debemos intentar crear una sucesión de actos que finalicen dejándolo en la cuna o en la cama para iniciar el sueño. La separación del padre o de la madre puede ser dolorosa, pero el día a día hace que el niño se dé cuenta de que al igual que en otras situaciones, los padres siguen con él. Debemos conseguir que el niño relacione el dormitorio con el sueño. Algunos objetos como un muñeco o una mantita pueden ayudarle en este aprendizaje. Si utilizamos objetos fácilmente desplazables, se pueden llevar durante viajes o dejarlos en casa de familiares.

  Los despertares a lo largo del sueño nocturno son normales y su frecuencia varía con la edad. Si el niño aprende a dormirse cogido de la mano, cuando se despierte entre dos ciclos naturales de sueño, precisará de esa mano para iniciar nuevamente el sueño. Si estamos dispuestos a dejar nuestra mano siempre al lado del niño, éste

puede ser el estímulo adecuado, pero entonces no nos permitiremos quejarnos cuando nos lo reclame.

No vamos a evitar los despertares naturales, pero enseñar al niño a iniciar nuevamente el sueño es importante para que estos despertares no se prolonguen. Que el niño necesite comenzar nuevamente el sueño en otro espacio físico, al lado o en brazos del padre o madre, o con un estímulo luminoso continuo depende de cómo haya aprendido a dormir.

3.3.3. ¿DÓNDE DUERME EL NIÑO?

En nuestra sociedad, habitualmente el niño duerme durante los primeros meses en el capazo o cuna en el dormitorio de los padres. Posteriormente ocupa su dormitorio, a una edad en la que la situación familiar lo permita. Pero existen diferentes modelos de acostar a los niños: solitario, compartir habitación con hermanos, compartir habitación con los padres, o compartir lecho con los padres (colecho). Elegir un modelo u otro dependerá de las familias, del significado social y psicológico que tiene para ellas. La elección debe ser realizada por los padres y no obligada por la conducta del niño. En la elección, se debe tener en cuenta la seguridad física que en las primeras etapas de la vida pueden tener los diferentes modelos de acostar al niño en cuanto al ahogamiento y síndrome de muerte súbita.

3.3.4. PROBLEMAS CON EL SUEÑO

En primer lugar debemos diferenciar lo que es un problema con el sueño de lo que es realmente un trastorno de sueño. Los problemas del sueño son patrones de sueño o formas de dormir que no satisfacen a los padres, al niño o al pediatra y que pueden estar relacionados con el bienestar del niño o con el de la familia.

Desde el nacimiento hasta los 4 meses es normal que el niño se despierte para alimentarse varias veces durante la noche. Para que los despertares nocturnos no se prolonguen en el tiempo más allá de lo fisiológico, de lo que consideramos habitual, sería aconsejable que las tomas nocturnas fueran más breves, evitando estimularlos de forma excesiva. La alimentación y la atención prolongada durante la noche favorecen que se perpetúen los despertares.

Entre los 4 y los 12 meses, pueden persistir los despertares, puede haber rechazo al acostarse y pueden aparecer las ritmias de sueño. Es importante seguir con las rutinas que hayamos establecido, potenciar el ritual de sueño y sobre todo establecer una relación de apego segura. El apego es la tendencia del ser humano a estar vinculado y unido a otros. El niño se “apega” afectivamente a la persona que le da seguridad, que no es sobreprotección, ya que el apego no es dependencia. El niño seguro sabe lo que sus cuidadores van a hacer ya que éstos responden siempre de la misma forma ante situaciones semejantes, su conducta es inme-

diata a la del niño y mantienen contacto físico breve y frecuente, cooperando mutuamente.

Estos problemas pueden persistir durante mucho tiempo. Establecer un ritual del presueño claro, con límites precisos, adecuar el momento de acostar al niño y tener un objeto de transición como un osito o una mantita puede evitar los problemas con el sueño por hábitos incorrectos.

En caso de que los problemas persistan existen determinadas técnicas que pueden ayudar a modificar comportamientos. Dependiendo del niño y de la familia, la técnica a aplicar puede ser diferente, por lo que sería aconsejable consultar con el pediatra. Es importante saber que un niño debe tener claros los puntos de referencia sobre lo que debe hacer y lo que no debe hacer. Así, el niño se siente más seguro para descubrir lo que le rodea y aprende a predecir lo que va a ocurrir, porque están claras las consecuencias. Los niños más inseguros y temerosos son hijos de padres muy permisivos o que tienen un criterio educativo incoherente: "si no tengo claro lo que está bien o mal me siento perdido". Los niños que consiguen manejar a sus padres a su antojo aparentan seguridad, hasta que salen de su hogar. Por todo esto, es importante dar normas claras y sencillas y con un tono de voz firme, pero sin gritar.

3.3.5. ¿QUÉ HACER CON CADA EDAD?

Consejos hasta los dos meses

Cada niño marca su propio ritmo para dormir por lo que es importante aprender a conocerlo, dándole la oportunidad de que tenga el placer de dormirse por sí mismo, no utilizando mecimientos para dormirlo, acostándole despierto en la cuna, manteniendo una rutina. Es aconsejable que la madre siga los mismos horarios que el niño ya que así también descansará. En esta etapa es fundamental reconocer el sueño activo y no pensar que está molesto, que no se puede dormir o que tiene cólicos.

Es importante saber que el llanto no es equivalente a hambre. Durante los primeros meses el llanto es el único medio que tiene el niño para comunicarse, de ahí la necesidad de conocer los tipos de llanto para poder atenderlo. Cuando el niño tiene hambre, el llanto es enérgico y, poco a poco, se hace más fuerte y rítmico. En ocasiones puede golpearse la mejilla, morderse el puño o chuparse los dedos. Cuando siente dolor, el primer gemido es agudo y prolongado, seguido de una larga pausa de apnea y jadeos cortos, para luego volver a gritar. Si tiene gases, estira y encoge las piernas y los brazos.

Cuando el niño se siente solo, empieza con un "quejido", seguido de protesta que cesa al cogerle en brazos. Si está nervioso, llora con fuerza y no responde a los intentos que hacen sus padres para calmarle. Coger al niño, acariciarlo, hablarle y disfrutar es necesario, no hay que esperar a que llore para hacerlo.

Consejos a partir de los dos meses

- Es importante tener en cuenta que el sueño de calidad durante el día mejora el sueño nocturno.
- Es recomendable mantener las rutinas que hemos establecido: hacer siempre lo mismo a la hora de acostarlo.
- Conviene tranquilizar al niño antes de que se duerma, utilizando movimientos suaves si es necesario.
- No es preciso despertar al niño para alimentarlo.

Consejos a partir de los 6 meses

Los despertares nocturnos son normales y habituales. Si ya hemos pasado al niño a su dormitorio intentaremos mantener la puerta abierta.

¿Qué hacer ante los despertares?:

- Consolarlo con caricias y frases cariñosas, no encender la luz, procurar que permanezca en la cuna.
- Tener un peluche o mantita que sea su compañero en la cuna.
- Procurar no alimentarlo. Si está muy claro que tiene hambre podemos alimentarlo pero intentando que el episodio sea breve y aburrido.

Consejos al año de edad

- El ambiente de descanso debe ser tranquilo y oscuro.
- La habitación debe ser confortable.
- Conviene seguir con las rutinas.
- Una o dos horas antes de acostar al niño conviene que no realice actividad física vigorosa.
- Es recomendable procurar que las siestas no sean tardías ni prolongadas.

Consejos a partir de los 2 años

La siesta es importante por lo que deben hacerla hasta los 4-5 años. Si aparecen dificultades para conciliar el sueño o el niño "está dando la noche"- debemos intentar reflexionar sobre lo ocurrido durante el día. Habrá que ver si ha habido cambios recientes, dado que si ha sido así es posible que por eso no duerma bien. No hay que gritarle ni perder la calma.

Debemos darle la seguridad de que estaremos para tranquilizarlo si lo necesita. Hay que procurar no utilizar pecho o biberón como inductor del sueño. Es recomendable que el niño no duerma fuera de su cama. Dormir en la cama con los padres puede alterar la fisiología del sueño.

Dormir no es un castigo: intentaremos que nuestros niños descansen lo mejor posible, y que para ellos sea un placer irse a dormir. Por lo tanto, procuraremos evitar enviarlos a la cama como un castigo por algo que hayan hecho. Para educar, lo mejor es firmeza, con igual o más dosis de cariño y mucha paciencia.

RECORDAD:

- El total de horas de sueño y su distribución a lo largo del día varían según la edad y pueden o no coincidir con lo que creemos o deseamos.
- Existen diferentes tipos de niños: grandes dormilones y pequeños dormilones.
- El buen dormir forma parte del aprendizaje global del niño. No hay sistemas buenos o malos de aprendizaje sino diferentes, siendo el mejor sistema aquel que mejor se adecúa a las características de la familia. Debemos saber que en este aprendizaje influyen la genética, el temperamento, el apego y la forma de actuar de la familia.
- Reconocer el sueño activo de los recién nacidos nos permite dejarlos seguir durmiendo sin interrumpirlos al pensar que están molestos o que no pueden dormir.
- Se debe establecer un horario de dormir y despertar que se ajuste a los ritmos del niño y mantenerlo durante los 7 días de la semana.
- Los horarios de los niños no siempre coinciden con los de los padres.
- Establecer rutinas contribuye a crear sentimientos de seguridad y permite organizar las situaciones previas al irse a dormir: baño, pijama, cena y cuento.
- Dormir es muy necesario, tanto para los padres como para el niño.
- Debemos tratar de conseguir que nuestros niños descansen lo mejor posible, dándoles la oportunidad de que para ellos irse a dormir sea un placer.

3.4. DESARROLLO PSICOMOTOR Y DE LOS SENTIDOS

Mª del Carmen Mendoza Sánchez • Pediatra. Hospital Universitario. Salamanca
Dolores García García • Pediatra A.P. Centro Adeslas. Salamanca

Toda nuestra vida es un continuo proceso de aprendizaje. Desde el momento del nacimiento hasta la edad adulta aprendemos cosas nuevas a diario. En los primeros años se produce la mayor adquisición de habilidades desde el punto de vista motor, de desarrollo de los sentidos y del lenguaje, y de relación con el entorno que nos rodea. El término "desarrollo psicomotor" se refiere a esta adquisición en los primeros 2-3 años. Es un proceso **continuo y dinámico,** que refleja que el Sistema Nervioso Central del bebé está madurando.

El desarrollo psicomotor sigue un ritmo marcado, en el que los diferentes progresos correspondientes a cada edad quedan encadenados. Una vez que se adquiere una habilidad, ésta se perfecciona y posteriormente se aprende otra nueva. El niño pequeño aprende progresivamente:

- A sujetar su cabeza, a sentarse, a caminar, a correr, a subir escaleras, a dar patadas a un balón y a saltar con los pies juntos.
- A sujetar cosas, a tirarlas, a darlas, a coger miguitas de pan con dos dedos, a manejar la cuchara, a hacer trazos con una pintura y torres de cubos o piezas de juguete cada vez más altas.
- A conocer a las personas que más le cuidan, a llorar cuando no están, a abrazar, a saludar, a jugar, a compartir juegos y juguetes con los que le rodean.
- A comunicarse con un lenguaje verbal cada vez más estructurado y comprensible, así como a desarrollar la comunicación no verbal.
- A diferenciar caras, colores e imágenes en los libros.
- A reconocer voces, sonidos familiares y canciones.

Durante el seguimiento por su pediatra, éste valorará si el desarrollo psicomotor sigue un ritmo adecuado. Los límites entre lo que se considera normal o alterado a veces no son fáciles de definir. Cada niño tiene su ritmo y es importante no hacer comparaciones entre ellos. Existen situaciones dudosas que pueden precisar valoraciones periódicas para determinar si el progreso es o no favorable. Además, puede haber un retardo únicamente en un área y haber un desarrollo normal de las demás. También es necesario tener especial precaución con niños prematuros (en los que se tendrá en cuenta la edad corregida, (ver Capítulo 5 de la parte 2ª), niños que hayan estado mucho tiempo ingresados, o niños procedentes de adopción, que con frecuencia han estado pobremente estimulados hasta ese momento.

En algunas ocasiones se usan diferentes escalas o tests para valorar más objetivamente si el desarrollo psicomotor de un niño sigue un patrón adecuado o si existe algún dato de riesgo que es importante seguir. En ellas, las diferentes habilidades se dividen en 4 grandes grupos:

- Motor grosero o control de la postura
- Motriz coordinado
- Lenguaje
- Habilidades sociales

Seguiremos esta división para desarrollar los distintos aspectos del desarrollo psicomotor del niño hasta los 3 años, aunque en muchas ocasiones estarán interrelacionados. Además haremos mención al desarrollo visual y auditivo.

En ningún momento olvidaremos que el calendario de progresos es siempre orientativo.

3.4.1. DESARROLLO MOTOR GROSERO O CONTROL POSTURAL

Bebé de 0 a 6 meses

La postura del **recién nacido** es la continuación de la postura que presenta durante el embarazo.

- Sus piernas están flexionadas y encogidas sobre el abdomen.
- Sus brazos permanecen flexionados, con las manos cerradas y la cabeza pegada a la cuna.
- Puede permanecer inmóvil durante mucho tiempo.
- Casi al mes, los brazos se extienden, las manos pueden entreabrirse y las piernas adquieren una posición similar a la de rana.
- Tumbado boca abajo, sobre su abdomen, hace movimientos de reptación y puede girar la cabeza.
- Tumbado boca arriba, patalea alternativamente.
- Sentado, su tronco y cabeza se caen hacia delante.

En el niño de un mes:

- Observamos mejor coordinación de la succión y deglución.
- Persiste una posición corporal en flexión con inestabilidad de la cabeza.
- Sus movimientos son bruscos y descoordinados.
- Gira la cabeza y durante unos segundos puede separarla de la cuna.
- Da pequeñas patadas y los codos se mantienen todavía flexionados.

A los 2 meses:

- Apoyado sobre su abdomen, comienza a elevar la cabeza durante unos segundos y sentado comienza a sujetarla, aunque todavía inestable.
- Apoyado sobre su espalda patalea con fuerza de forma alternante y simétrica.

Alrededor de los 3 meses:

- Sus movimientos son más coordinados.
- Mejora la sujeción de la cabeza, pudiendo elevarla con mayor facilidad y durante más tiempo.
- También es capaz de flexionar y extender sus piernas.

Próximo a los 4 meses:

- Cuando intentamos sentarlo, su cabeza ya va alineada con el tronco. Si lo sentamos, ya es capaz de sujetarla.
- Boca abajo es capaz de levantar el tronco apoyándose en los antebrazos y, con el paso de las semanas, apoyándose también en las palmas de las manos.

A los 5 meses:

- Presenta más movimiento en brazos y piernas.
- Intenta tocar sus piernas con las manos.
- Inicia el giro lateral o volteo del tronco.
- Al intentar sentarlo observamos que colabora, avanzando su cabeza con relación al tronco.

Bebé de 6 a 12 meses

El bebé de 6 meses:

- Puede mantenerse sentado con un mínimo apoyo de sus manos por delante.
- Tumbado boca arriba, si le ofrecemos un dedo, puede levantarse y quedarse sentado.
- Su espalda está cada vez más recta y voltea para ambos lados con mayor facilidad.
- A esta edad también empieza a coger e inspeccionar sus pies, pudiendo llevarlos a la boca.

En los sucesivos meses mejora la estabilidad mientras está sentado, y se desplaza dándose la vuelta con más facilidad.

A los 9 meses:

- Ya es capaz de reptar sobre el abdomen para avanzar hacia delante, e intentar gatear. No es obligado el gateo para ponerse de pie ni para iniciar la marcha.
- Puede comenzar a ponerse de pie, tomando un punto de apoyo y, aunque al principio suele caerse rápidamente, poco a poco comienza a mantener el equilibrio durante algunos segundos.

Durante los próximos meses continúa mejorando el equilibrio en las diferentes posiciones, sentado o de pie. Del mismo modo, mejora el paso de tumbado a sentado y de sentado a de pie.

La forma en la que el bebé empieza a caminar es muy variable, pudiendo reptar, gatear, rodar sobre sí mismo, desplazarse sobre las nalgas o lateralmente con un apoyo en los muebles. Algunos niños se ponen de pie y caminan sin pasar por ninguna de estas etapas.

Niño de 12 a 24 meses

Sobre los 12 meses:

- El aumento de la fuerza en las piernas y la capacidad para alternar la flexión y extensión favorece la evolución hacia la marcha autónoma. Al principio esta marcha es inestable, tratando fundamentalmente de mantener el equilibrio.

A los 15 meses:

- El niño ya puede caminar solo e incluso puede que suba o baje escaleras.
- También es capaz de agacharse para coger un objeto y ponerse de pie.

A los 18 meses:

- Suele subir escaleras ayudado de la mano.
- Corre de manera algo torpe, con las piernas separadas.
- Juega con un balón, dándole patadas.
- Intenta saltar sobre los dos pies y caminar hacia atrás.

A partir de los 24 meses:

- Su capacidad motora ha evolucionado mucho, pudiendo subir y bajar escaleras solo, cogido de una barandilla.
- La mejora de su equilibrio le ayuda a correr, saltar, bailar más deprisa y hacerlo de forma más estable.
- Puede girar sobre sí mismo y dar patadas al balón con más precisión.

En el tercer año de vida:

- Ya puede saltar sobre un pie y montar en triciclo.
- Corre sorteando obstáculos.
- Sube y baja escaleras solo, con un pie en cada escalón.

PRINCIPALES ADQUISICIONES:

- **Habilidad para sujetar la cabeza (sostén cefálico) en torno a los 3 meses.**
- **Habilidad para mantenerse sentado (sedestación) entre los 6 y 8 meses.**
- **Habilidad para ponerse en pie (bipedestación) hacia los 9-10 meses.**
- **Marcha entre los 12 y 18 meses.**

3.4.2. DESARROLLO MOTOR COORDINADO

Bebé de 0 a 6 meses

El **recién nacido** mantiene las manos completamente cerradas casi todo el tiempo. De forma refleja, hasta casi los 3 meses, cuando colocamos algo dentro de su mano abierta, cierra y aprieta su puño.

Al mes va disminuyendo la tendencia a tener las manos cerradas. De forma involuntaria puede alcanzar la boca con su mano. Con el paso de los días, las manos se mantienen frecuentemente abiertas.

A los **3 meses,** cuando colocamos un objeto en contacto con la mano cerrada, la abre, y lo retiene unos instantes. Comienza el interés por sus dedos y sus manos, las mira y puede llevárselas a la boca. Empieza a juntarlas y las acerca hacia los objetos.

Alrededor de los **5 meses** coge cosas con las dos manos, aún de forma imprecisa. Todavía tiene dificultad para coger los objetos próximos, pero finalmente es capaz de llevárselos a la boca.

Bebé de 6 a 12 meses

La capacidad de prensión mejora a los **6 y 7 meses**, utilizando cada vez más el dedo pulgar e índice para coger las cosas que le interesan. Puede que sepa utilizar un vaso para beber. Comienza a mantener un objeto en cada mano, lo pasa de una a otra y lo suelta cuando quiere. Inspecciona su entorno más cercano a través de sus manos, jugando con ellas y con sus pies.

A los **9 meses** puede hacer una pinza cada vez más perfecta utilizando los dedos pulgar e índice de la mano. Este último le sirve para inspeccionar los detalles de todos los objetos que alcanza así como para señalar aquello que le llama la atención. Puede ofrecer el objeto que sujeta en sus manos, sin llegar a darlo. Se divierte golpeando y lanzando los objetos. La coordinación visual y manual es fundamental para el desarrollo de las actividades manipulativas.

Niño de 12 a 36 meses

Con el tiempo, alrededor de los 12 meses:

- Perfecciona la oposición del pulgar e índice, lo cual hace que pueda comenzar a manejar cubos para hacer torres.

La mejora de la manipulación es continua, y entre los 15 y 18 meses:

- Observaremos cómo garabatea, cada vez con más control.
- Coge los cubiertos y bebe sujetando el vaso.
- Pasa las páginas de un libro.
- Se divierte explorando cajas.

- Las torres de cubos pueden llegar a una altura de 3 o 4 piezas.
- Colabora activamente cuando le desvestimos.

El niño de 24 meses:

- Ha mejorado la movilidad de su codo y muñeca, lo cual le permite entretenerse en tareas manipulativas.
- Puede hacer trazos más firmes en horizontal y vertical.
- Sus torres pueden ser ya de 6 u 8 cubos.
- Ha mejorado el manejo de los cubiertos y bebe del vaso sin derramar.
- Colabora en el aseo, lavando y secando su cara y sus manos, así como a la hora de vestirse.

A los 3 años:

- Garabatea sin salirse del papel.
- Construye torres de 10 cubos.
- Imita la construcción de puentes.
- Copia círculos, imita cruces (tras aprender a hacer trazos verticales y horizontales).
- En esta época es bueno favorecer los juegos que permitan ejercitar la destreza de sus dedos, copiar y recortar.

PRINCIPALES ADQUISICIONES:

- **Habilidad para abrir el puño entre los 2 y 3 meses.**
- **Habilidad para juntar las manos y coger un objeto entre los 4 y 6 meses.**
- **Habilidad para pasar objetos de una mano a otra y lanzarlos entre los 7 y 8 meses.**
- **Habilidad para realizar la pinza con los dedos pulgar e índice entre los 9 y 10 meses.**

3.4.3. DESARROLLO DEL LENGUAJE

El lenguaje es nuestro principal medio de comunicación. Los factores genéticos y ambientales influyen en su desarrollo. La evolución del lenguaje depende también del carácter del niño. Habrá niños que usarán cada palabra nueva según la vayan aprendiendo y otros que interiorizarán el vocabulario para expresarlo más tarde todo a la vez. Por todo esto debemos recordar de nuevo que **cada niño tiene su ritmo.**

Bebé de 0 a 6 meses

El bebé pequeño, además del lenguaje verbal, tiene otras formas de comunicarse, como riendo, gritando, con rabietas o extendiendo los brazos para que le cojan.

El primer esbozo de comunicación es el llanto del **recién nacido**, que le permite expresar sus problemas y necesidades.

El bebé de **entre 1 y 3 meses** ya emite algunas vocalizaciones, suspiros, bostezos, así como gritos diferenciados como reacción a necesidades básicas o sentimientos de placer (“aaa”, “eee”, “ajo”). Se comunica mejor cuando se interesan por él.

Entre los 4 y 6 meses ya usa consonantes (“m”, “b”), que une a las vocales, emite “laleos” (“la,la,la”) y balbucea. Mira con atención la boca de quien le habla porque le interesa mucho la voz humana.

Bebé de 6 a 12 meses

Poco a poco, **a partir de los 6 meses**, el bebé va a ir emitiendo sílabas bien diferenciadas (“ma”, “ba”, “la”, “pa”). Así comenzará después a juntarlas y a decir bisílabos, al principio sin identificarlos con su significado (“papa”, “tata”, “dada”, “mama”). Le gusta mucho el sonido de su voz y vocaliza cuando ve personas u objetos, como si quisiese contactar con ellos.

En este momento es experto en la comunicación no verbal, ya que a pesar de no decir casi palabras es capaz de expresar muchas cosas o de llamar a los

que le rodean. Puede decir “adiós” con la mano y mueve la cabeza para negar.

Alrededor de los 12 meses puede decir 2-3 palabras con significado (“papá”, “mamá”). Ya identifica su nombre y reacciona a él. Comprende órdenes sencillas como “toma”, “dame”, “mira”, así como el significado del “no”. También entiende alguna frase simple como “viene mamá” o “vamos a la calle”.

Bebé de 12 a 18 meses

Aparece la llamada “jerga infantil”, habla “a su manera”, y no parece importarle que nadie le entienda. El habla se acompaña de gestos, que cada vez son más elaborados. Amplía el vocabulario pudiendo llegar a decir entre 10 y 20 palabras a los 18 meses. Nombra alguna parte de su cuerpo, continúa la evolución de la comprensión, distingue “arriba-abajo”, “delante-detrás” y entiende órdenes cada vez más complejas.

Bebé de 18 a 24 meses

Durante este periodo mejora la comprensión del lenguaje. Escucha una historia mirando los dibujos y nombrando objetos. La mayoría ya construyen alguna frase uniendo 2 palabras y pueden llegar a utilizar hasta 100 palabras aproximadamente. Empieza a utilizar el “no” como negación y dice su nombre. Aproximadamente el 50 % de lo que dice puede entenderse.

En esta etapa puede haber niños que utilicen ya muchas palabras de forma correcta y otros con un lenguaje verbal muy escaso.

Entre 2 y 3 años

A esta edad, se desarrolla de forma muy importante el lenguaje, que expresa ya su pensamiento. Presenta un vocabulario aproximado de hasta 500 palabras y es capaz de construir frases de 3-4 palabras. Empieza a distinguir entre "uno y muchos" y a usar el plural, cambia el modo y los tiempos verbales. Comienza a reproducir canciones. Cuando habla de sí mismo, al principio suele usar su propio nombre; después ya dirá "yo" (implica que ha tomado conciencia de su identidad), "mi", "mío". Es la etapa del "por qué", "cómo", "dónde". Usa mucho el "no" para reafirmar su personalidad.

Hacia los 3 años, aproximadamente el 75 % del lenguaje es inteligible, hace múltiples preguntas, sabe alguna canción y entiende los cuentos. Cuando diga algo mal no hay que imitarle, sino repetírselo despacio y correctamente. Es habitual en esta edad encontrar múltiples errores de pronunciación que no deben entenderse como retraso o alteración sino como propios de su desarrollo.

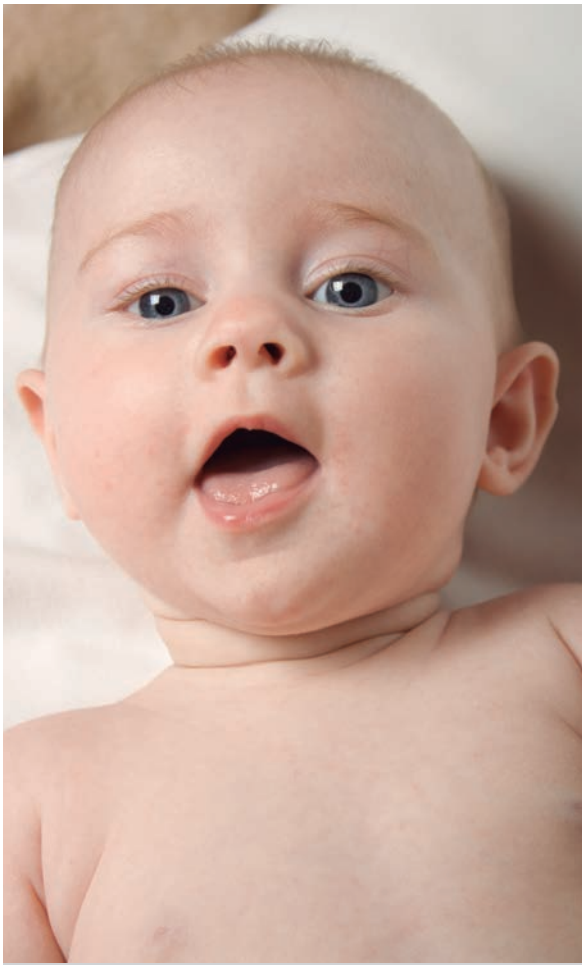
El retraso en la adquisición del lenguaje es un problema común en la infancia y hoy en día se le da mayor valor porque se tiende a exigir a los niños que hablen y escriban cada vez más temprano. Su pediatra valorará si el desarrollo del lenguaje es adecuado o si existe algún dato de riesgo.

Los niños que utilizan más de una lengua pueden mostrar leves retrasos en la adquisición del lenguaje, mezclar las palabras de una y otra lengua al inicio y no darse cuenta de que el resto de personas que les rodean no las entiende igual que ellos. La distinción clara entre las dos (o más) lenguas lleva su tiempo. Progresivamente irá separando el vocabulario y, más adelante, las normas gramaticales de una y otra, hasta adquirir correctamente los lenguajes que le rodean y acabar dominándolos a la perfección.

El tartamudeo fisiológico es frecuente entre los 2 y los 4 años. En la mayoría de los casos desaparecerá espontáneamente, normalmente en 2-3 meses. Podemos ayudar al niño para que hable mejor, pero sin presionarle y, por supuesto, sin enfadarnos con él. Esto último podría agravar la situación y hacer que tarde más en desaparecer. No debemos interrumpirle mientras habla, aunque cometa errores, ni completar sus frases. Debemos escucharle atentamente. No es bueno tampoco obligarle a practicar determinados sonidos o palabras que le hagan sentirse incómodo. Si su hijo tartamudea, reduzca un poco la velocidad a la que le habla y resérvese momentos relajados del día para conversar sobre cualquier tema que le interese, como lo que ha hecho durante la jornada o lo que le inspira un determinado cuento.

PRINCIPALES ADQUISICIONES:

- **Balbuceo entre los 4 y 6 meses.**
- **Bisílabos sin significado entre los 6 y 9 meses.**
- **Bisílabos con significado entre los 12 y 16 meses.**



3.4.4. DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES

La variabilidad en este campo también es muy amplia ya que influyen el temperamento individual, la maduración del sistema nervioso, los factores ambientales y los educacionales. En la relación del niño con el entorno también es muy importante el desarrollo del lenguaje, que ya se ha comentado en el apartado anterior.

Bebé de 0 a 6 meses

Tras el nacimiento, el recién nacido y sus padres comienzan a adaptarse a la nueva situación. El bebé está la mayor parte del tiempo dormido, salvo en los momentos en los que se alimenta. La alimentación juega un papel central en las primeras relaciones del niño con su madre. El contacto con el cuerpo materno le tranquiliza y es un elemento básico para el desarrollo del vínculo emocional.

Si llora, se suele calmar cuando lo cogen en brazos o le hablan con voz susurrante. A través del llanto se "relaciona" con los demás, expresando sus necesidades y asegurando su protección.

En torno al mes aparecerá la llamada sonrisa "mimética", cuando está cómodo o satisfecho, sin sentido de comunicación. Suele disfrutar cuando le bañan. Reacciona a la voz y a la cara de la madre y no le gusta que le estimulen demasiado.

Hacia los 2-3 meses pasa más tiempo despierto. Gracias al desarrollo de la visión y la audición establece una clara relación con quien le habla, presta atención, nos escucha, mueve sus manos abiertas y abre la boca queriendo hablar. Empieza a expresar sus sentimientos mediante gestos. Desarrolla la denominada "sonrisa social" (entre los 2 y los 4 meses), que ahora ya sí que es hacia la persona con la que está interaccionando (se ha comunicado con esa persona). Esto consolida el vínculo afectivo. Puede empezar a reírse a carcajadas. Le gusta estar acompañado y mira mucho las caras.

La continua evolución de su desarrollo le llevará a querer tocar o coger las cosas que le presentamos. Si el objeto desaparece aún no lo busca. La edad **entre los 4-6 meses** es de gran importancia en la socialización. Está contento si está rodeado de otras personas, incluso si son extraños. Todo le interesa. Ya está casi todo el tiempo despierto durante el día. Conoce muy bien a sus padres, diferenciando a los desconocidos, y los busca para sentirse seguro.

Cuando se acerca a los 6 meses quiere estar más incorporado para ver el ambiente que le rodea y sentirse "dentro" de él. Quiere formar parte del entorno, que se ha ampliado más allá de la figura de su madre. Reclama más atención e imita algunos sonidos como la tos para que riamos con él. Le gusta que le hablen y le enseñen juguetes, sobre todo si tienen colores vivos o si hacen ruido (sonajeros). Explora los objetos con las manos y la boca. Ya no se mira tanto las manos, sino los objetos que sujeta con ellas. También va tocando su cuerpo, comenzando a nacer el sentido del "yo".

Bebé de 6 a 12 meses

El bebé en este periodo se convierte en experto en la comunicación "no verbal". Se hace entender con muchos gestos y muestra muchas emociones. Puede diferenciar expresiones faciales o estados emocionales del adulto, y si le muestran alegría, él sonríe. Ya empieza a tener preferencias por algunas personas, especialmente por sus padres, y puede comenzar a extrañar. Además, reconoce a su madre como alguien independiente de él y reclama su presencia cuando se da cuenta de que está solo. No quiere perderla de vista aunque conviene que poco a poco aprenda a no depender continuamente de su presencia. Hay que aceptar que le cueste separarse de ella y darle tiempo para que se acostumbre.

Le encanta jugar con juguetes, le gusta tener uno en cada mano y tirarlo para que haga ruido. También le gusta mirarse al espejo, donde empieza a reconocer todo su cuerpo y a jugar con su imagen.

Hacia los **9-10 meses** comprende que los objetos siguen existiendo aunque él no los vea. Le gusta buscar objetos escondidos o esconderse él mismo. Juega al "cucu-tras", entendiendo que las cosas o personas pueden desaparecer para luego volver. Imita gestos graciosos y empieza a entender el

significado del “no”, aunque no suele hacer caso. Se queda quieto y atento cuando alguien dice su nombre.

Se inicia la “curiosidad”. Todo lo nuevo le va a empezar a llamar la atención, querrá explorarlo todo. Le encanta sacar objetos de sus recipientes. Inicia el juego de interrelación con otras personas, a quienes enseña sus juguetes preferidos. Le encanta jugar y que sus padres le cojan y lo demuestra con risas.

Se siente extraño ante los desconocidos como señal de la angustia de separación de sus progenitores. Hay que evitar dar un sentido negativo a esta ansiedad ante el extraño ya que no indica que el niño tenga un problema de sociabilidad, sino que ha desarrollado un adecuado vínculo afectivo con sus padres. No son aconsejables en este momento separaciones largas como el inicio de la guardería.

Poco a poco desarrollará su carácter y personalidad. Va comprendiendo que es una persona única y diferente.

Hacia el **año de edad** se interrelaciona muy bien a través de juegos. Le gusta que le ofrezcan objetos que se mueven (pelotas) y le encanta tirar cosas para que los demás se las recojan. También puede ofrecer objetos y al final negarse a darlos. Usa los objetos para su finalidad, por ejemplo el peine para peinarse. Suele decir “no” con la cabeza y “baila” cuando oye música. Puede empezar a tener momentos de ansiedad cuando no consigue lo que desea. Suele hacer ya gestos de “hola” y “adiós”.

Bebé de 12 a 18 meses

- Socialmente es capaz de abrazar, de aceptar o de rechazar.
- La evolución del lenguaje favorecerá el desarrollo de actividades conjuntas con el adulto, que sigue siendo la parte más importante para él en los juegos. Todavía participa poco en juegos con otros niños.
- Comienza el interés por pequeñas construcciones y por juegos de encajar piezas, y ayuda a recoger cuando se le pide.
- Le encanta practicar las habilidades motoras que ha aprendido (subir y bajar escaleras, agacharse y levantarse, arrodillarse).
- **Al final de los 18 meses** ya tiene la noción de que el cuerpo es un todo unido y se inicia el sentido de independencia. Además, el desarrollo de la marcha le permite una exploración más completa del entorno que le rodea. Le cuesta aceptar los límites y quiere comer solo.

- A esta edad, señala con el índice aquello que le interesa, colabora al vestirse, entrega objetos cuando se le pide y da besos y abrazos a sus padres. Le gusta jugar a que le persiguen y buscar un escondite.

Lactante de 18 a 24 meses

- Es un gran imitador de las acciones del adulto, por ejemplo, de las tareas domésticas.
- Pasa las hojas de los cuentos, señala y nombra muchos de los objetos que va viendo en ellos.
- Conoce las partes de su cuerpo y las señala.
- Le atrae la relación con los demás y estar con otros niños; suele jugar a lo mismo que ellos, imitándolos, cerca pero aparte.
- Ya empieza a dar sentido a sus juegos, a dar a los juguetes el uso adecuado, por ejemplo abriga o da de comer a los muñecos, juega a las "comiditas" con platos y vasos de plástico.
- Se reconoce en el espejo y la aparición de palabras como "yo" o "niño" o "nene" indica que empieza a tomar conciencia de sí mismo como una persona distinta.

Entre 2 y 3 años

Posee una imagen claramente definida del "yo" y progresa en su autonomía. La utilización del "no" es una manera de autoafirmarse ("yo puedo decidir"). Comienza la etapa de "oposicionismo" y rebeldía, así como de rabietas ante mínimas frustraciones. Participa en las conversaciones familiares y pregunta todo. Disminuye la ansiedad de separación y aumenta el interés por otros niños, a los que busca para jugar. Aparece el juego cooperativo, intercambiando ideas y haciendo cada uno "un papel". Le encanta, por ejemplo, el "pilla-pilla".

3.4.5. DESARROLLO VISUAL

Bebé de 0 a 6 meses

Muchas personas creen que el recién nacido no tiene capacidad visual, pero esto es inexacto. El bebé sí puede ver, lo que ocurre es que aún no tiene la capacidad para enfocar a diferentes distancias. El recién nacido fija la mirada en rostros cercanos. Aún no cierra los ojos cuando se le acerca un objeto de forma rápida pero sí responde a los cambios de luz. Poco a poco inicia el seguimiento visual, aunque al principio es discontinuo, y se empieza a fijar en la cara de su madre.

En torno al mes de vida el bebé ya fija la mirada y es capaz de seguir algún objeto grande un ángulo de 90 grados. Le atrae más el movimiento de las personas que el movimiento de los objetos. Lo que más le interesa es el rostro humano (sobre todo el de su madre) y la luz.

El seguimiento ocular horizontal va progresando, llegando a alcanzar los 180 grados **hacia los 3 meses.** Además inicia el seguimiento arriba y abajo. Comienza a mirar sus propias manos y posteriormente los juguetes que sujeta con ellas.

Entre los 3 y 4 meses ya cierra ambos párpados cuando se le acerca algo de forma rápida a los ojos. Es importante consultar al pediatra si el niño no lo realiza pasada esta edad. A esta edad puede también distinguir colores y empieza a enfocar a distintas distancias.

Hacia los 6 meses se pone contento cuando le muestran un objeto que le produce placer ("el bibe", por ejemplo), reconoce a cierta distancia a una persona o a un objeto y es capaz de seguirlo también en sentido vertical, comenzando a buscar objetos caídos. Si en torno a esta edad usted tiene dudas de si su hijo ve bien debe consultar con su pediatra.

Bebé de 6 a 12 meses

A los 6 meses el niño ya percibe la constancia de un objeto, es decir, entiende que sigue estando aunque no lo vea. Esto se estimula con algunos juegos como el "cucu-tras". Hasta ahora si estaba

jugando con algo y se le caía, se olvidaba rápido de ello si dejaba de verlo, pero a partir de ahora va a persistir en su búsqueda.

Bebé de 18 a 36 meses

Hacia los 12 meses ya distingue una cara conocida de una extraña y sigue objetos en rápido movimiento. Entre esta edad y los 18 meses la visión se hace tridimensional y perfecciona la discriminación de los colores. **En torno a los 18 meses** ya reconoce imágenes, y le encanta mirarlas en los cuentos. Irá reconociendo familiares en una foto y cada vez irá disfrutando mucho más mirando libros.

Si usted no está seguro de que su hijo vea bien, debe consultar con su pediatra.

PRINCIPALES ADQUISICIONES:

- **Fijación de la mirada alrededor del mes.**
- **Seguimiento horizontal de los objetos alrededor de los 3 meses.**
- **Reflejo de amenaza alrededor de los 4 meses.**

3.4.6. DESARROLLO AUDITIVO

En el recién nacido, la información sensorial se sitúa en la boca, las manos y los oídos. **Entre el nacimiento y las 6 semanas de vida,** el bebé percibe los sonidos y es muy sensible a su intensidad aunque no los localiza. Abre los ojos ante los ruidos moderados o intensos, parpadea, se agita o se despierta. La voz de sus padres le tranquiliza cuando está llorando.

Posteriormente va a aprender a seguir los sonidos con la cabeza. Prestará atención a lo que le decimos, sobre todo si lo hacemos suavemente y reaccionará a la música.

Hacia los 4 meses la agudeza auditiva ya está bien adquirida y busca con la mirada el origen de un sonido que está dentro de su campo visual, primero sólo en el plano horizontal.

En torno a los 6-8 meses empieza a localizar sonidos a distinto nivel que su cabeza, primero, por debajo y más adelante, también por arriba, dirigiéndole la mirada. Le gustan los juguetes musicales y el sonido de su voz.

Hacia el año reconoce una melodía y las emociones de los que le hablan por el tono en que lo hacen.

Progresivamente irá reconociendo todos los ruidos familiares, escuchando y entendiendo pequeños cuentos.

PRINCIPALES ADQUISICIONES EN EL DESARROLLO AUDITIVO:

- **Reacción a los ruidos alrededor del mes.**
- **Orientación hacia los sonidos alrededor de los 4 meses.**

3.4.7. ¿CÓMO ESTIMULAR EL DESARROLLO?

Todo juego en el niño debe ser educativo, no sólo los que llevan etiqueta acreditándolo. Es a través de lo que denominamos "juego" cuando un niño aprende y se desarrolla, además de comunicarse con quienes le rodean. Jugar con él es tan importante como hablarle o cuidar su salud y alimentación.

En los primeros años del niño hay determinadas acciones y juegos que pueden favorecer su aprendizaje, estimular su curiosidad y desarrollar sus habilidades psicomotoras. Una adecuada y correcta estimulación tiene un beneficio claro, tanto desde el punto de vista físico, como intelectual, social y emocional.

Todo debe realizarse como si fuese un juego y no forzar al niño. Unos pocos minutos al día pueden ser suficientes para practicar alguna de las actividades y juegos que desarrollamos a continuación.

En los primeros 3 meses

Tumbado boca arriba podemos enseñarle algún juguete de vivos colores y moverlo de un lado a otro. Hablarle mirándole a la cara, cantarle, sonreírle, acariciarle la cara y la comisura de los labios, producir diferentes sonidos cerca de él. Introducir el dedo en la palma de su mano, moverle los brazos o el cuerpo de un lado hacia otro, estirarle las piernas sujetándole los tobillos.

Tumbado boca abajo también podemos mostrarle objetos por delante de la cabeza y elevarlos cuando fije la mirada en ellos.

Entre los 3 y 6 meses

Podemos repetir acciones realizadas en la etapa anterior. Además, darle besos con las manos, sacar y meter la lengua mientras le miramos y hacer ruido con los labios. Coger sus manos y juntárselas hasta que se toquen. Tirar con suavidad de sus antebrazos para llevarle a posición de sentado. Aplicar alguna pequeña presión en las plantas de sus pies para que haga esfuerzo por extender las piernas. Ponerle en la mano algún objeto y quitárselo cuando lo coja.

Entre los 6 y 9 meses

Podemos enseñarle objetos con colores vivos o sonoros para que los siga con la vista, acercárselos y alejárselos, escondérselos... Enseñarle un espejo para que se mire mientras repetimos su nombre; taparle la cara con un pañuelo y esperar a que se lo quite llamándole por su nombre; hablarle gesticulando y repetirle sílabas; contar lo que vamos haciendo en cada momento con lenguaje claro; darle objetos en las dos manos y animarle a que los choque; enseñarle los pies poniéndole calcetines llamativos; estimular los giros del cuerpo tumbándonos a su lado y llamándole.

Entre los 9 y 12 meses

Es muy útil jugar al "cucu-tras". Ofrecerle cuentos con ilustraciones de animales imitando sus sonidos; favorecer que toque diferentes texturas; jugar a cambiar expresiones de la cara, hacer ruidos con la lengua o los labios, dar besos, soplar; envolver juguetes en papeles sonoros y esperar a que los desenvuelva; ofrecerle cubos de diferentes tamaños para que los saque y los meta; acercarle los pies a la boca; ayudarle a que se ponga de pie y a andar cogiéndolo de las axilas o de las manos.

Entre los 12 y 15 meses

A esta edad debemos ayudarle a caminar y a subir escaleras cogiéndole de la mano. Enseñarle a meter objetos en recipientes, hacer torres con cubos, trazos en papeles, pasar páginas, sujetar la cuchara, beber en vaso, abrir y cerrar recipientes o encajar objetos. Podemos enseñarle las partes del cuerpo, y también a reconocerse en una fotografía o en el espejo. Debemos pedirle que colabore para desvestirse, comer solo o bien fomentar la masticación. Podemos pedirle que haga pequeños recados de traer y llevar cosas.

A los 18 meses

Podemos ayudarle a subir y a bajar escaleras, y a dar patadas a un balón. Hacer construcciones e imitar trazos. Señalar dibujos conocidos en los libros (estímulo muy importante para el desarrollo del lenguaje), hablarle con frases claras y sencillas, esconder cosas por la casa y luego encontrarlas...

PUNTOS A CONSIDERAR:

- Los signos de alerta (ausencia o retraso en la adquisición de habilidades) pueden hacernos sospechar que hay algún problema en el desarrollo. Aunque no presuponen ninguna alteración, obligan a un seguimiento más estrecho. En algunas ocasiones sólo hay alteración en un área.
- Como ya se comentó al inicio de este capítulo, cada niño tiene su propio ritmo en el desarrollo psicomotor. Hay que respetar el desarrollo personal de cada uno y recordar que los márgenes de normalidad son muy amplios.
- Los padres suelen ser los primeros en sospechar la presencia de algún trastorno y por eso, ante cualquier duda, conviene consultar al pediatra.
- Existen variaciones que se salen de la normalidad pero que no se consideran patológicas, como adquirir la marcha sin pasar por fase de gateo, el desplazamiento sentado sobre las nalgas o apoyando una rodilla, la marcha de puntillas en las primeras semanas tras el inicio de la marcha, el retraso en saltar sobre un pie o el tartamudeo fisiológico.
- Hay que tener en cuenta también, dentro de los signos de alerta, cualquier pérdida persistente de habilidades ya adquiridas, aunque sin olvidar que son frecuentes las regresiones transitorias, por ejemplo tras el nacimiento de un hermano (se vuelven a comportar "como bebés"). Por último, si el niño muestra escaso interés por el entorno, también debemos consultar al pediatra, quien valorará si existe algún problema.

3.5. DESARROLLO FÍSICO

Jaime Dalmau Serra • Pediatra. Jefe de Sección Hospital Infantil La Fe Valencia. Ex coordinador Grupo de Nutrición de la AEP
Belén Ferrer Lorente • Pediatra. Hospital Infantil La Fe Valencia

Desde el momento de la fecundación hasta alcanzar la madurez sexual, el niño pasa por un proceso de crecimiento y desarrollo físico que es **común y a la vez distinto para cada persona.**

El crecimiento implica un aumento en el número de células que conforman el cuerpo, pero también un proceso de desarrollo con la transformación y maduración de esas células en órganos y aparatos que conforman el cuerpo humano.

La mayor parte de este proceso de crecimiento y desarrollo físico ocurre en la infancia, desde el nacimiento hasta el final de la adolescencia y es por ello que **son los pediatras los responsables de su control y seguimiento.**

La evaluación del crecimiento es importante porque crecer es la característica del niño sano y el enlentecimiento o la detención de este proceso proporcionan una alerta temprana sobre lo que le ocurre al niño. Pero **es un proceso no siempre constante** y el niño tiene etapas en las que crece mucho y otras en las que parece no crecer nada. Es importante transmitir a los padres que este fenómeno es normal y ocurre en distintos momentos de la infancia sin que exista ningún problema.

Cada niño es diferente y aunque todos pasan por las mismas etapas, cada uno lo hace de una manera y por lo tanto las comparaciones entre hermanos deben contemplarse desde este punto de vista.

Cuando hablamos de crecimiento muchas veces utilizamos esta palabra como sinónimo de talla y nos referimos sólo al crecimiento longitudinal, sin embargo el concepto de crecimiento es más amplio e incluye el desarrollo físico en su conjunto: el peso, la longitud o la estatura y el crecimiento de la cabeza.

3.5.1. REGULACIÓN DEL CRECIMIENTO

El crecimiento es un proceso muy complejo que está determinado por una serie de factores genéticos y ambientales.

Factores genéticos

El potencial de crecimiento, lo que un niño debería crecer si se dieran las condiciones ideales, viene determinado por los genes. Esto está demostrado en los estudios de gemelos en los que aquellos que son genéticamente idénticos, se crían juntos y en las mismas condiciones, las diferencias de talla son mínimas, mientras que en los mellizos y entre hermanos no gemelos la diferencia de talla puede estar en un rango de 16 cm. Sin embargo al final, el desarrollo es el resultado del potencial genético modificado por otros factores como pueden ser: una buena alimentación, tener o no una enfermedad crónica o vivir en una familia feliz o una desestructurada. Estos factores actuarán en sentido positivo o negativo permitiendo o no que el niño desarrolle todo su potencial genético.

La información que contienen los genes se traduce en factores hormonales y de crecimiento que son los responsables de actuar sobre las células. Es decir, convierten las instrucciones de los genes en órdenes que transforman el organismo guiando su crecimiento y desarrollo.

Factores hormonales y factores de crecimiento

Los factores hormonales y de crecimiento los resumimos en el cuadro adjunto **(Tabla 1)**.

La hormona de crecimiento (GH) es fundamental en el crecimiento a partir de los 6 meses, por ello encontramos niños que carecen de GH y cuyo desarrollo puede ser normal durante los primeros meses de vida. Actúa de forma conjunta con otros factores de crecimiento. Interviene en la fabricación de proteínas y grasas destinadas al desarrollo de los músculos, los huesos y los órganos y actúa sobre el cartílago de crecimiento siendo la responsable del crecimiento lineal o lo que es lo mismo, la responsable de que el niño crezca en altura.

Factores ambientales

La nutrición es el principal factor ambiental que influye sobre el crecimiento, pero también la situación socioeconómica de la familia y el nivel educacional especialmente materno pueden influir sobre el crecimiento del niño e influir negativamente cuanto más deterioradas sean esas condiciones familiares.

La nutrición influye directamente en cómo se expresan los genes. Es imprescindible una alimentación y nutrición adecuada para que los factores hormonales y de crecimiento actúen con normalidad. Es necesario que en el interior de la célula existan proteínas, hidratos de carbono y grasas. Por lo tanto, la malnutrición conlleva importantes consecuencias en el crecimiento y si se produce durante el periodo fetal y/o los tres primeros años de vida, esas consecuencias van a ser difícilmente recuperables.

En los países desarrollados la falta de alimentos es una situación excepcional y la mayoría de los **fallos de crecimientos son secundarios a las enfermedades crónicas, ingesta insuficiente de algunos alimentos o dietas inadecuadas en la composición** (vegetarianos estrictos, dietas de adelgazamiento…).

En una primera etapa el niño gana peso a un ritmo inferior al que le corresponde por su edad, posteriormente deja de ganar peso y por último, si no se corrige la causa de la malnutrición, consume la grasa y la masa muscular para conseguir energía y comienza a perder peso. A la vez el crecimiento se va enlenteciendo progresivamente hasta detenerse.

Sin embargo, **en nuestro medio es frecuente** encontrar niños delgados con escasas reservas, malos comedores, que consiguen un equilibrio entre una ingesta insuficiente y sus necesidades energéticas y continúan creciendo en los límites inferiores a la normalidad. En algunos casos son niños en **situación de malnutrición subclínica**

TABLA 1

FACTORES QUE REGULAN EL CRECIMIENTO:	
Factores genéticos	
Factores hormonales y de crecimiento	Hormona de crecimiento Factores de crecimiento *insulin-like* Hormonas tiroideas Insulina Hormonas sexuales Factores peptídicos de crecimiento
Factores ambientales	Nutrición Enfermedades crónicas Dietas inadecuadas Factores socioeconómicos Deprivación emocional

sin síntomas importantes ni afectación del ritmo de crecimiento, los cuales cuando se realiza un tratamiento nutricional y se adecúa la alimentación, mejoran y recuperan el ritmo de crecimiento alcanzando la talla y el peso que deberían haber tenido por sus características genéticas.

Las **enfermedades crónicas pueden alterar el normal crecimiento** del niño por diferentes mecanismos. Se produce un aumento de las necesidades y generalmente hay una disminución de la ingesta, además la propia enfermedad puede interferir en la absorción de los nutrientes. Dependiendo de la edad del niño cuando sufre la enfermedad y de la gravedad y duración de la misma, la afectación será más o menos intensa y la recuperación más o menos fácil y completa.

También se ha demostrado que tanto un ambiente social desfavorable o las situaciones de malos tratos, como situaciones de falta de cariño (deprivación emocional) pueden dar lugar a retrasos en el crecimiento.

En los últimos años en los países desarrollados se ha observado una tendencia al aumento de la talla de la población general y la presentación más temprana de la pubertad. Estos fenómenos se han atribuido a la mejoría nutricional y de la salud en general.

Fases del crecimiento

Conocer las fases de crecimiento que atraviesa el niño y sus características permite detectar rápidamente si existe algún problema.

La curva de crecimiento es el resultado de la suma de cuatro fases:

- El crecimiento del lactante
- La edad preescolar entre 3 y 5 años
- El crecimiento de la edad escolar
- El crecimiento de la pubertad

El lactante crece rápidamente durante los primeros seis meses y a menor ritmo hasta los dos años en que se produce una desaceleración de la velocidad de crecimiento. Generalmente al final del segundo año el niño habrá doblado su talla y multiplicado por cuatro su peso. Por ejemplo si nació con 3 kg y 50 cm, pesará 12-13 kg y medirá sobre 80-90 cm.

Después de los dos años los niños suelen mantenerse en el mismo percentil de crecimiento. Crecen como siguiendo un canal a menos que exista alguna incidencia adversa.

Entre los 3 y los 5 años la velocidad de crecimiento se lentifica pero se mantiene uniforme, crecen principalmente las piernas, y el niño se hace más esbelto. Este ritmo lento continúa hasta más o menos los 10 años en las niñas y los 12 en los niños, en que la velocidad de crecimiento alcanza su ritmo más lento, de 4-5 cm al año, como antesala del estirón puberal. En este momento encontramos "más gordito" al niño porque ha crecido menos en relación con el peso que ha ganado. Mientras tanto el perímetro de la cabeza crece hasta los 2-3 años y luego presenta pequeños incrementos de 3-5 cm desde los 3 años hasta la pubertad.

La fase puberal se caracteriza por la aceleración de la velocidad de crecimiento y la aparición y maduración de las características sexuales. Hay una aceleración progresiva con un pico máximo y posteriormente el crecimiento se desacelera hasta alcanzar la talla adulta. Las niñas suelen realizar el estirón puberal aproximadamente 18-24 meses antes que los varones y en éstos el pico de crecimiento suele ser más intenso. De forma similar a la talla aumenta el peso, siendo el aumento de la masa muscular mayor en los niños y de la masa grasa mayor en las niñas.

La velocidad de crecimiento

La velocidad de crecimiento es el incremento de la talla por unidad de tiempo. Se expresa en cm/año. Puede experimentar variaciones que son normales, pero que a los padres les pueden alarmar.

Es importante conocer que **hay variaciones cíclicas** en periodos de aproximadamente dos años en los que **la velocidad de crecimiento aumenta o se enlentece.** Además existen varia-

ciones estacionales y se crece menos en los meses invernales.

La información de los genes también determina la velocidad y el momento en que se crece. Así los hijos de padres con tallas bajas crecen con una velocidad de crecimiento media por debajo del percentil 50, mientras que los de padres altos lo hacen por encima. Es decir, que la velocidad de crecimiento, siendo normal en los dos casos, será menor en los niños bajos que en los niños que van a ser altos, y estas órdenes están determinadas genéticamente.

Al nacer, el crecimiento depende de la nutrición materna y de factores placentarios. Después estos factores pierden fuerza y el crecimiento durante los dos primeros años puede variar dependiendo de las características genéticas. Por ejemplo, los niños nacidos con bajo peso por problemas placentarios o que nacen más grandes de lo que deberían (por ejemplo los hijos de madre diabética) suelen tener los primeros meses un ritmo de crecimiento muy alto o más bajo que les hace incorporarse al percentil de crecimiento que habrían tenido por las características genéticas de sus padres si no hubiera habido ningún problema en el embarazo y de esta forma pueden cruzar hasta dos percentiles en sentido ascendente o descendente. Por ello es importante saber que **cambiar de percentil en sentido ascendente o descendente durante los dos primeros años puede ser fisiológico.**

Después de los dos años, el crecimiento permanece estable y generalmente un niño sano seguirá creciendo de forma más o menos constante como si fuera por un carril.

Valoración del crecimiento: las curvas de crecimiento

Como hemos dicho al comienzo del capítulo el crecimiento es una característica diferencial de la infancia y el hecho de **que un niño crezca y gane peso adecuadamente es un indicador idóneo de buena salud.** Para valorar el crecimiento se miden el peso, la talla o estatura y la velocidad de

crecimiento; las medidas aisladas no tienen ningún valor y por ello utilizamos los percentiles y las curvas de crecimiento.

El peso y la talla nos dan una idea del crecimiento en conjunto del organismo; la medida de la cabeza o la medida de los pliegues nos dan información sobre otros aspectos del crecimiento como son el crecimiento del cerebro o el tejido graso que existe debajo de la piel.

El **peso valora los cambios en la masa del cuerpo** que está formada por: la masa muscular o masa magra, la masa grasa, el esqueleto o masa esquelética, lo que pesan los órganos internos o masa orgánica y el agua corporal total. Cualquier cambio en alguno de los componentes dará lugar a cambios en el peso. Así los niños con deshidratación aguda por vómitos o diarrea tienen una pérdida de peso debida a la pérdida de parte del agua corporal; pero esta pérdida de agua se recupera rápidamente con el tratamiento y no afecta al estado nutricional.

Para pesar a los niños menores de 2 años se utiliza generalmente una balanza pesabebés y se pueden pesar sentados o acostados. Los niños deben pesarse desnudos y si es posible a la misma hora.

La medida de la longitud refleja el crecimiento del esqueleto. Los dos primeros años es preferible medir al niño acostado. Después de los dos años se mide de pie y así se obtiene la talla. Es curioso conocer que la altura puede variar de 0,5 a 1 cm a lo largo del día. Esa variación en la talla se produce por la compresión de los discos intervertebrales que se produce progresivamente cuando el niño se levanta por la mañana.

Es conveniente que las condiciones de medida sean siempre las mismas tanto para el peso como para la talla y si es posible que la medida la realice la misma persona para evitar variaciones debidas a las condiciones externas (diferentes pesos, horarios o persona que mide con distinta técnica).

También es importante la medida del perímetro cefálico, sobre todo hasta los 2-3 años porque después el aumento del tamaño de la cabeza es mínimo.

Estos valores aislados no tienen ningún valor ya que para una misma edad existe gran variabilidad entre individuos de una población y grandes diferencias entre diferentes poblaciones. Existen grandes diferencias de medidas entre razas o en función de las condiciones sociosanitarias de las poblaciones. El peso medio para una determinada edad no será el mismo si se está midiendo a un niño holandés o a un niño mauritano, porque tanto su potencial genético como las condiciones en que se desarrollen no van a ser los mismos. **Para conseguir tener en cuenta esa variabilidad de la población utilizamos las curvas de crecimiento** y es recomendable que cada población de características similares tenga las propias.

Las curvas de crecimiento se construyen tomando medidas a un gran número de niños de diferentes edades y de características similares. Esas medidas de peso o de talla se agrupan siguiendo unas curvas que se llaman **percentiles.** En el eje horizontal de estas curvas se representa la edad del niño y en el eje vertical el peso, la talla o la medida que estemos tomando. Al cruzar las líneas perpendiculares de ambos datos (la edad y la medida) se obtiene un punto que define la situación del niño.

Se deben utilizar curvas de crecimiento apropiadas para la población en la que trabajamos para que las medidas sean representativas de la misma y se puedan aplicar al niño que se está midiendo. Sin embargo, es difícil disponer de curvas para todos los tipos de poblaciones porque su confección es difícil y costosa (deben incluir un número suficiente de niños de cada edad, de todos los niveles socioeconómicos, etc.). En España se dispone de las de Hernández y col. (1988) y de Carrascosa y col. (2008) pero cada país debe tener las suyas propias. En cualquier caso, como lo importante no es el percentil en el que está un niño en un momento dado sino que los incrementos de peso y talla se mantengan dentro de un rango adecuado, el que se utilice una u otra gráfica de crecimiento no es determinante.

El percentil 50 de un grupo de niños es aquel en el que por debajo se encuentran la mitad de los pesos o tallas de la muestra de niños que hemos

medido, y por encima se encuentran la otra mitad. Así, si vuestro hijo tiene 3 años y pesa 13,5 kg se encuentra en el percentil 25 para su edad y, por lo tanto, de cada 100 niños 25 pesarán menos que él y 75 pesarán más. Pero es tan normal para los 3 años tener un peso que se encuentra en el percentil 25 como estar en el percentil 75.

De nuevo la medida aislada del peso no nos sirve para valorar el crecimiento porque no es igual tener un peso en el percentil 25 y una talla en el percentil 90 que tener un peso y una talla en el percentil 90. El primer niño será un niño muy delgado y el segundo será bastante más corpulento teniendo ambos la misma talla.

Más importante aún que una medida aislada es trasladar a estas gráficas las medidas de peso y talla a lo largo del tiempo. Trazar la línea que une estos puntos nos informa exactamente de cuál es el patrón de crecimiento del niño, con qué velocidad crece y nos permite detectar si existe algún problema que se refleja sobre el peso y/o la talla.

RESUMEN:

- **El niño pasa por un proceso de crecimiento y desarrollo físico que es común y a la vez distinto para cada persona.**
- **El crecimiento es un proceso muy complejo que está determinado por una serie de factores genéticos y ambientales.**
- **En los países desarrollados la falta de alimentos es una situación excepcional y la mayoría de los fallos de crecimientos son secundarios a las enfermedades crónicas o dietas inadecuadas en la composición.**
- **El lactante crece rápidamente durante los primeros seis meses y algo más lentamente hasta los dos años, que es cuando se produce una desaceleración de la velocidad de crecimiento. Entre los 3 y los 5 años la velocidad de crecimiento se lentifica pero se mantiene uniforme hasta llegar a la fase puberal que se caracteriza por la aceleración de la velocidad de crecimiento y la aparición y maduración de las características sexuales. Hay una aceleración progresiva con un pico máximo y posteriormente el crecimiento se desacelera hasta alcanzar la talla adulta.**
- **Reflejar los pesos y tallas en las curvas y trazar la línea que une estos puntos nos informa exactamente de cuál es el patrón de crecimiento del niño, con qué velocidad crece y nos permite detectar si existe algún problema que se refleja sobre el peso y/o la talla.**
- **Es importante conocer que cambiar de percentil en sentido ascendente o descendente durante los dos primeros años puede ser fisiológico.**
- **Los pediatras son los responsables del control del crecimiento.**

3.6. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES INFANTILES
(Lesiones infantiles no intencionadas)

Jordi Pou i Fernández • Pediatra Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. Ex coordinador del Comité de Seguridad y Prevención de Lesiones Infantiles de la AEP

Las lesiones no intencionadas son de gran importancia en la edad pediátrica por tres razones básicas:

- Son la primera causa de muerte en niños de 1 a 3 años.
- En muchas ocasiones requieren asistencia hospitalaria.
- Representan un enorme coste económico y social, ya que cabe la posibilidad de que queden secuelas.

Además son previsibles y por tanto prevenibles. Como padres, debéis ser conscientes de que vuestra actuación frente a las lesiones puede evitar un altísimo porcentaje de ellas. Es por esta razón que nosotros preferimos hablar de lesiones y no de accidentes porque a diferencia de los accidentes nosotros podemos evitar la aparición de las lesiones.

Además, puesto que el niño interactúa con el medio, esté donde esté, las lesiones pueden producirse en el hogar pero también fuera del mismo. La importancia de las lesiones que se producen en el hogar reside en que su previsión depende sobre todo de nosotros.

Los accidentes pueden ser diferentes dependiendo de la edad del niño y el lugar en el que se encuentre. Hay accidentes propios de los niños pequeños, como por ejemplo las intoxicaciones, mientras que otros son más propios de edades mayores, como por ejemplo las lesiones por falta de previsión en el deporte.

3.6.1. CAÍDAS

Las caídas representan el accidente más frecuente de todos aunque la mayoría de las veces con pocas consecuencias. Cuando el niño es capaz de encaramarse y de subirse a lugares más altos las consecuencias pueden ser peores. Esto es así porque la principal consecuencia y la más peligrosa es la presencia de un golpe en la cabeza. La caída puede dar lugar a una contusión, a una herida, o incluso a una fractura en una pierna o en un brazo, pero en la cabeza pueden tener como consecuencia una hemorragia interna con el consiguiente riesgo que representa.

El lugar y el tipo de caída dependen sobre todo de las habilidades del pequeño y de los riesgos añadidos. No es lo mismo una caída desde la propia altura por un tropezón que esta misma caída si el niño lleva en la mano un objeto que puede clavarse o si puede encaramarse y acceder a una ventana o balcón. Por ejemplo un niño puede caerse corriendo por la casa y golpearse, pero si además lleva un tenedor en la mano puede clavárselo. La altura desde la que cae tiene una relación directa con las consecuencias. Las caídas verticales desde alturas superiores a 1,50 metros tienen más posibilidades de lesión interna que las que se producen desde alturas menores.

Causas de las caídas

De 0 años hasta que anda solo:

Son frecuentes las caídas que se producen desde el cambiador, la cama o cualquier lugar alto en el que se deje solo al niño. Los padres debéis tener

presente que a partir de cierta edad, habitualmente alrededor de los 6 meses, y algunos incluso antes, el niño es capaz de darse la vuelta solo y por tanto de caer. Es importante que nunca dejéis al niño solo, sin sujeción, ni siquiera unos segundos.

En muchas ocasiones llevamos al pequeño en la hamaca o en la sillita sin haberlo sujetado debidamente. Cualquier falso movimiento nuestro, tropezón o inclinación no calculada puede provocar la caída del niño.

Es peligroso jugar con el niño tirándolo hacia arriba para recogerlo luego. Si se cae desde nuestros brazos el riesgo es alto ya que la altura es considerable.

Si lleváis al niño al supermercado, debéis llevarlo en la silla que el carro de la compra tiene con esta finalidad. Llevar al niño de pie y suelto es causa frecuente de caída.

Los andadores también pueden ser peligrosos y no son recomendables. Por un lado permiten que el niño haga cosas para las que no está preparado y alcance lugares no destinados a él. Además, la estabilidad de los andadores, sobre todo en lugares con desniveles, es precaria y puede provocar la caída del niño. En estos casos la cabeza recibe el golpe ya que el niño no está preparado para protegerse.

Desde que anda hasta los tres años:

Las caídas más frecuentes son las de su propia altura como consecuencia de un resbalón o de haber tropezado.

Las escaleras no protegidas también pueden ser causa de caídas muy peligrosas, con consecuencias a nivel de la cabeza pero también del resto del cuerpo. Lo mismo pasa en las casas con muchos desniveles.

A esta edad el niño ya tiene habilidad para trepar y subirse a cualquier sitio que le sea accesible (cama, sofá, mesita, etc.) y entonces el golpe puede producirse desde una cierta altura, hecho que aumenta el riesgo de lesión.

Es muy importante llevar al niño siempre sujeto en las sillitas, hamacas, en el coche etc., pues las caídas que se producen como consecuencia de no vigilar este hecho son muy habituales.

A esta edad los andadores siguen siendo peligrosos.

Cómo prevenir las caídas. Recomendaciones:

- No dejéis a los niños sin vigilancia sobre sillas, camas, sofás, cambiadores, mesas, etc.
- Cambiad los pañales del niño en un sitio seguro.
- En la cuna la cabeza no ha de caber entre los barrotes. Aseguraos de que tanto la cuna como el cochecito, la sillita del coche y la mochila portabebés cumplen con las medidas de seguridad establecidas por los organismos pertinentes. Podéis consultar el capítulo 4.7. para obtener más información.
- Tened cuidado cuando llevéis al niño en brazos. No juguéis con él lanzándolo hacia arriba.
- Poned protección en las camas y literas. En este último caso, los pequeños deben estar en la parte baja.
- Poned protección (barreras) en las escaleras (en ambos extremos) y mantenedlas siempre cerradas.
- Proteged las ventanas con rejas de seguridad.
- Proteged los balcones con puertas de seguridad.
- No pongáis sillas, sofás, mesas u otro mobiliario en el que el niño pueda subirse debajo de las ventanas. Si es necesario, aseguraos de que no puede abrir la ventana.
- Colocad dispositivos de bloqueo o limitación de apertura en balcones y ventanas.
- Evitad las superficies resbaladizas (alfombras, suelo de la bañera, etc.)
- En el supermercado, utilizad las sillas destinadas a los niños y evitad que el niño ande suelto.

- Proteged los cantos de los muebles con bordes agudos para que el niño no corra el riesgo de hacerse daño.
- En el jardín, patio o terraza colocad en el suelo una superficie absorbente de impacto en los lugares destinados a jugar (tobogán, columpios, etc.).

¿Qué hacer?

- Si se ha dado un golpe, ponedle algo frío donde se haya golpeado, como por ejemplo hielo. Disminuirá el dolor y evitará que se forme un hematoma.
- Si le duele podéis administrarle paracetamol; recordad consultar siempre la dosis con el pediatra.
- Si hay una herida, lavadla bien para quitar restos de tierra u otras sustancias, y desinfectadla.
- Si la herida es grande y no cesa de sangrar acudid a un centro sanitario por si es necesaria la sutura.
- Si el golpe ha sido en la cabeza y no ha perdido el conocimiento, observadlo durante 24 horas. En el caso de que presente sueño fuera de lo normal, camine o manipule con dificultad, o vomite de forma continuada, acudid al médico.
- Si ha perdido el conocimiento debéis llevarlo a urgencias de forma inmediata.

3.6.2. QUEMADURAS

Las quemaduras en el niño pequeño tienen graves consecuencias ya que, además de que pueden llegar a poner en peligro su vida y de que son muy dolorosas, acostumbran a dejar cicatrices difíciles de reparar. La mayoría de las quemaduras se producen por líquidos que suelen caer de lugares más altos y suelen afectar principalmente a la cara y al tórax.

En casa, los pequeños pueden quemarse con líquidos calientes, por contacto con objetos calientes (plancha, radiador, estufa, etc.) o por electricidad. La cocina es la habitación con más peligro y por tanto es aconsejable que el niño no entre en ella cuando estamos cocinando, y en todo caso que nunca lo haga sin supervisión.

Quemaduras por líquidos

Los líquidos calientes suelen estar en la cocina (sopas, caldos, aceites y guisos). El niño, que por su altura no llega a ver lo que contienen los recipientes, intenta alcanzarlos, los inclina y vierte su contenido sobre él. De esta forma se quema sobre todo la cara y el tórax.

Otro peligro es el momento del paso de la comida desde la cocina al comedor. Si en el momento en que transportamos algún líquido caliente desde la cocina a la mesa el niño no está controlado, podemos tropezar con él y derramar todo el líquido sobre su cuerpo.

El baño es también lugar de riesgo. Debemos asegurarnos de que el agua de la bañera no está demasiado caliente y vigilar que el niño no manipule el grifo.

Recomendaciones para prevenir las quemaduras por líquidos:

- Evitad la presencia del niño en la cocina, sobre todo si estáis cocinando.
- Vigilad que los mangos de las sartenes u otros utensilios no sobresalgan del mueble de cocina.
- Debéis tener mucho cuidado cuando circuléis con líquidos calientes por la casa.
- Evitad que el niño pueda tirar del mantel y quemarse.
- Llenad la bañera empezando siempre por el agua fría si no disponéis de un monomando.
- Aseguraos de que la temperatura del agua no supere nunca los 38 ºC.
- No dejéis solo al niño en la bañera.

Quemaduras por contacto

La plancha, las estufas y los radiadores son los objetos que con más frecuencia queman a los niños. Es importante enseñarles desde pequeños a no tocarlos y evitar que se acerquen a ellos.

El fuego directo de chimeneas, barbacoas y estufas de leña representa otro gran peligro ya que además el niño acostumbra a ver cómo nosotros los manipulamos y puede querer imitarnos.

En algunas ocasiones hemos visto a un niño jugando con un mechero para que se calme y puede quemarse con él.

En algunas zonas geográficas no son raras las quemaduras por fuegos artificiales y son de extrema gravedad. Jamás debemos dejar que el niño se acerque cuando los manipulamos.

Recomendaciones para prevenir las quemaduras por contacto:

- Alejad siempre al niño de los lugares donde se cocina o donde hay objetos calientes.
- Vigilad que el fuego (barbacoas, chimeneas, etc.) esté protegido y que el niño no pueda llegar a él.
- Las casas con dispositivos que tienen fuego deberían tener un dispositivo de alarma contra incendios.
- No fuméis en casa. Hay muchas razones para no hacerlo, y evitar que el niño se queme es una más.
- No dejéis que el niño juegue con mecheros.
- No manipuléis fuegos artificiales cerca del niño y mucho menos con el niño.

¿Qué hacer si el niño se quema?

- Procurad enfriar la zona lo antes posible para evitar que la quemadura progrese.
- Si la piel se ha levantado, cubrid la zona con una gasa estéril sin presionar la zona.
- Administrad un analgésico como el paracetamol. Recordad que siempre debéis consultar la dosis con vuestro pediatra.

¿Qué no hacer?

- Es muy importante que no pongáis ninguna pomada sobre la quemadura. Algunos papás ponen pasta de dientes y esto no se debe hacer.
- No minimicéis las consecuencias de la quemadura y consultad con el médico.
- Mantened limpia la zona quemada.

Quemaduras por electricidad

Las lesiones que se producen como consecuencia de una descarga eléctrica son muy graves y además conllevan el riesgo de la electrocución.

Son quemaduras muy profundas que afectan estructuras internas como tendones y músculos que pueden provocar incapacidades funcionales graves. Por ejemplo, cuando un niño manipula un enchufe y se quema suele lesionarse los tendones de la mano dominante, con la que es hábil.

Pese a todo, lo más grave es que se produzca una electrocución. Si la descarga es muy intensa y pasa a través del cuerpo es capaz de producir una parada cardíaca e incluso la muerte. Las casas suelen tener un dispositivo que hace "saltar la corriente" cuando esto ocurre pero en ocasiones no sirve, pues el niño hace de conductor de la electricidad. Por eso es muy importante que protejáis todos los enchufes que estén sin utilizar.

Recomendaciones para prevenir las quemaduras por electricidad:

- No conectéis aparatos eléctricos en la bañera ni cerca de la misma.
- No conectéis aparatos eléctricos que se hayan mojado previamente.
- Procurad llevar calzado cuando manipuléis aparatos eléctricos. También es importante que el niño lleve siempre calzado por casa.
- Tapad o colocad enchufes de seguridad en las tomas de corriente.
- Evitad que el niño juegue con cables, enchufes y aparatos eléctricos, sobre todo que se los ponga en la boca.
- Procurad que no haya cables sueltos por la casa.
- En caso de que el niño quede enganchado a la corriente no debéis intentar desengancharlo, id directamente a quitar la corriente.

Quemaduras solares

Son sobradamente conocidos los peligros que entrañan las radiaciones solares. En la edad infantil éstos son aún mayores que en la edad adulta y sabemos que la aparición de enfermedades de la piel de carácter grave tiene relación con las quemaduras solares de la edad infantil. Por tanto, es muy importante tratar de evitarlas.

A veces los papás de un niño recién nacido o de muy pocos meses nos preguntan si lo pueden llevar a la playa. La primera pregunta que nos debemos hacer es si es necesario que un niño de tan corta edad vaya a la playa. No hay necesidad de que el niño vaya a la playa cuando es muy pequeño y si se puede evitar, vale la pena. En cualquier caso si tiene que exponerse al sol, procuraremos que sea con las medidas de precaución máximas. Tampoco hay que olvidar que no sólo debemos protegernos del sol de la playa sino que hay que vigilar desde la primavera y en verano en muchos lugares con

insolaciones importantes. No olvidéis que las superficies reflectantes (arena, agua y nieve) favorecen las quemaduras.

Recomendaciones para prevenir las quemaduras solares:

- Evitad la exposición en las horas centrales del día, aunque sin limitarle estar al aire libre.
- Usad, siempre que podáis, ropa que cubra la piel extensamente (camiseta de manga larga, pantalones lo más largos posible), cubridle la cabeza y si es necesario ponedle gafas de sol con filtro UVA y UVB.
- Evitad llevarlo a la playa.
- Las cremas protectoras en primavera y verano son útiles siempre que las utilicemos correctamente y no como única medida:
  - El factor de protección debe ser máximo.
  - La crema debe ser resistente al agua.
  - Hay que ponerla un rato antes de la exposición al sol y reponerla cada 2 a 4 horas dependiendo del baño y de la piel del niño.
  - Las pieles claras requieren mayor cuidado.
- Valorad el riesgo añadido por la presencia de superficies reflectantes.

3.6.3. INTOXICACIONES

Las intoxicaciones accidentales tienen su máxima incidencia entre el año y los tres años de edad.

A estas edades los niños son curiosos y están aprendiendo a conocer las cosas. Les gusta explorar, experimentar y por esto lo tocan todo, cogen lo que pueden y muchas veces se lo ponen en la boca. Además se fijan en lo que hacen los adultos y les imitan poniéndose cosas en la boca como lo han visto hacer.

Los niños pueden intoxicarse por vía digestiva ingiriendo un tóxico, por vía respiratoria, inhalándolo, o por la piel al tocarlo. La vía digestiva es sin duda alguna la vía de intoxicación más frecuente.

Las intoxicaciones son peligrosas porque las sustancias ingeridas pueden ser venenosas y por tanto causar graves enfermedades pero, además, también tienen el peligro de ser cáusticas y pueden lesionar la mucosa de la boca, incluso del esófago y del estómago, quemándolos y provocando graves problemas. Esto es lo que ocurre a veces con los productos de limpieza.

Intoxicación por medicamentos

La causa más frecuente de intoxicación infantil son los medicamentos. Suelen ser fármacos que se usan a diario y que quedan al alcance del niño o sustancias que hemos usado sin terminar el contenido del envase y que hemos guardado. Habitualmente no toman demasiada cantidad pero no debemos olvidar que algunas medicinas pueden ser muy tóxicas a dosis pequeñas. Los antitérmicos y analgésicos, los medicamentos más frecuentes en casa, son los que más se toman, pero también pueden llegar a ingerir tranquilizantes, medicamentos para la tensión, el colesterol, etc. Cualquier fármaco puede ser causa de intoxicación, por ello lo mejor es tener en casa sólo los imprescindibles y tenerlos siempre fuera del alcance de los niños.

Intoxicación por productos domésticos

Los productos de uso doméstico, sobre todo los de limpieza, son la segunda causa de intoxicación en niños. En este caso el riesgo añadido es que cabe la posibilidad de que además de ser un producto venenoso, sea cáustico. Esto quiere decir que durante el paso por el aparato digestivo el producto ingerido quemará las mucosas de la boca, del esófago y del estómago provocando lesiones y consecuencias muy graves. Los productos de uso doméstico suelen tener etiquetas vistosas, llamativas que provocan la atención del niño que además ha visto a los adultos utilizarlos.

Por tanto, deberemos tener mucho cuidado con que el niño no pueda alcanzarlos.

Todos los pediatras hemos visto niños intoxicados por productos domésticos que han sido cambiados de su envase original a otro de uso más habitual en la casa (botella de refresco, recipiente de cristal, etc.). El niño, que no lo sabe y que a veces ha visto que los adultos utilizaban estas botellas, puede ingerir, sin saberlo, una sustancia sumamente peligrosa para su salud.

¿Qué pasa cuando el niño ha ingerido un tóxico?

Si no hacemos nada, el tóxico se absorberá y pasará a la sangre provocando enfermedad. Luego, el objetivo es evitar, si es posible, que esto ocurra. En este sentido el tiempo es oro y cuanto antes actuemos más posibilidades de evitarlo tenemos. No debemos olvidar que si las primeras medidas que tomamos son erróneas podemos complicar la situación. Así pues lo que debemos hacer es llevar al niño al Centro Sanitario más cercano que tengamos, consultar por teléfono con un experto o llamar al Centro de Información Toxicológica (teléfono 915620420).

¿Qué hacer si sospechamos que el niño ha ingerido algún producto potencialmente tóxico?

- Mantener la tranquilidad y no asustar al niño.
- Recoger lo que quede del producto posiblemente ingerido y su envase y llevarlo consigo.
- Recordar con la mayor exactitud posible la hora en que ha ocurrido.
- Trasladarse con el niño y el producto al centro sanitario más cercano.

¿Qué no debemos hacer si sospechamos que el niño ha ingerido algún producto potencialmente tóxico?

- Darle de beber agua, leche u otro producto.
- Intentar provocarle el vómito de la forma que sea.
- No darle importancia y no consultar (algunas sustancias pueden ser mortales a dosis muy bajas).

Medidas de prevención:

- Guardad en casa sólo los medicamentos imprescindibles y siempre fuera del alcance de los niños.
- Guardad los productos de limpieza y bricolaje (pinturas, disolventes, pegamentos, etc.) fuera del alcance de los niños como en un lugar elevado o cerrado con llave.
- No cambiéis el envase original ni de los fármacos ni de los productos de limpieza.
- Nunca habléis de los medicamentos como si fuesen un caramelo, una chuchería o un premio.
- Siempre que sea posible escoged envases con tapón de seguridad.
- Sed vosotros o quien esté al cuidado del niño quien administre la medicación.
- No toméis medicamentos delante del niño.
- Debéis estar muy atentos cuando los niños van a otras casas (abuelos, amigos) que pueden no disponer de medidas de seguridad.
- Poned especial cuidado en los productos que utilizáis para la limpieza y para el bricolaje (pinturas, disolventes, pegamentos, etc.).
- En las casas con jardín hay que evitar que los niños chupen o coman plantas ya que algunas pueden ser tóxicas.
- Tened a mano el teléfono de información toxicológica (915620402).

Intoxicación por gases

Pocas veces los niños se intoxican por gases y cuando lo hacen suele ser en un contexto general, es decir no ellos solos sino con otros niños o adultos por una intoxicación general.

La intoxicación más peligrosa en este aspecto es la producida por el monóxido de carbono (CO) que se produce como consecuencia de la mala combustión de estufas, braseros, etc. Es una intoxicación que puede llegar a ser mortal no sólo para el niño sino para todos los que lo inhalen.

Recomendaciones:

- Revisad la instalación de gas periódicamente.
- No os vayáis de casa con el gas encendido. Podría apagarse por un golpe de aire.
- No durmáis con dispositivos como estufas o braseros encendidos. Si lo hacéis aseguraos de que existe suficiente ventilación.

¿Qué hacer ante una intoxicación por un gas?

- Alejad al niño del lugar donde está el gas.
- Hacedle respirar aire puro, abrid las ventanas y conducidlo hacia el aire libre.
- Acudid en cuanto podáis a un Centro Asistencial.

3.6.4. LESIONES POR TRÁFICO

Los accidentes de tráfico son la primera causa de muerte en menores de 14 años. Es importante saber que el 40 % de los niños fallecidos no utilizaba ningún Sistema de Retención Infantil y que éstos reducen en un 75 % las muertes y en un 90 % las lesiones. No podemos olvidar que estos sistemas de retención además de recomendables son obligatorios.

Los sistemas de retención son útiles a velocidades normales, incluso en trayectos cortos. A grandes velocidades los sistemas de protección pierden

eficacia y los riesgos de lesión aumentan. Además de usar sistemas de retención para niños, no olvidéis que también debéis conducir con prudencia, con moderación y no alcanzar grandes velocidades.

¿Cómo han de ser los SRI?

Existen diferentes tipos de sillitas que se agrupan por categorías según la edad y el peso del niño, pero esto no es, por sí solo, suficiente. Hay que tener presente además que:

- Las correas queden bien ajustadas al cuerpo del niño.
- El airbag debe estar desconectado si el niño va delante.
- Siempre debemos asegurarnos de que la sillita está bien sujeta a los asientos del coche.
- Debemos seguir siempre las instrucciones de uso del modelo que tengamos.
- El asiento más seguro es el trasero del centro, y el más peligroso el de detrás del copiloto.
- El niño debe viajar en sentido contrario al de la marcha tanto tiempo como sea posible.
- La cabeza nunca debe sobresalir del respaldo.

Para más información podéis consultar la web de la Dirección General de Tráfico: www.dgt.es

Los grupos de sillitas corresponden a diferentes pesos y edades:

- Grupo 0: hasta 10 kg (aproximadamente de recién nacido a 1 año).

  Se recomienda que estas sillas vayan situadas en los asientos traseros y en sentido contrario a la marcha para proteger la cabeza, el cuello y la columna.

- Grupo 0+: hasta 13 kg (aproximadamente de RN a 18 meses).

  Se recomienda colocarlas en los asientos traseros en el sentido contrario de la marcha. Cuando el niño supera el peso indicado o su cabeza sobresale del respaldo debemos cambiarla.

- Grupo 1: de 9 kg a 18 kg (aproximadamente de 1 a 4 años).

  Estas sillas se colocan en el sentido de la marcha y se sujetan con el cinturón de seguridad por lo que debemos vigilar que quede bien sujeto. El niño debe tener las correas, que tienen 5 puntos de sujeción, bien puestas y ajustadas al cuerpo. Debemos estar atentos a que el niño no desabroche ningún punto de su sujeción.

3.6.5. AHOGAMIENTOS

Es una causa poco frecuente de lesión, pero suele ser de gran gravedad. Un elevado porcentaje de niños ahogados muere o queda con graves secuelas neurológicas.

La edad más peligrosa está entre el año y los 8 años pero es importante tener presente que se necesita muy poca agua para que el niño se ahogue. Bastan 5 cm de altura del nivel para que se pueda ahogar. De ahí que el peligro en los niños pequeños es elevadísimo ya que se pueden ahogar en la bañera, en un cubo, etc.

Las consecuencias en cuanto a la vida y a las secuelas tienen relación directa con el tiempo que pasa el niño bajo el agua y lo que tardemos en iniciar medidas de reanimación.

Recomendaciones para la prevención del ahogamiento:

- Mantened cerradas las tapas de los inodoros; existen dispositivos que evitan que el niño las pueda abrir.
- Jamás dejéis al niño solo en la bañera aunque esté con poca agua o sentado con aparente seguridad. Quedaos siempre con él.
- En el exterior no mantengáis cubos o recipientes con agua. Guardadlos boca abajo para que no se

puedan llenar con agua de lluvia.

- Si tenéis piscina, ésta debe estar vallada por los 4 lados, con una valla de 120 cm de altura y una puerta que el niño no pueda abrir y que debe permanecer siempre cerrada.
- Enseñad a vuestro hijo a nadar en cuanto podáis.
- Si no sabe nadar ponedle flotador o manguitos y no se los saquéis aunque esté fuera del agua, si está jugando cerca de la piscina.
- Nunca lo dejéis solo cerca de la piscina.
- No dejéis que el niño juegue con bolsas de plástico. Se la puede poner en la cabeza y ahogarse.

3.6.6. ATRAGANTAMIENTO

Los objetos con los que puede jugar un niño deben ser más grandes cuanto más pequeño es el niño. La razón principal es que con objetos pequeños el niño se puede atragantar y de ello se pueden derivar consecuencias importantes.

Sus juguetes deben estar adecuados a su edad y en el caso de que tenga hermanos mayores es muy importante que éstos recojan sus juguetes cuando terminen para evitar que queden piezas pequeñas al alcance del bebé.

Un niño de menos de tres años nunca debe comer frutos secos ya que son la primera causa de atragantamiento.

La ingesta de un cuerpo extraño, cuando va a la vía digestiva suele tener poca importancia salvo que se trate de una sustancia venenosa. Normalmente si el objeto llega al estómago será eliminado por vía rectal. Sólo si queda en el esófago (el niño babeará continuamente y no podrá tragar) habrá que sacarlo.

El verdadero peligro de que un objeto esté en la boca del niño es que éste lo aspire y pase sin querer al árbol respiratorio. Si el objeto es capaz de pasar al bronquio será peligroso. Por tanto si veis que el niño se ha atragantado, consultad con el pediatra lo que se debe hacer. Aunque esta situación puede ser grave, lo que de verdad puede poner en compromiso la vida del niño es que la obstrucción de la vía respiratoria sea total e impida el paso del aire. Esto ocurre cuando el objeto es suficientemente grande para no poder pasar más allá de la tráquea. Cuando esto ocurre, la intervención debe ser inmediata ya que si no sacamos el cuerpo extraño el niño puede quedarse sin aire. La maniobra conocida como maniobra de Heimlich es la que nos puede ayudar a deshacer la obstrucción.

Maniobra de Heimlich

Su método de aplicación en caso de atragantamiento se realiza en función de la edad del niño:

En el niño menor de 1 año:

Pedid ayuda especializada en cuanto podáis, mientras ésta llega podéis seguir las siguientes indicaciones:

Colocad al niño estirado sobre uno de vuestros brazos, con la cabeza más baja que el tronco, una pierna a cada lado del brazo y con la cabeza y los hombros sobre vuestra mano. Abridle la boca traccionando la mandíbula.

Con la mano libre, golpead enérgicamente en la espalda, entre los omóplatos, 4 o 5 veces.

Si las palmadas en la espalda no han funcionado dad la vuelta al niño. Ponedlo sobre la espalda con la cabeza más baja que el tronco y girada hacia un lado.

Con los dedos sobre el esternón (debajo de la línea de las tetillas) haced 4 o 5 compresiones enérgicas del tórax.

Estas maniobras deben ser repetidas tantas veces como sea necesario hasta mover el cuerpo extraño y que deje pasar el aire o bien hasta que nos llegue ayuda especializada.

En el niño mayor:

En este caso es recomendable realizar la maniobra de Heimlich (compresión abdominal) que consiste en:

Colocarse detrás del niño, de pie o sentado dependiendo de la edad y el lugar, y rodear con un brazo su abdomen.

Cerrar la mano en puño y situarla en medio del abdomen entre el ombligo y el esternón.

Coge el puño con la otra mano y aprieta ambas con movimiento brusco y enérgico atrayéndolas hacia ti con una dirección hacia arriba y hacia dentro (se pretende comprimir la parte superior del abdomen).

Repite este movimiento 4 o 5 veces hasta conseguir que el cuerpo extraño se mueva o llegue ayuda.

Recomendaciones para evitar los atragantamientos:

- Hasta pasados los 3 años los niños no deben comer frutos secos (pipas, maíz tostado, cacahuetes, etc.).
- No dejéis que el niño juegue con objetos de tamaño pequeño.
- Vigilad que los juguetes que usa vuestro hijo no tengan piezas sueltas o puedan romperse fácilmente.
- Procurad que el niño no se ponga cosas en la boca cuando está corriendo o moviéndose.

¿Qué hacer si se atraganta?

- Si veis que el niño se ha atragantado y respira bien, consultad con vuestro pediatra, sobre todo si tiene tos.
- Si veis que el niño se ha atragantado y tiene dificultad para respirar acudid al pediatra o a urgencias.
- Si veis que el niño se ha atragantado y no puede respirar actuad con urgencia y aplicad la maniobra de Heimlich.

¿Qué no hacer?

- Tened mucho cuidado con intentar sacar con la mano o con un dedo el cuerpo extraño ya que puede acabar introduciéndolo del todo. Use la acción de la gravedad poniéndolo boca abajo y sosteniéndole el pecho y la cabeza sobre su antebrazo para favorecer que el cuerpo extraño se caiga solo.

3.6.7. EL BOTIQUÍN

Es aconsejable tener siempre a mano un pequeño botiquín con aquellas cosas que nos pueden ser necesarias como primeras medidas ante una lesión de nuestro hijo. Pero de la misma manera que es aconsejable tenerlo, es necesario no guardar medicamentos innecesarios, a medio usar, que pueden ser causa de intoxicación del pequeño.

De la misma manera que es recomendable disponer de un botiquín es muy importante que aprendamos a utilizarlo. Tener en él algunas cosas con las que no sabremos qué hacer es de poca utilidad.

El botiquín de casa debería contener

Material:

- Tijeras
- Pinzas
- Termómetro
- Vendas elásticas
- Vendas de gasa
- Gasas estériles
- Tiritas
- Esparadrapo
- Suturas adhesivas esterilizadas (Steristrip®) o similar

Medicamentos

Analgésicos-antipiréticos:

- Paracetamol
- Ibuprofeno

En dosis adaptadas a la edad de vuestro hijo e indicadas por su pediatra.

- Antiséptico tópico (agua oxigenada, alcohol)
- Suero fisiológico

Es recomendable que los padres de los niños pequeños tengan un mínimo conocimiento de las medidas básicas de primeros auxilios, sobre todo reanimación básica y extracción de cuerpos extraños en la vía respiratoria.

4. ATENCIÓN A PROCESOS HABITUALES ¿CUÁNDO CONSULTAR?

4.1. EL LLANTO **PÁG. 160**
- Causas del llanto pág. 160

4.2. LA FIEBRE **PÁG. 164**

4.3. LA TOS **PÁG. 170**

4.4. LA DIARREA AGUDA **PÁG. 176**

4.5. LOS VÓMITOS **PÁG. 180**

4.6. EL ESTREÑIMIENTO **PÁG. 184**

4.7. LA PIEL **PÁG. 188**
- Tipos de lesiones pág. 188
- Manifestaciones fisiológicas (normales) pág. 189
- Alteraciones de la piel pág. 190
- Higiene y cuidados de la piel pág. 194

4.8. PROBLEMAS ORTOPÉDICOS **PÁG. 196**
- Forma de la cabeza pág. 196
- Fractura de clavícula en el recién nacido pág. 197
- Tortícolis congénita pág. 198
- Las caderas pág. 199
- Las piernas pág. 199
- Los pies pág. 199
- El calzado del niño pág. 200
- Los dedos pág. 201
- La marcha pág. 202

4.1. EL LLANTO

Cristina Ortega Casanueva • Pediatra. Hospital Quirón San José. Madrid
Fernando Malmierca Sánchez • Pediatra Atención Primaria. C.S. Universidad Centro. Vicepresidente Atención Primaria AEP

Desde el inicio de los tiempos, a pesar de que cada niño es único, todos han empleado el mismo "lenguaje" para expresar sus sentimientos y necesidades: el llanto.

Que el niño llore es algo normal, pero puede llegar a convertirse en un motivo de preocupación para los padres. Cuando no encontramos la causa del llanto de un niño, se puede despertar en nosotros la sensación de inseguridad, impotencia o frustración y ante situaciones prolongadas, pueden derivar incluso en comportamientos hostiles hacia el niño.

Aprender a interpretar el llanto de nuestro hijo es aprender a entender qué nos quiere decir. A los padres primerizos puede costaros un poco más, pero no debéis desfallecer en el intento: es sólo cuestión de tiempo.

¿Por qué lloran los niños?

Los niños pequeños expresan sus emociones de una forma rápida y directa, y el llanto es la forma más frecuente de comunicar sus necesidades a sus cuidadores.

¿Cuánto llora un niño?

Los bebés, durante los primeros meses, pueden llorar de 1 a 3 horas diarias, sin que exista una patología importante. A medida que los niños crecen van llorando menos, ya que ellos mismos encuentran otras maneras de calmarse (chupar el chupete, jugar con las manos, etc.).

¿Qué nos quieren decir con su llanto?

Los niños lloran para comunicar una necesidad o un malestar.

Pueden llorar cuando tienen hambre, frío o calor, se sienten solos y quieren ser cogidos en brazos, o simplemente quieren jugar un rato. A veces es difícil saber cuál es la necesidad concreta en cada momento. Sin precipitarse ni perder la calma debemos intentar identificar la causa, si es posible.

¿Cómo lloran los niños?

Es imposible ignorar el llanto de un niño, que se caracteriza por ser enérgico y penetrante. Con el tiempo, los padres aprenderéis a distinguir entre el llanto por hambre, por ganas de estar en brazos y por enfado, que resulta ser el más difícil de calmar. El llanto inicial por hambre o falta de afecto puede transformarse en llanto por enfado si no se le atiende a tiempo.

4.1.1. CAUSAS DEL LLANTO

Las causas "físicas" del llanto son las más comunes y sencillas de identificar; por lo tanto, son las más fáciles de solucionar.

- **Hambre:** Es importante mantener una disciplina de horarios en la alimentación del niño. Debemos anticiparnos a cualquier circunstancia que pueda retrasar la toma para evitar la sensación de hambre, que puede hacer que el niño entre en un bucle de llanto e incomodidad que le haga incluso rechazar el alimento.

- **Sueño:** Cuando los niños están cansados, tienen sueño pero no pueden dormir, entran en un estado de nerviosismo que acaba convirtiéndose en llanto, mal humor e irritabilidad. Este llanto es suave y rítmico, como si el niño se cantase a sí mismo para relajarse y quedarse dormido.
- **Humedad y suciedad:** La sensación de humedad y/o de suciedad produce un malestar que les puede llevar a un llanto incesante. Este llanto puede finalizar cambiándole el pañal.
- **Incomodidad:** Una mala postura, varias capas de ropa o la ropa demasiado ajustada pueden incomodar al bebé.
- **Aburrimiento:** A los niños les gusta estar todo el tiempo entretenidos y, sobre todo, que les entretengan. Cuando no se sienten lo suficientemente atendidos utilizan el llanto como mecanismo para llamar la atención. El llanto por aburrimiento se caracteriza por ser monótono, con subidas y bajadas de tono enrabietadas, y termina cuando lo cogemos en brazos o lo distraemos cambiándolo de habitación.
- **Exceso de estímulo:** en ocasiones deseamos estimular demasiado el desarrollo de nuestro pequeño y eso puede llegar a sobreexcitarle. El aumento de movimiento en casa o las visitas a deshoras también pueden irritarle. El exceso de estímulo puede desencadenar sobreexcitación e irritación y, como consecuencia, el llanto.
- **Enfado:** Cuando a un niño no le dejan hacer lo que quiere o cuando no se le coge cuando desea, se enfada y presenta un llanto parecido al llanto habitual, pero más agudo.
- **Ruido:** Los sonidos bruscos también pueden asustar al niño y desencadenar el llanto.
- **Tensión:** En ocasiones, como desahogo de las tensiones acumuladas a lo largo del día, algunos niños se relajan llorando sin causa aparente.
- **Enfermedad:** Los periodos de incubación de algunas enfermedades y la propia enfermedad se pueden manifestar en un llanto intermitente y en un estado quejumbroso y de inestabilidad, así como en una mayor demanda de atención materna. En ocasiones, el niño da pistas sobre la causa del dolor, llevándose la mano constantemente a la misma zona (por ejemplo, a la boca si le están saliendo los dientes o al oído ante una posible otitis). Entre tanto tenemos que dar al niño todas las Atenciónes hasta lograr su tranquilidad.

Es posible que, descartados todos los motivos anteriores, nuestro hijo siga llorando. La causa puede ser afectiva, como el sentimiento de soledad provocado por la ausencia de sus padres.

En cualquier caso, el llanto en los niños es un fenómeno frecuente y normal dado que la sensación de frustración es habitual y propia de la edad. Esta frustración no es mala, al revés, les empuja hacia la superación.

El niño pequeño **quiere y no puede**; desea hacer cosas para las que aún no está preparado: quiere beber de la taza, pero no consigue agarrar el asa, sólo es capaz de moverla torpemente; quiere caminar, pero apenas tiene fuerza para tenerse en pie, etc.

Para superar todas estas nuevas hazañas son necesarios **estímulos apropiados a su edad** y es tolerable un cierto nivel de frustración que le lleve a la superación de las barreras; no obstante, la frustración no debe convertirse en una constante y, por eso, hay momentos en los que pueda necesitar mayor consuelo para evitar un sentimiento de impotencia que convierta al niño en malhumorado y poco colaborador.

Cólicos del lactante

Entre las 2 semanas y los 4 meses de vida, un lactante sano puede presentar llanto e irritabilidad casi a diario y con frecuencia por la tarde-noche, con una duración de 2-3 horas aproximadamente, con un inicio y final bruscos. Estas crisis pueden ser los llamados “cólicos del lactante”.

Se tiende a pensar que esta situación de irritabilidad se debe a que el niño tiene hambre, gases o dolor de estómago pero, en realidad, no está probado que estos cólicos se deban a alguna de estas causas. Los cólicos suelen aparecer por la tarde-noche, tras la toma correspondiente. El bebé inicia un cuadro

de llanto y agitación, en el que encoge las piernas sobre el abdomen, moviéndolas de forma brusca y rápida; su cara puede presentar enrojecimiento con el llanto. Puede también chuparse los puños. Esto último es lo que suele confundir a los padres, que piensan que el niño se ha quedado con hambre.

Estas crisis pueden durar una o varias horas y aparecen y desaparecen de forma espontánea, sin dejar secuelas.

No existe ningún remedio con eficacia demostrada para los cólicos del lactante, simplemente se debe tener paciencia y esperar a que el episodio ceda. Sin embargo, entre los remedios propuestos para estos cólicos están los suplementos a base de probióticos. Se han realizado diversos estudios en los que algunos niños con cólicos del lactante pueden mejorar los síntomas tras administrarles estos probióticos, pero se precisan más estudios que demuestren la evidencia científica de su eficacia.

Una medida recomendada es mantener la lactancia materna, evitando la ingesta de excitantes por parte de la madre. En el caso de lactancia artificial es conveniente la regularidad en los horarios, manteniendo una frecuencia de tomas que permita al lactante disponer de tiempo para el proceso de digestión y absorción. La toma, tanto materna como artificial, debe darse de manera relajada, permitiendo al lactante la deglución con la menor cantidad de aire posible. Tras finalizar la toma, es conveniente favorecer la expulsión del aire. Deben evitarse los cambios en la lactancia salvo por indicación de su pediatra.

Siempre podemos ayudar a que nuestro bebé se calme cogiéndolo en brazos y abrazándolo contra nuestro pecho para que sienta nuestro calor. Puede resultar útil cambiarlo de postura (colocarlo boca abajo), darle un baño, realizarle un masaje relajante sobre el abdomen (mover nuestras manos en dirección circular) o realizar movimientos circulares con sus piernas dobladas sobre el abdomen. A veces, arrullar al niño en una mantita y mantenerle cogido también puede ayudar.

Los cólicos suelen desaparecer solos alrededor de los 4 meses de edad.

¿Qué debemos hacer cuando un niño llora?

Una vez descartados los problemas de salud, lo primero que hay que hacer es comprobar si existe una necesidad o malestar inmediato, como hambre, frío, humedad, etc.

Si después de haber atendido todas las necesidades básicas del niño éste sigue llorando, debemos hacerle compañía y prestarle toda nuestra atención. Aunque no sepamos la causa de por qué llora, debemos acompañarle mientras elimina la tensión acumulada. En cualquier caso, si sospechamos que puede deberse a algún problema de salud, debemos consultarlo con un pediatra.

¿Y si sigue llorando cuando ya lo hemos intentado "todo"?

En ocasiones muchos niños continúan llorando a pesar de haberlo intentado todo (haber atendido todas sus necesidades básicas y descartado problemas médicos).

Cuando son un poco más mayores, hay momentos en los que lloran por cualquier cosa rechazando la atención pero demandando la presencia al mismo tiempo. Esta situación puede llegar a ser complicada, convirtiéndose en un "ni contigo ni sin ti". Pero no debemos desatender nunca al niño, ya que quiere hacernos entender que algo le pasa.

Nuestra pregunta como padres entonces es, ¿qué hacer en estos casos? Si sospechamos que lo que le pasa no es importante y que el niño ha entrado en una espiral de llanto, tenemos que tratar de cortarla en algún punto. Un cambio de lugar, mirar por la ventana o iniciar un juego pueden hacer que olvide definitivamente su enfado.

Los niños se sienten seguros ante **la rutina** en su día a día. Es interesante fortalecerla en caso de que todavía no exista.

El cariño y la atención no van a perjudicar el desarrollo del niño, y sí mejoran su seguridad y la confianza en sí mismo.

¿Por qué los niños lloran con los extraños?

Los niños empiezan a reconocer a los familiares entre los seis y los nueve meses de edad. Por tanto, es común que lloren cuando los coge en brazos algún extraño. No tiene más importancia. Es algo completamente normal.

¿Por qué cuando llora enfadado a veces "deja de respirar"?

Algunos niños entre los 2 meses y los 3 años presentan durante el llanto una pausa en la respiración. Esto es algo muy escandaloso ya que la piel del niño puede volverse de color azul violáceo o pálido, presentar movimientos convulsivos e, incluso, llegar a perder la conciencia. Esta reacción se denomina "espasmos del sollozo" y termina en pocos segundos. No hay que zarandear, ni golpear al niño, ya que esto no conseguirá que el espasmo ceda y podría lesionarle sin querer. Si esto le ocurre a vuestro hijo intentad mantener la calma, ya que él solo recuperará la respiración sin necesidad de que actuemos. Son episodios involuntarios, pero a cierta edad el niño puede usarlos para llamar la atención. Si estos episodios se repiten o si vuestro hijo los sufre antes de los 6 meses, debéis consultar al pediatra.

¿Cuándo consultar al pediatra?

Ante un llanto intenso, sobre todo en un primer episodio inconsolable o asociado a síntomas como fiebre, vómitos o tras haber atendido todas las necesidades básicas del niño y aun así éste sigue llorando.

Si creéis que el llanto puede deberse a otras causas como a un mal estado de salud, **consultad siempre al pediatra.**

RECORDAD:

- **El llanto es el primer "lenguaje" que emplean los niños para expresar sus sentimientos y necesidades.**
- **Puede ser una fuente de preocupación para vosotros.**
- **Los niños lloran para comunicar una necesidad o un malestar (hambre, frío, calor, suciedad, soledad).**
- **El niño que llora no debe ser desatendido, porque el llanto puede estar indicando problemas de salud.**
- **Los bebés pueden llorar de 1 a 3 horas diarias.**
- **A medida que los niños crecen, lloran menos. Ellos mismos encuentran otras maneras de calmarse (chupar el chupete, jugar con las manos).**
- **Entre los seis y los nueve meses de edad, los bebés empiezan a distinguir las figuras familiares de las que no lo son. Por eso es común que algunos niños lloren cuando los coge en brazos alguien extraño.**
- **Los "espasmos del sollozo" son episodios involuntarios en los que el niño, en medio de una crisis de llanto, deja de respirar. Se dan en niños entre los 2 meses y los 3 años. La respiración se recupera sin necesidad de actuar.**
- **Si tras atender todas las necesidades básicas del niño éste sigue llorando y se sospecha que el llanto puede deberse a su estado de salud, consultad siempre al pediatra.**

4.2. LA FIEBRE

Cristina Ortega Casanueva • Pediatra. Hospital Quirón San José. Madrid
Jesús Alonso Díaz • Pediatra Atención Primaria. C.S. Garrido Norte. Salamanca

La fiebre es el principal motivo de consulta en los Servicios de Urgencias de Pediatría debido al estado de alarma que genera en los padres, especialmente cuanto menor es la edad del niño.

¿Qué es la fiebre?

La fiebre es una de las defensas que tiene el organismo frente a los diferentes gérmenes. Para luchar contra ellos, nuestro cuerpo intenta alcanzar una temperatura superior a la habitual. Por lo tanto, la fiebre ayuda a defenderse de la enfermedad.

¿Cómo sabemos si el niño tiene fiebre?

La fiebre la mediremos mediante un termómetro y no por el tacto.

Consideramos que el niño tiene fiebre cuando su temperatura corporal supera los 38 ºC en el recto o los 37,5 ºC en la axila. Medido en la axila consideramos una fiebre moderada hasta los 39 ºC y si pasa de 39 ºC hablamos de fiebre alta.

¿Qué le produce fiebre a un niño?

Son muchas las causas que la pueden producir, pero las infecciones víricas, agudas y benignas son la causa más común de la fiebre.

- **Infecciones respiratorias:** Generalmente leves, sin trascendencia, víricas y que suelen evolucionar hacia la curación sin necesidad de tratamiento médico. La fiebre puede ir acompañada de tos y mocos. Los niños mantienen un buen estado general en ausencia de fiebre y se muestran decaídos cuando ésta aparece de nuevo.
- **Infecciones gastrointestinales:** Las reconoceremos porque suelen cursar con vómitos, diarrea o dolor abdominal.
- **Infecciones urinarias:** Pueden presentarse sólo con fiebre y sin ningún otro síntoma; en otras ocasiones, pueden ir acompañadas de vómitos y rechazo del alimento.

Otras causas

- **Vacunaciones:** Después de haber sido vacunados los niños pueden presentar fiebre.
- **Dentición:** Aunque sometido a debate puede provocar un ligero aumento de la temperatura, que generalmente no supera los 38 ºC.
- **Exceso de abrigo:** Los recién nacidos no son capaces de regular al principio su temperatura por lo que, si los abrigamos demasiado o los mantenemos en ambientes calurosos, pueden llegar a tener fiebre. Lo que deben hacer como padres antes de alarmarse es desabrigar al niño y tomarle de nuevo la temperatura. Si persiste la fiebre deben acudir al pediatra para que explore al niño. Si no tuviese fiebre y fuese una falsa alarma, se debe vigilar el estado general del niño y estar alerta por si la temperatura se elevase de nuevo.
- **Otras causas menos frecuentes:** Cabe recordar la deshidratación y algunas intoxicaciones.

¿"Mucha fiebre" significa "mucha enfermedad"?

No siempre. La temperatura corporal no siempre es proporcional a la gravedad de su causa. Puede que una infección severa apenas provoque unas pocas décimas mientras que un catarro, en principio banal, vaya acompañado de fiebre de hasta 40 ºC. Lo más importante es determinar qué causa la fiebre. Es primordial, por lo tanto, observar con atención los síntomas que presenta el niño.

¿Qué es una temperatura elevada?

En la siguiente tabla figuran los valores de la temperatura clasificados según la gravedad de la fiebre.

¿Dónde debo tomar la temperatura a mi hijo?

Aunque acariciar la piel del niño puede parecer suficiente para sospechar si tiene fiebre, este método es muy inespecífico y no ofrece una medida fiable de la temperatura.

Medir la temperatura a un niño que no para de moverse puede resultar muy difícil a los padres, por ello en función de la edad se aconseja un tipo de medición diferente.

Si su hijo es **menor de 3 meses,** lo más recomendable es medir la **temperatura rectal** con un termómetro digital. A muchos padres les da miedo no hacerlo bien o hacer daño al niño si se mueve, por ello, se puede lubricar el extremo del termómetro con un gel lubricante y así facilitar su introducción en el ano. Los termómetros electrónicos de oído no son recomendables para niños menores de 3 meses porque sus conductos auditivos externos son demasiado pequeños.

Si el niño tiene **entre 3 meses y 3 años** se puede utilizar un termómetro digital para medir la **temperatura rectal.** También podría utilizar un termómetro digital para medir la **temperatura axilar,** aunque este método es menos preciso. La temperatura oral y timpánica (en el oído) no se deben utilizar en los niños menores de 2 años y, si posteriormente se utiliza, se debe tener mucha experiencia en su uso.

Si ya tiene **3 años** y el niño puede cooperar, se puede utilizar un termómetro digital para medir la **temperatura oral.** Si el niño tiene tos o congestión nasal y es incapaz de mantener la boca cerrada durante el tiempo necesario para realizar la lectura, lo mejor es utilizar el **método axilar** (con un termómetro digital).

Puede usar el **método timpánico** (con un termómetro electrónico de oído) para el que, como hemos dicho, es preciso tener experiencia en su uso.

CLASIFICACIÓN DE LA FIEBRE	
36,0 ºC hasta 37,0 ºC	Temperatura humana normal
37,1 ºC hasta 38,1 ºC	Febrícula
38,1 ºC hasta 38,5 ºC	Fiebre leve
38,5 ºC hasta 39,0 ºC	Fiebre moderada
A partir de 39,0 ºC	Fiebre alta

¿Qué tipo de termómetro debo usar para medir la temperatura a mi hijo?

Aunque algunos están en desuso vamos a citar los siguientes:

- **Termómetros digitales:** Miden la fiebre de forma rápida y segura. Son de fácil medición y de fácil lectura.
- **Termómetro de mercurio:** A pesar de ser fiables en cuanto a la medición y de ser el método tradicional, se ha prohibido su venta por ser potencialmente peligrosos por el mercurio que contienen, por lo que es recomendable utilizar alguno de los otros métodos.
- **Termómetros de oído:** Son termómetros electrónicos que miden la temperatura desde el interior del conducto auditivo. Su medición no es tan exacta cuando se usa en niños muy pequeños, y son más caros.
- **Termómetro chupete:** Son como un chupete convencional y llevan una pantalla digital que es la que los padres han de mirar para ver la temperatura. La medición no es fiable.
- **Termómetros de tira plástica:** Es un dispositivo que se coloca en la frente y da valores de temperatura poco fiables.

¿A quién debe consultar si su hijo tiene fiebre?

Ante cualquier duda en cuanto al estado de salud de su hijo, los padres deben consultar **siempre al pediatra.** Vuestro pediatra os atenderá y tratará de resolver cualquier duda que tengáis y administrará a vuestro hijo el tratamiento correcto y más eficaz.

¿Cómo trataremos la fiebre?

Como siempre, lo más importante es tratar la causa que la origina; el tratamiento en sí de la fiebre se realizará en función del rango de temperatura que tenga el niño. Se debe tener en cuenta que es el pediatra quien debe valorarla.

1. **Febrícula (hasta 38 ºC):** No se recomienda su tratamiento. No debemos abusar de los medicamentos que reducen la fiebre (antitérmicos), especialmente si el niño se encuentra bien. Lo que debemos hacer es ofrecerle abundantes líquidos y mantenerle fresco con poca ropa. Si el malestar no cesa y la fiebre continúa, deberán acudir a su pediatra para que éste valore al niño.
2. **Fiebre (a partir de 38 ºC):** El tratamiento con antitérmicos según las dosis prescritas por el pediatra se puede complementar con la ingesta de abundantes líquidos, paños húmedos en la frente (a temperatura ambiente, nunca demasiado fríos, ni con hielo), así como baños en agua tibia durante 15 o 20 minutos. Si la temperatura se mantiene por encima de 39,5 ºC, puede ser conveniente una nueva valoración por parte del pediatra.

Preguntas que se hacen los padres al dar el antitérmico para la fiebre

(Siempre se deben seguir las instrucciones del pediatra.)

1. **¿Qué es mejor: un mismo antitérmico todo el tiempo o alternar dos antitérmicos diferentes?**

   Los antitérmicos reducen la fiebre y, por lo tanto, alivian y mejoran el estado general del niño. Sin embargo, no actúan sobre la causa de la enfermedad y en ningún caso la curan o acortan su duración. No se debe duplicar las dosis, ni utilizar varios medicamentos para la fiebre simultáneamente. Tampoco es aconsejable alternarlos. Al contrario de lo que se podría pensar, esta práctica no aumenta la eficacia y, por el contrario, presenta graves riesgos de intoxicación.

2. **¿Cómo administrar el antitérmico: vía oral o rectal?**

   Es mejor usar la vía oral que la rectal en condiciones normales, pero en ocasiones, el niño asocia los vómitos a la fiebre y es incapaz de tomar el antitérmico. En este caso, una solución sería la administración vía rectal.

3. **¿Los baños pueden sustituir al antitérmico?**

   No. La principal medida para controlar la fiebre es la administración de un antitérmico y desabrigar al niño. Como complemento y en ciertas circunstancias (fiebre alta, que reaparece pronto...) se pueden usar los baños o compresas en la frente, pero siempre manteniendo la administración del antitérmico según pauta horaria establecida.

   El baño es especialmente útil después de dar el antitérmico si la fiebre es muy alta ya que ayudará a que descienda la temperatura mientras la medicación hace efecto. Se aconseja:

   - Que el agua del baño esté a una temperatura cercana a la del niño (no fría).
   - Que sea prolongado (15-20 minutos) para que al mismo tiempo que se enfríe el agua le baje la temperatura.
   - Además, se recomienda frotar el cuerpo con una esponja para favorecer la pérdida de calor.

4. **Y los antibióticos, ¿sirven para rebajar la fiebre?**

   Los antibióticos ayudarán a detener la infección en caso de que ésta sea bacteriana. Al ceder la infección, la fiebre irá desapareciendo. En el caso de infección vírica (lo más frecuente) los antibióticos no son útiles, la infección continuará,

de modo que la fiebre persistirá. Será su pediatra quien valore si la infección que tiene su hijo es vírica o bacteriana y, por lo tanto, quien decida si está justificado el uso de antibióticos.

¿Cuándo consultar al pediatra?

Lo primero que debemos hacer antes de consultar a nuestro pediatra es ver qué aspecto tiene el niño: si a pesar de la fiebre se encuentra contento, come bien y bebe abundantes líquidos no debemos alarmarnos puesto que es poco probable que se trate de algo grave.

Debe consultar:

- Si el niño es menor de 2 años (especialmente menores de 3 meses).
- Si el niño está apagado y somnoliento.
- Si el niño está irritable.
- Si el niño tiene dolor de cabeza importante y/o vómitos.
- Si al niño le cuesta respirar.
- Si el niño tiene una convulsión.
- Si el niño tiene puntitos rojos (color cereza) o manchas negras en la piel.
- Si el niño presenta malestar general.
- Si el niño tiene fiebre de 40 ºC que no cede a pesar del tratamiento con antitérmicos.
- Niños con enfermedad neurológica.

RECORDAD:

- **Lo más importante es que, ante cualquier duda en cuanto al estado de salud de su hijo, siempre consulte con el pediatra.**
- **La fiebre es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Pediatría debido al estado de alarma que crea en los padres, especialmente cuanto menor es la edad del niño.**
- **Es una de las defensas que tiene el organismo frente a los diferentes gérmenes. Para luchar contra ellos, nuestro cuerpo intenta alcanzar una temperatura superior a la habitual y así poder eliminarlos.**
- **La fiebre la detectaremos mediante un termómetro y no por el tacto.**
- **El niño está febril si la temperatura corporal en la axila supera los 37,5 ºC o los 38 ºC en el recto.**
- **Hasta los 39 ºC se trata de una fiebre moderada; más de 39 ºC se considera fiebre alta.**
- **Lo más frecuente es que la fiebre esté causada por una infección vírica aguda benigna.**
- **“Mucha fiebre” no siempre significa “mucha enfermedad”. La fiebre es sólo un síntoma. Lo importante es determinar su causa.**
- **Hay que tener en cuenta tanto la temperatura como el estado general del niño.**
- **No se deben combinar varios antitérmicos ni exceder la frecuencia ni la dosis establecidas por el pediatra.**

4.3. LA TOS

Cristina Ortega Casanueva • Pediatra. Hospital Quirón San José. Madrid
Teresa de la Calle Cabrera • Pediatra de Área. Salamanca

La tos constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en Pediatría, sobre todo si se prolonga durante más días de lo esperado. Es una de las mayores preocupaciones de los padres y la primera causa de absentismo escolar. La tos puede ser muy molesta, tanto para el niño como para sus familiares, y puede generar mucha ansiedad, sobre todo si se trata de padres primerizos.

La tos es un síntoma y no una enfermedad, aunque en algunas ocasiones puede ser la manifestación de una enfermedad subyacente.

Los padres soléis preocuparos cuando vuestro hijo tiene tos y acudís al pediatra, pero el diagnóstico más frecuente con el que saldréis de la consulta será que se trata de un proceso respiratorio de poca importancia. La tos puede repetirse a lo largo del tiempo al ritmo de los catarros que vaya pasando el niño. Es importante que los padres entendáis esto, ya que evitará que al niño se le realicen más pruebas complementarias de las necesarias, así como la administración incontrolada de medicación.

¿Qué es la tos?

La tos constituye un mecanismo fisiológico de defensa y limpieza de las vías respiratorias. Ante la irritación de la mucosa respiratoria por cualquier tipo de secreción o sustancia irritante (moco, humo, cuerpos extraños...) se produce el reflejo de la tos para expulsar aquellas secreciones o agentes nocivos. De esta forma el organismo mantiene las vías respiratorias limpias, por lo que no siempre es beneficioso intentar frenar la tos.

Cuando el niño es contagiado por un germen, lo que sucede con mucha frecuencia durante los meses más fríos del año (los virus se expulsan al hablar, toser o estornudar y pueden pasar fácilmente a las personas del entorno), el niño produce como primera defensa una capa fina de moco en las paredes de las vías respiratorias. Este moco actúa como una barrera para impedir que el microbio invasor se multiplique y penetre en el aparato respiratorio. Al mismo tiempo se produce la tos, como mecanismo para mantener las vías respiratorias limpias y como ayuda al cuerpo a curarse o protegerse.

¿Todos los niños pueden toser?

La tos se presenta sólo en el 25 % de los recién nacidos, aunque al mes de vida el 90 % de los niños ya tienen la capacidad de toser.

La tos se puede producir también de forma voluntaria.

Causas frecuentes de tos

La tos puede desencadenarse por cualquier irritante de las vías respiratorias, como el humo de un coche o un olor muy fuerte (por ejemplo lejía).

La mayoría de las veces obedece a un problema agudo y la causa va a ser evidente para vosotros.

La causa más frecuente de tos en la infancia son las infecciones respiratorias (como por ejemplo, los resfriados), dado el gran número de éstas que sufren los niños pequeños, sobre todo en invierno.

La tos puede mantenerse durante varios días, incluso durante varias semanas, por lo que debemos estar tranquilos ya que se trata de un periodo de tiempo muy habitual y puede desaparecer de forma espontánea sin necesidad de tratamiento.

Si la tos dura más de 3 semanas la llamaremos tos persistente.

Ante un niño con tos persistente, sobre todo si asiste a la guardería o colegio o tiene hermanos en edad escolar, las causas más probables siguen siendo las infecciones encadenadas por virus de las vías respiratorias. Pero, ¿qué quiere decir esto? Pues que los niños enlazan unos episodios con otros y a los padres os parece que es siempre el mismo catarro que le dura 20 días. En cualquier caso, si la tos persiste es conveniente una visita al pediatra, quien valorará el proceso.

Causas de la tos persistente

A continuación, comentamos brevemente otras causas frecuentes de la tos persistente en la edad pediátrica:

- **Goteo posnasal continuo.**

  Se produce en niños entre uno y seis años con infecciones repetidas en las vías respiratorias altas, cuando el moco se acumula y cae sobre la vía aérea superior, estimulándola y desencadenando el reflejo de la tos.

- **Asma.**

  Es la causa más frecuente de tos crónica en niños mayores de seis años y suele acompañarse de sibilancias (pitos) y/o dificultad respiratoria.

- **Reflujo gastroesofágico.**

  Es una afección en que los contenidos estomacales (alimento o líquido) se devuelven desde el estómago hacia el esófago, y es una de las causas más frecuentes de tos persistente en menores de un año. Los síntomas digestivos no siempre son evidentes por lo que puede ser difícil relacionar el reflujo con las manifestaciones respiratorias. El mecanismo de producción de la tos puede ser por pequeñas aspiraciones del ácido gástrico que pasan a la vía aérea, irritándola.

- **Tabaquismo pasivo.**

  En España, muchos niños están expuestos al humo de tabaco que fuman los padres. Existen varios estudios en los que se evidencia una mayor frecuencia y un inicio más precoz de las infecciones respiratorias en los hijos de padres fumadores. Esta situación se incrementa en el caso de que la madre fume durante el embarazo.

- **Aspiración de cuerpo extraño.**

  Suele ocurrir entre el primer año de vida y el tercero. Aunque el origen de esta tos es el atragantamiento, este hecho suele olvidarse y el diagnóstico sólo viene después, cuando aparecen complicaciones como la tos persistente o la infección.

- **Otras causas de la tos.**

  - Cuerpo extraño en el oído, que también puede producir tos persistente.
  - Tos psicógena: aparece de forma más frecuente en niños mayores y adolescentes del sexo femenino, generalmente tras haber padecido alguna infección respiratoria banal. Se caracteriza por desaparecer durante el sueño.
  - Algunos medicamentos.

¿Cuáles son las características de la tos?

Es importante diferenciar algunas características de la tos y el momento de su aparición ya que así podremos conocer su origen.

- Una tos seca o acompañada de ruido al respirar, especialmente al coger aire, indica un problema inflamatorio en las vías aéreas altas, generalmente debido a una infección respiratoria.
- La aparición brusca de la tos, asociada al antecedente de atragantamiento sugiere un cuerpo extraño.

- Si la tos ha mejorado o desaparecido en algún momento, seguramente se tratará de un nuevo episodio infeccioso que se ha solapado con el anterior.
- Intensa, recurrente y semejante al canto de un gallo, conocida como tos pertusoide, propia de infecciones como la tos ferina.
- Cuando aparece al levantarse o al acostarse, se relaciona con el goteo posnasal.
- La tos nocturna, que aparece durante el ejercicio o incluso con la risa, puede ir asociada al asma.
- La tos estacional aparece debido a la sensibilización y exposición a alérgenos ambientales (pólenes).
- Tos que mejora cuando el niño sale de casa: valorar el tabaquismo pasivo o la alergia a animales domésticos o a ácaros del polvo.
- Tos relacionada con las comidas: reflujo gastroesofágico.
- Edad de comienzo: un comienzo muy precoz orienta hacia una enfermedad congénita.

Además de conocer las características de la tos, **es importante saber si se acompaña de otros síntomas** (fiebre, dificultad respiratoria, pérdida de peso, etc.).

Ante una tos que produce secreción de moco y es persistente en el tiempo se debe siempre consultar al pediatra.

¿Es necesario realizar pruebas para diagnosticar la tos?

La tos no es una enfermedad sino un síntoma, por lo tanto, el diagnóstico será el de la enfermedad que la produce. Según las características de la tos, su pediatra podrá determinar la causa. Si considera que es una infección de las vías respiratorias superiores (nariz, senos nasales, faringe o laringe) no hará falta realizar en principio ninguna prueba. Como en cualquier enfermedad, lo más importante para poder hacer un diagnóstico es realizar una exploración física. Tras ésta, el pediatra decidirá si son necesarias pruebas diagnósticas adicionales.

¿Cuál es el tratamiento de la tos?

La tos es un mecanismo fisiológico que tiene el organismo para defenderse, por lo tanto no se recomienda tomar medidas para detenerla a no ser que se prolongue en el tiempo y así lo indique el pediatra.

La tos no debe eliminarse, sólo se debe tratar la causa que la produce, siempre que sea posible. Sin embargo, con mucha frecuencia se administra a los niños medicación para combatirla de manera inapropiada.

Ante la tos, se deben adoptar medidas generales como beber muchos líquidos, realizar lavados nasales con solución salina (para descongestionar, lavar y arrastrar la mucosidad de la nariz) y evitar el contacto con alérgenos o irritantes, como el humo del tabaco.

Respecto al uso de humidificadores, vaporizadores, filtros de aire, etc. como tratamiento para la tos inespecífica prolongada, no se ha demostrado su eficacia.

Si el niño presenta muchas infecciones que se solapan en el tiempo, habrá que valorar los factores que pueden estar originándolas para buscar una solución.

¿Los antibióticos sirven para curar la tos?

En la mayoría de los casos, su hijo tendrá tos debido a una infección viral, por lo que en principio no está indicado el uso de antibióticos. En todo caso, la prescripción de antibióticos siempre será hecha por su pediatra.

¿Los expectorantes sirven para curar la tos? ¿Qué son los mucolíticos?

Entre los medicamentos indicados para aquellas infecciones que provocan un exceso de moco, se

encuentran los expectorantes y los mucolíticos. Ambos buscan el mismo objetivo:

Los expectorantes se utilizan para facilitar la eliminación del moco y convertir la tos seca en productiva.

Los mucolíticos tienen como función disminuir la viscosidad del moco y, de esta forma, facilitar su expulsión.

No existe evidencia clínica sobre la eficacia de estos medicamentos, por lo que puede que su pediatra no indique su prescripción. No olvide que siempre que vaya a administrar alguno de estos medicamentos a su hijo, debe consultarlo previamente con su pediatra.

¿Se puede tratar la tos con los "remedios caseros"?

Hay dos remedios caseros que tienen mucha tradición en nuestra cultura como remedio contra la tos: la miel y la cebolla.

LA MIEL

Nuestros abuelos solían utilizar la miel para calmar la tos.

Existe incluso un estudio, publicado en una revista científica ('Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine', diciembre 2007), que concluye que unas cucharadas de miel son igual de eficaces que el

compuesto que llevan algunos jarabes para la tos. Sin embargo, debemos recordar que los menores de 12 meses no deben tomar miel. E incluso en edades posteriores su consumo puede producir caries por lo que debemos evitar su uso abusivo.

LA CEBOLLA

La cebolla es otro remedio popular para combatir la tos. Muchos padres manifiestan que una cebolla cortada al pie de la cama es muy eficaz. La cebolla contiene una sustancia, sulfuro de alilo, que le da su olor característico y nos hace llorar cuando la manipulamos. Además, tiene otras esencias volátiles que se liberan al cortarla y que se cree que tienen un efecto balsámico que puede aliviar la tos.

En todo caso, pese a la creencia de su eficacia, no hay evidencia científica.

OTROS REMEDIOS

Es muy importante no administrar a los niños pequeños hierbas o plantas para la tos (malva, malvavisco, semillas de anís...). El hecho de que sean naturales no significa que no puedan ser nocivas. Antes de darle cualquier hierba o planta para la tos a vuestro hijo, consultad con su pediatra.

¿Qué se debe vigilar y consultar?

La tos suele estar presente en el día a día de nuestros hijos y, como hemos comentado a lo largo del capítulo, generalmente se trata de un proceso común. Sin embargo, si junto con la tos el niño presenta alguno de estos puntos, será necesario consultar al pediatra de forma inmediata:

1. **Atragantamiento:** Si la tos está producida en el contexto de un atragantamiento y el niño no es capaz de eliminar el cuerpo extraño y tose constantemente, siempre se debe acudir al pediatra o a urgencias inmediatamente.
2. **Labios o lengua de color azul:** Si la tos persiste hasta el punto de que el niño presenta una coloración azulada en los labios o en la lengua, es muy probable que el niño se esté ahogando y que ese sea el primer signo de asfixia debido a que el oxígeno no le llega adecuadamente. No se debe llegar nunca a tal extremo y al mínimo indicio debemos acudir al médico.
3. **Dificultad respiratoria:** La tos puede ser un síntoma que indique una crisis de asma, especialmente si se asocia a "pitos" en el pecho y dificultad respiratoria.
4. **Dolor torácico:** Si la tos no cesa, puede que los músculos respiratorios se resientan y el dolor que el niño presenta sea muscular, pero también puede que sea un síntoma avanzado de una crisis asmática, por lo que siempre se debe consultar.
5. **Tos persistente** que interfiere en la vida cotidiana del niño (aquella que no le permita alimentarse con normalidad o que le impida, por ejemplo, dormir).
6. **Crisis de tos aguda** (parecida al canto de un gallo), intensa, recurrente, que afecta especialmente a aquellos niños que aún no han sido vacunados contra la tos ferina.

¿A quién debe consultar si su hijo tiene tos?

Ante cualquier duda sobre el estado de salud de vuestro hijo, **consultad siempre al pediatra y no a otra persona.** Su pediatra realizará la exploración correspondiente y tratará de resolver cualquier duda que tengáis y le administrará a vuestro hijo el tratamiento correcto y más eficaz.

RECORDAD:

- La tos constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en Pediatría.
- Es un mecanismo fisiológico de defensa para movilizar las secreciones mucosas y/o cuerpos extraños y, de esta forma, mantener la vía aérea limpia y permeable.
- Lo más frecuente es que la tos acompañe a un proceso infeccioso de las vías respiratorias y que se repita con el mismo ritmo que las infecciones respiratorias que el niño vaya presentando.
- Acudir a la guardería, al colegio o tener hermanos en edad escolar favorece las infecciones respiratorias y, por tanto, la persistencia de la tos.
- Las tres causas más frecuentes de tos persistente en edad pediátrica son: las infecciones de garganta, nariz u oídos, el reflujo gastroesofágico y el asma.
- Es importante valorar la edad a la que se presenta y las características de la tos.
- El tratamiento sintomático de la tos no está indicado y no existe evidencia científica de la eficacia de mucolíticos y expectorantes ni de remedios caseros tradicionales como la cebolla o la miel. En ningún caso deben administrarse al niño plantas o hierbas.
- Se deben adoptar medidas generales como la hidratación oral, ofreciendo abundantes líquidos, realizar lavados nasales con solución salina para descongestionar la nariz, lavar y arrastrar la mucosidad de la nariz y evitar estar en contacto con alérgenos y otros irritantes como el humo del tabaco.
- La tos persistente puede ser un síntoma de una enfermedad subyacente y se debe tratar de identificar la causa para poder tratarla.
- Si la tos va acompañada de dificultad respiratoria, dolor torácico, vómitos frecuentes o interfiere en la vida cotidiana del niño, se debe siempre consultar con su pediatra.
- Lo más importante es que, ante cualquier duda en cuanto al estado de salud de su hijo, siempre consulte al pediatra y no a otra persona.

4.4. LA DIARREA AGUDA

Mónica Baeza Velasco • Pediatra de Atención Primaria, C.S. La Corredoira. Oviedo
Fernando Malmierca Sánchez • Pediatra Atención Primaria. C.S. Universidad Centro. Vicepresidente Atención Primaria AEP

La diarrea aguda es la principal causa de enfermedad en la infancia en el mundo. En los primeros cinco años de vida cada niño padece de media siete episodios de diarrea en los países desarrollados, llegando hasta treinta en los países en vías de desarrollo, siendo en estos países un proceso más peligroso. En los países desarrollados se trata, en general, de un proceso benigno y autolimitado, pero que causa un gran número de consultas, además de preocupación y ansiedad familiar.

¿Qué es la diarrea?

Se entiende que un niño tiene diarrea cuando presenta un **aumento del número** de sus deposiciones habituales y propias de su edad, de forma brusca, acompañado o no de la disminución de su consistencia, y generalmente con pérdida de peso.

¿Es lo mismo diarrea aguda que gastroenteritis aguda?

El diagnóstico de gastroenteritis aguda se refiere a una inflamación de la mucosa (capa interna) del intestino y del estómago. Generalmente se usan como sinónimos, pues la gastroenteritis suele ser también de causa infecciosa, principalmente producida por un virus en los niños, cursa también con diarrea aguda, vómitos, con o sin náuseas, fiebre y/o dolor intestinal.

¿Cuál es la causa?

En nuestro medio más de la mitad de las diarreas están producidas por rotavirus, aunque también por otros virus, y menos frecuentemente son infecciones por bacterias o protozoos.

¿Cuánto suele durar?

La duración de una diarrea aguda suele ser de unos días a una semana, independientemente del tratamiento establecido. Variará dependiendo del germen causal y de la extensión de la infección.

¿Cuándo debo consultar al pediatra?

En la mayoría de los casos se trata de un cuadro que cura por sí mismo en unos días. Siempre que se trate de un recién nacido o lactante de pocos meses debe ser evaluado por el pediatra, quien será el que valore el estado general del pequeño y su posible riesgo de deshidratación. En los lactantes mayores y preescolares el pediatra tendrá en cuenta la afectación de su actividad habitual, la evolución del cuadro, si se controla o por lo contrario va en aumento, las características de la diarrea, cómo comenzó, el número de deposiciones, cómo son de líquidas, si tienen moco o sangre o si hay síntomas asociados.

Si el niño está decaído e inapetente, las deposiciones son muy frecuentes o no ceden, y especialmente si vomita demasiado, impidiendo la administración de líquidos y alimentos por la boca, se debe acudir a consulta.

¿Qué consecuencias puede tener?

El riesgo más importante de una diarrea aguda en un niño pequeño es la deshidratación. Siempre que existan dudas se debe acudir al pediatra, quien a través de una exploración física puede estimar si existe o no y el grado de deshidratación.

Por lo general, si el niño llora con lágrimas, orina normalmente, mantiene el apetito y está contento, es indicativo de que no está deshidratado. Por el contrario si se da alguno o varios de los siguientes síntomas debéis acudir al pediatra: si hay ausencia de lagrimeo, los ojos están hundidos, no moja los pañales, la piel y las mucosas están secas, las manos frías, o está adormilado.

¿Cuál es el tratamiento?

No existe un tratamiento específico. El principal objetivo es **evitar la deshidratación**, por eso se debe comenzar lo antes posible con las **soluciones de rehidratación oral.** Existen varias comercializadas en España para pediatría, con un contenido en sodio adecuado para los niños. Se debe iniciar de forma fraccionada y en pequeñas cantidades desde el primer momento antes de probar la tolerancia a los alimentos. El pediatra le orientará sobre cómo hacerlo y la forma más adecuada para comenzar la realimentación lo antes posible, y con qué alimentos debe hacerlo, dependiendo de las características del niño, de la diarrea y de su edad. Habitualmente deben evitarse las dietas estrictas, los alimentos ricos en grasa y en azúcares refinados.

¿Se debe hacer alguna prueba especial?

Si el pediatra estima que la deshidratación ya se ha producido, será él quien decida una derivación hospitalaria para realizar las pruebas y el tratamiento que se consideren necesarios en cada momento (posiblemente rehidratación intravenosa). El cultivo de las heces (coprocultivo) sólo será necesario, en principio, cuando la diarrea dure mucho tiempo o se sospeche que pueda deberse a un germen muy invasivo.

¿Se debe administrar tratamiento farmacológico?

Los fármacos habitualmente utilizados no están indicados e incluso algunos de ellos son potencialmente perjudiciales. En los últimos años se ha visto que existen otro tipo de tratamientos, como los probióticos, que pueden ayudar a acortar la duración de la diarrea. Será el pediatra, en todo caso, quien deba aconsejar lo más adecuado para cada paciente. El uso de antibióticos se reserva exclusivamente para infecciones por gérmenes muy agresivos.

¿Se debe cambiar la leche?

En caso de estar recibiendo lactancia materna se debe continuar con ella. En general no están indicadas las fórmulas sin lactosa, ni otras fórmulas especiales salvo que la diarrea se prolongue mucho en el tiempo y su pediatra lo aconseje por algún motivo concreto. Tampoco se recomienda diluir las fórmulas lácteas.

¿Existe alguna forma de prevenirla?

La forma de contagio principal es la fecal-oral, es decir a través de las heces (al cambiar los pañales, por ejemplo) o por la boca (con alimentos contaminados), por lo que es importantísimo extremar la **higiene de manos** en casa y en las guarderías. Igualmente extremad la higiene en la preparación de los alimentos, sobre todo de los biberones.

Desde hace unos años, y para prevenir las diarreas por rotavirus, se recomienda la vacunación de los lactantes contra rotavirus, como vemos en el Calendario de Vacunación, recomendado por el Comité Asesor de Vacunas de la AEP (ver Capítulo 1 del Apartado 3), con ello se evitarán la mayoría de los procesos diarréicos en menores de cinco años de nuestro medio.

¿Cuánto tiempo de evolución se considera normal en una diarrea aguda?

Si las deposiciones blandas y/o frecuentes se prolongan en el tiempo, más allá de dos semanas sin mejoría, consideraremos que se trata de una diarrea prolongada o crónica y, en ese caso, se debe acudir al pediatra, quien valorará la pauta a seguir.

¿Puede mi hijo acudir al colegio o guardería?

Puesto que en la mayoría de las ocasiones se trata de diarrea leve, no se debe limitar excesivamente la actividad del niño, siempre que mantenga un buen estado general y de hidratación.

Como norma general, el niño no debe acudir si tiene fiebre o se acompaña de cualquier otro síntoma de afectación general que antes hemos descrito. Se puede permitir que el niño vuelva al centro cuando no se le escapen las deposiciones o queden contenidas en el pañal en el caso de las guarderías. Es necesario insistir en extremar las medidas de higiene en los profesores y cuidadores para evitar el contagio.

¿A quién debe consultar si su hijo tiene diarrea?

Cualquier duda en cuanto al estado de salud de su hijo debe consultarse siempre al pediatra, quien tratará de resolverla y valorará el problema de su hijo de la forma más eficaz y rigurosa.

RECORDAD:

- La diarrea es una enfermedad muy común en la infancia y un motivo frecuente de consulta.
- La causa más frecuente en nuestro medio son las infecciones por virus y más raramente por bacterias.
- En los niños pequeños suelen crear preocupación familiar, aunque la mayoría de los casos son procesos leves, que se controlan bien en el domicilio.
- La principal complicación es la deshidratación por pérdida de agua y sales minerales.
- Se debe evitar la deshidratación ofreciendo soluciones de rehidratación lo antes posible, preferiblemente con las fórmulas infantiles de venta en farmacia, que contienen las proporciones exactas (evitar fórmulas como los refrescos de cola, las bebidas llamadas isotónicas, etc.).
- También se debe ofrecer alimentos enseguida, aunque sin forzar.
- Los lactantes que tomen lactancia materna deben continuar con ella y el resto no debe modificar inicialmente su fórmula habitual.
- Existen alimentos que se toleran mejor y otros que deben evitarse. Su pediatra se lo indicará según la edad del niño.
- No se deben administrar medicinas, salvo en casos concretos, previa valoración y recomendación por parte de su pediatra.
- Se deben extremar las medidas de higiene habituales, sobre todo el lavado de manos.
- Ante cualquier duda o preocupación, consulte con su pediatra, quien le podrá informar y ayudar de una forma rigurosa.

4.5. LOS VÓMITOS

Mónica Baeza Velasco • Pediatra de Atención Primaria, C.S. La Corredoira. Oviedo
Ángel Martín Ruano • Pediatra Atención Primaria. C.S. Miguel Armijo. Salamanca

Los vómitos son un motivo muy frecuente de consulta en pediatría. Cuando los padres llegan a la consulta del pediatra, preocupados porque su hijo vomita, éste intenta averiguar su causa a través de la historia clínica.

Lo primero que hay que aclarar es el concepto de vómito.

¿Qué es el vómito?

Se considera que se trata de vómito cuando se produce la expulsión de forma brusca (con fuerza) del contenido del estómago o de los primeros tramos del intestino delgado, que puede ir o no precedida de náusea.

¿Todos los vómitos son iguales?

No todos los "vómitos" son iguales. Por ejemplo, un motivo de consulta muy frecuente es el vómito de las primeras semanas de vida. En los primeros meses los bebés regurgitan con facilidad (eliminan parte de la toma de manera no brusca, sin fuerza), esto es una consecuencia natural de su inmadurez, y raramente necesitan tratamiento. La mayoría de las veces a los padres os debe tranquilizar saber que suele ser un proceso transitorio y el pediatra será quien valore si se precisa alguna actuación, como mantener unas medidas posturales adecuadas.

¿Cuál es la causa?

Los vómitos pueden ser debidos a numerosas causas, tanto digestivas como no digestivas. Pueden ser un síntoma único y aislado o acompañarse de otros, como diarrea o fiebre, o bien, formando parte de una entidad médica concreta como una gastroenteritis aguda.

¿Cuándo debéis consultar al pediatra?

En el niño menor de 3 años, que difícilmente se comunica, la presencia de vómitos suele ocasionar preocupación y gran intranquilidad familiar. Si son repetidos debéis acudir al pediatra, quien, tras realizar unas preguntas a la familia y practicar la habitual exploración, va a orientar el diagnóstico. Con ello el pediatra descartará o confirmará una enfermedad que requiera tratamiento médico o quirúrgico.

Además de conocer al niño, su edad y sus antecedentes, p. ej. si se trata de un niño prematuro o con algún problema al nacimiento, entre las preguntas que el pediatra os puede hacer a los padres, están:

- **¿Cómo es el vómito?** El color, contenido (sangre, bilis, etc.), las características: si se producen antes o tras las tomas, al despertar, por la noche, con náusea o sin ella, etc.
- **¿Cuánto tiempo lleva el niño vomitando? ¿Se repiten los episodios de forma reiterativa cada cierto tiempo? ¿Cuántas veces ha vomitado?** Para el pediatra es útil clasificar los vómitos por su forma de presentación, considerándose agudos si duran unos días, crónicos

si se presentan durante más de una semana y cíclicos cuando se producen episodios de vómitos durante unos días con periodos de normalidad entre ellos.

- **¿Existe relación con la ingesta de algún alimento o medicamento?** En el caso de que se constate una relación, hará sospechar de una posible alergia o intolerancia.
- **¿Existe alguien más en la familia o el entorno con vómitos?** En caso afirmativo podrían deberse a una enfermedad infecciosa o intoxicación alimentaria.
- **¿Se acompañan de otros síntomas específicos como fiebre, diarrea, dolor abdominal; o generales como falta de ganancia ponderal, pérdida de peso o retraso en el incremento de la talla?** Estos datos ayudarán al pediatra en el diagnóstico o le harán plantearse la necesidad de realizar **estudios complementarios:** analítica de orina, cultivo de orina, etc.

Los vómitos según la edad del niño

A los pediatras les es útil conocer la edad del niño pues cada grupo de edad tiene asociadas unas causas más frecuentes de vómitos **(Tabla 1).**

- **Vómitos del neonato:** Si un recién nacido vomita repetidamente, debéis acudir al pediatra para descartar trastornos importantes. En los días posteriores al parto habrá que descartar la existencia de un cuadro de obstrucción intestinal. Otra causa frecuente a esta edad es la infecciosa, siendo la infección urinaria la más frecuente, seguida de otros procesos graves como las sepsis. Aunque en estos casos seguramente existen además otros síntomas importantes como fiebre y afectación severa del estado general, debéis actuar con rapidez.
- **Vómitos del lactante:** La causa más frecuente en esta edad es la alimentación inadecuada, por eso el pediatra se podrá interesar sobre cuestiones como la preparación de la toma, la frecuen-

TABLA 1. Algunas causas de vómito por grupos de edad.

NEONATO	LACTANTE	PREESCOLAR
• Alimentación incorrecta	• GEA	• GEA
• Infección urinaria	• Infección urinaria	• Infección ORL
• GEA	• RGE	• Vómitos cíclicos
• RGE	• Infección ORL	• Apendicitis
• EHP	• Alergia a proteínas de leche de vaca	• Meningitis
• Infecciones graves	• Invaginación intestinal	
• Malformaciones digestivas	• EHP	

GEA: Gastroenteritis aguda; **ORL:** Otorrinolaringológica; **RGE:** Reflujo gastroesofágico; **EHP:** Estenosis hipertrófica de píloro.

cia, el volumen, etc. y resolver cualquier duda que pueda haber surgido al respecto, así como corregir errores si es necesario. El reflujo gastroesofágico es la siguiente causa más común en esta época, junto a la gastroenteritis infecciosa y la infección urinaria.

Al igual que en el recién nacido, en esta edad y en caso de infecciones, el riesgo de diseminación de ésta y de deshidratación es mayor que en otras épocas, por lo que en caso de coincidir vómitos repetidos, fiebre alta y afectación general, el niño deberá ser valorado rápidamente por el pediatra, principalmente en los primeros meses de vida.

Aunque menos frecuentes, dos cuadros que se presentan a esta edad son la estenosis hipertrófica de píloro (estrechamiento en la salida del estómago con dificultad en el vaciamiento gástrico) y la invaginación intestinal (una parte del intestino se introduce en la luz de la siguiente); ésta es más frecuente a partir de los 6 meses.

Es importante tener en cuenta el inicio de la lactancia y sobre todo la incorporación de los primeros biberones, por la posibilidad de alergia o intolerancia a las proteínas de la leche de vaca. En este caso los vómitos suelen desaparecer tras la retirada de la misma, considerándose este hecho una prueba que orienta el diagnóstico.

- **Vómitos del preescolar:** En este grupo de edad el diagnóstico generalmente va a ser menos complicado. Las causas más frecuentes son la gastroenteritis aguda, en las que los vó-

mitos pueden preceder a la diarrea; la toxiinfección alimentaria o la alergia a algún alimento. Es también frecuente encontrar vómitos secundarios a causas no relacionadas con el sistema digestivo, como las infecciosas, sobre todo las otitis o la faringoamigdalitis, seguidas de infecciones respiratorias, urinarias o neurológicas. También hay vómitos en patologías como la obstrucción intestinal, apendicitis o peritonitis aguda, acompañándose de gran malestar general, con dolor agudo e intenso.

¿Cuál es el tratamiento?

No existe un tratamiento general para el vómito, pues se ha observado que las causas pueden ser muy diversas. Habitualmente si los cuadros clínicos son agudos y autolimitados o secundarios a otros procesos tratables, no debéis usar fármacos antieméticos que inhiban el vómito, pues son potencialmente peligrosos. Debéis comenzar con la administración de suero de rehidratación oral ofreciendo cantidades pequeñas y frecuentes, no debéis retirar la lactancia materna y, si se dan biberones, podéis volver a ellos o a una dieta blanda cuando se compruebe la tolerancia.

Debéis aseguraros en todo momento del aporte adecuado de líquidos y de azúcares, evitando la aparición de cetosis (acetona) que generalmente acompaña a los vómitos. En el caso de los vómitos crónicos o recurrentes, el tratamiento será el de la enfermedad que los produce.

¿A quién debéis consultar si vuestro hijo vomita?

Como ante cualquier duda en cuanto al estado de salud de vuestro hijo, debéis consultar siempre al pediatra y no a otra persona. Su pediatra tratará de resolverla de la forma más cercana y rigurosa.

RECORDAD:

- **El vómito es un síntoma muy frecuente en la infancia y un motivo habitual de consulta.**
- **Puede ser el síntoma único, el principal, o acompañarse de otros síntomas.**
- **Las causas pueden ser muy variables y venir condicionadas en gran medida por la edad del niño.**
- **Cuando los bebés y lactantes vomitan repetidamente debéis consultarlo con el pediatra.**
- **La causa más frecuente de vómitos en esta época de la vida es la infecciosa.**
- **Si no hay enfermedad grave ni necesidad de tratamiento hospitalario, se comenzará el tratamiento con soluciones de rehidratación oral.**
- **En general deben evitarse medicamentos antieméticos (que “cortan” el vómito).**
- **Ante cualquier duda o preocupación, debéis consultar con vuestro pediatra habitual, quien os informará y ayudará de una forma cercana y rigurosa.**

4.6. EL ESTREÑIMIENTO

Mónica Baeza Velasco • Pediatra de Atención Primaria, C.S. La Corredoira. Oviedo
Fernando Malmierca Sánchez • Pediatra Atención Primaria. C.S. Universidad Centro. Salamanca. Vicepresidente Atención Primaria AEP

El estreñimiento es un problema de salud muy frecuente en los primeros años de vida. A los padres os genera gran preocupación y motiva un importante número de consultas al pediatra, hasta un 25 % de las consultas de gastroenterología infantil. Debéis abordarlo cuanto antes, estableciendo las medidas adecuadas para evitar el empeoramiento del problema con el paso del tiempo y su persistencia hasta la edad adulta.

¿Qué es el estreñimiento?

Se entiende que un niño está estreñido cuando presenta una **disminución de la frecuencia de las deposiciones,** independientemente de cómo sea su volumen y consistencia, o si presenta **molestias y dificultad al hacer caca.** Si existe impactación (acumulación de heces endurecidas y compactas) en el último tramo del intestino, puede darse la paradoja de que se escape parte del material fecal por "rebosamiento", hablándose entonces de **encopresis** o incontinencia fecal. Esto se debe a que la materia fecal dura permanece en el colon y el niño sólo evacua, sin control, las heces suaves o semilíquidas que rodean las heces retenidas.

¿Es igual el hábito defecatorio en todos los niños y en todas las edades?

No es igual. Debéis tener en cuenta que el ritmo de deposiciones varía de un niño a otro y sobre todo hay **gran diferencia en función de la edad.** El recién nacido alimentado con leche materna puede presentar deposición tras casi todas las tomas durante las primeras semanas y son menos numerosas y más consistentes en el lactado artificialmente. Los lactantes alimentados con leche adaptada (biberón) suelen hacer al menos 3 deposiciones a la semana. En niños mayores consideramos un posible estreñimiento si la frecuencia de defecación es menor de dos deposiciones a la semana. Se considera estreñimiento crónico cuando esta situación se prolonga durante más de 8 semanas.

¿Cuál es la causa?

El estreñimiento más frecuente (hasta el 95 % de los casos) es el conocido como **estreñimiento funcional o idiopático,** aquel que no se debe a una causa orgánica, dándose la circunstancia de que generalmente existen antecedentes en vosotros, los padres.

Sin embargo, también existen causas y enfermedades concretas que presentan estreñimiento entre sus síntomas. Algunas enfermedades renales y endocrinológicas como el hipotiroidismo y la diabetes, o digestivas como la enfermedad celíaca, pueden manifestarse con estreñimiento. El tipo de lactancia puede favorecer el estreñimiento, siendo más frecuente con lactancia artificial que con leche materna.

Será el pediatra quien, en cada caso, valorará cuestiones como las características de las deposiciones, la frecuencia, la evolución del estreñimiento y el tipo de alimentación, además de la situación familiar. Según la edad del niño, podrá preguntaros cuestiones como: cuánto tiempo tardó en eliminar

el meconio (primeras heces, viscosas y espesas de color verde oscuro a negro), si existió algún desencadenante al inicio de los síntomas (introducción de alimentación complementaria, dolor tras la deposición, gastroenteritis previa), a qué edad consiguió controlar los esfínteres, si el proceso fue forzado o existió una conducta de oposición con retención al inicio, y si hay sangrado al hacer caca. También considerará la presencia de factores estresantes personales o familiares (nacimiento de hermano, cambio de centro escolar o cuidador, cambio de domicilio temporal o definitivo).

Será importante que informéis al pediatra si el niño está recibiendo algún tipo de medicación, pues alguna puede ocasionar o agravar el estreñimiento; así como los tratamientos previos administrados para resolver el problema, en el caso de que se haya comenzado dicho tratamiento. Puede ser útil que aportéis información sobre la dieta que realiza el niño, presentando especial atención a cuestiones como la ingesta de líquidos y fibra o el exceso de lácteos y golosinas ricas en almidón. Tras conocer estos datos el pediatra realizará al niño la exploración que corresponda en cada caso.

¿Se puede prevenir el estreñimiento?

El pediatra os podrá explicar las características y frecuencia de las deposiciones en los niños pequeños, así como los cambios que se producen en los primeros años de vida, para que pueda saber si el ritmo intestinal de vuestro hijo corresponde a un hábito intestinal saludable o está desarrollando un estreñimiento. Se deben seguir las recomendaciones indicadas por el pediatra en la introducción de alimentos y consultar las dudas que surjan para evitar y corregir las alteraciones dietéticas cuanto antes.

La adquisición del **control de esfínteres** suele ser el periodo en el que empieza la retención. En el caso del estreñimiento crónico funcional, generalmente, se puede encontrar en la historia clínica del niño algún desencadenante que produzca defecaciones dolorosas ya desde lactante. Esto se debe a que las heces se acumulan en el último tramo del intestino, el niño pierde el reflejo de la defecación, las heces se vuelven duras y grandes y se produce un círculo cerrado defecación dolorosa-retención.

TABLA 1. Algunas causas de estreñimiento por grupos de edad.

RECIÉN NACIDO	LACTANTE	PREESCOLAR
• Lactancia con fórmula	• Igual que el recién nacido	• 95 % idiopático (de aparición espontánea o causa desconocida)
• Fisura anal	• Prolapso	• Fisura anal
• Estenosis anal	• Fibrosis quística	• Retención fecal
• Medicación materna	• Hipotiroidismo	• Enfermedad celíaca
• Otras causas orgánicas	• Enfermedades renales	• Diabetes
		• Enfermedad de Crohn

Por eso debéis consultar con el pediatra en cuanto empiecen a aparecer este tipo de conductas. Éste os podrá asesorar sobre la edad adecuada para comenzar a entrenar al niño en el control, cómo hacerlo, evitar métodos muy exigentes y reconducir, si precisa, la **repercusión familiar** que genera este periodo. También os ayudará a valorar la posible presencia de algún estrés psicológico como el nacimiento de un hermano, la separación familiar, o la fobia al retrete que tienen algunos niños.

¿Es necesario hacer alguna prueba médica?

Habitualmente con los datos que los padres aportáis, el pediatra iniciará las primeras recomendaciones higiénico-dietéticas de tratamiento, que frecuentemente solucionarán el estreñimiento que anteriormente hemos llamado funcional. Cuando se sospecha que puede existir alguna **causa orgánica o no existe mejoría,** tras la puesta en práctica de las recomendaciones y una vez comprobado que se cumplen correctamente, decidirá si se precisa alguna prueba médica. Las pruebas más complejas en la consulta del especialista se reservan para casos muy concretos y muy resistentes al tratamiento.

¿Qué son las fisuras anales?

La emisión de heces duras y voluminosas durante la defecación puede provocar una sobredistensión de la mucosa, generando una erosión superficial en ésta, denominada **fisura anal.** Es más frecuente en niños con estreñimiento crónico, en los que la sobredistensión es habitual.

La fisura puede ir acompañada de un poco de sangre, aunque este sangrando en general dura poco. Si el sangrado es abundante e indoloro debéis consultar al pediatra para que descarte otras causas. Podéis ayudar a la buena evolución de la fisura con baños de asiento, que consisten en sentarse en agua tibia hasta las caderas durante 5-10 minutos. Se podrán llevar a cabo varios baños a lo largo del día. La estrecha relación entre el estreñimiento y la aparición de fisuras anales obliga a tratar el primero, evitando las heces duras y voluminosas que provocan dolor al hacer caca.

¿El estreñimiento tiene tratamiento?

Vuestro pediatra os ayudará a desdramatizar la situación que se produce en muchas familias, explicándoos los patrones normales a la hora de ir al baño y los hábitos que hay que conseguir. Para ello es necesario exigir **compromiso y paciencia** por parte de la familia, explicando que serán necesarios meses de tratamiento, cumpliéndolo correctamente. En general, el éxito requiere una modificación de la conducta y de la dieta. El pediatra determinará si es necesario un tratamiento farmacológico.

Podríamos considerar varios puntos en el tratamiento del estreñimiento:

1. **Pautas conductuales:** Es fundamental que establezcáis en el niño **unas rutinas** a horas fijas después de las comidas, evitando que aguante las ganas de ir al baño, y favoreciendo que vaya sin prisas. Tampoco tiene que pasar mucho tiempo en el inodoro, ni ir más de dos veces al día. Tenéis que procurar que se siente cómodamente, en un orinal adecuado, o en un adaptador de retrete con un alzador para apoyar los pies, que le permita hacer "fuerza" para defecar.

2. **La dieta:** Los niños con estreñimiento leve pueden requerir únicamente medidas dietéticas: aporte suficiente de **líquidos,** dieta rica en fibras, como **frutas, verduras, cereales y legumbres y restringir la leche** a medio litro al día. Puede considerar ofrecer una fórmula de leche antiestreñimiento a los lactantes alimentados con leche adaptada. No se recomienda añadir suplementos de fibra comercial en menores de cuatro años si se hace una dieta correcta.

3. **El tratamiento médico:** Varía en función de la edad y no todos los fármacos están indicados en lactantes y niños pequeños. Por otra parte, es fundamental resolver la compactación fecal antes de empezar cualquier otro tratamiento. Los tratamientos pueden realizarse por vía oral o rectal. No se recomienda el uso de enemas caseros porque pueden ser peligrosos. No debéis automedicar al niño, el pediatra os indicará la conveniencia o no de la medicación y cuál es la más adecuada en cada caso.

¿El estreñimiento se cura?

El objetivo es lograr que el niño haga deposiciones blandas, **sin dolor, miedo, ni esfuerzo.** Para lograrlo el pediatra será quien os informe sobre las dos primeras medidas que se han señalado anteriormente y si lo cree necesario será quien encuentre la dosis mínima eficaz de medicación necesaria que se deberá mantener durante un tiempo (varios meses o un año) una vez logrado el efecto deseado. El objetivo de esta fase es el reaprendizaje de la defecación y la recuperación de la necesidad de defecar. Vuestro pediatra os indicará cómo y cuándo suspender la medicación de forma progresiva.

Se deben **mantener los hábitos conseguidos toda la vida.**

En los casos poco frecuentes en que el estreñimiento se deba a una enfermedad concreta, la evolución y el pronóstico vendrán condicionados por la causa que lo origina.

RECORDAD:

- **Se considera que un niño está estreñido cuando existe disminución o dificultad para hacer deposiciones, causando molestias (existen variaciones en función de la edad).**
- **El estreñimiento es una causa muy habitual de consulta al pediatra y de preocupación familiar.**
- **En más del 95 % de los casos el estreñimiento es el que denominamos funcional y muchas veces no precisa de tratamiento médico o farmacológico.**
- **Consultad con vuestro pediatra al principio de los síntomas pues, tras valorar al niño, establecerá un diagnóstico adecuado y os dará las pautas a seguir en cada caso.**
- **Es necesaria la implicación y el compromiso familiar para controlar la alimentación del niño, así como la educación de un correcto hábito intestinal, se esté tomando tratamiento o no.**
- **Debéis tener paciencia, pues se necesita tiempo para solucionar el problema inicialmente y mantener los buenos hábitos toda la vida.**
- **Cualquier duda o preocupación debéis consultarla con vuestro pediatra habitual sin dejaros aconsejar por otras personas, ya que será quien os pueda ayudar de una forma rigurosa.**

4.7. LA PIEL

Antonio Jurado Ortiz • Pediatra. Hospital Regional Universitario. Málaga. Presidente del Comité Científico de Congresos AEP
Fernando Malmierca Sánchez • Pediatra Atención Primaria. C.S. Universidad Centro. Salamanca. Vicepresidente Atención Primaria AEP

La piel del niño, y especialmente la del lactante, es diferente a la del adulto; es más delgada, con un pH (nivel de acidez) más reducido, con menor número de glándulas sebáceas y sudoríparas y con insuficiente desarrollo inmunitario, por lo que tiene menos desarrollados los mecanismos defensivos, una mayor sensibilidad a los agentes infecciosos y parasitarios y favorece además la presencia de patologías dermatológicas diferentes a las propias de la época adulta.

La piel del bebé puede llegar a representar más del 13 % del total de su peso corporal, comparado con el 3 % de un adulto. Su cuidado y, especialmente, el de las zonas más delicadas, como la zona del pañal, es fundamental.

Por otra parte al ser más fina y sensible, la administración de determinados medicamentos tópicos, así como la duración de uso de los mismos, es más limitada y exige cuidados diferentes a los de otras etapas de la vida.

El cuidado correcto de la piel en la primera etapa es fundamental para poder disfrutar de una piel sana el resto de la vida.

4.7.1. TIPOS DE LESIONES

Para el diagnóstico de las lesiones en la piel es fundamental distinguir la lesión inicial, característica del proceso patológico, de la que aparece cuando esta lesión inicial se modifica bien por un tratamiento tópico inadecuado o por una agresión física (rascado) o una infección.

Valga como norma general no utilizar nunca ningún tratamiento sin una valoración previa por parte del pediatra, pues su uso puede modificar el aspecto de las lesiones dificultando su diagnóstico definitivo.

Es importante saber cuál es el aspecto de las lesiones cutáneas elementales más frecuentes, no sólo por conocerlas, sino para describírselas al pediatra en caso de que ya no estén presentes o se hayan modificado en el momento de la consulta. Las más frecuentes son:

- **Mácula:** Lesión plana bien circunscrita, claramente delimitada de la piel sana, que puede ser eritematosa (rojiza).
- **Pápula:** Lesión sólida o de contenido sólido, circunscrita y elevada.
- **Vesícula:** Lesión epidérmica llena de líquido, habitualmente claro.
- **Ampolla:** Como la vesícula, pero de tamaño superior a 1 cm.
- **Pústula:** Vesícula con contenido purulento.
- **Equimosis o púrpura:** Máculas originadas por la extravasación de sangre de muy diverso tamaño. **No desaparece con la presión.**
- **Petequia:** Es una lesión purpúrica de pequeño tamaño.
- **Eritema:** Zona de enrojecimiento.

Las lesiones cutáneas pueden no sólo ser expresión de enfermedades de la piel sino de otras enfermedades generales como algunas de tipo alérgicas, infecciosas, hormonales, tóxicas, tumo-

rales o de la coagulación de la sangre, entre otras, por lo que la valoración por parte del pediatra es siempre importante.

4.7.2. MANIFESTACIONES FISIOLÓGICAS (NORMALES)

Conviene destacar que muchas alteraciones de la piel son manifestaciones fisiológicas (por tanto se pueden considerar normales), que acontecen de forma común en determinadas edades, especialmente en el **recién nacido.** A continuación enumeramos las que destacan por su frecuencia e importancia en esta edad.

Eritema fisiológico

La piel del recién nacido puede aparecer enrojecida, aunque no de manera muy intensa, durante las primeras 48-72 horas de vida.

Ictericia fisiológica

A partir del tercer o cuarto día de vida la piel puede tornar a un color amarillo (ictericia). Ésta debe de preocupar si su inicio es precoz, en las primeras 48 horas de vida; si permanece durante un tiempo prolongado, se inicia a partir de la segunda semana; o bien si su extensión alcanza las extremidades inferiores. En todos estos casos se debe consultar con el pediatra.

Cutis marmorata

Sucede por inmadurez de los capilares cutáneos (pequeñas arterias y venas) que provoca, cuando se desnuda al niño o se expone al frío, zonas pálidas junto a otras mal definidas de color más oscuro, dando lugar a una piel jaspeada similar al mármol. Este fenómeno desaparece habitualmente en unas semanas.

Nevi materni

Conocidos popularmente como “picotazos de cigüeña” son manchas rojizas, planas, de localización preferente en la nuca, párpados, entrecejo y frente. Son debidas a dilataciones transitorias de los capilares cutáneos y por tanto suelen desaparecer durante el primer año de vida. La intensidad de su color puede aumentar con el llanto.

Mancha mongólica

Llamada así por su mayor incidencia en la raza mongol, sin que tenga ninguna relación con el síndrome de Down. Consiste en una mancha azulada, como un “cardenal”, de diferentes tamaños, casi siempre única y localizada en la zona lumbo-sacra, pero que también pueden ser varias y situadas en cualquier otra zona. Son marcas cutáneas benignas que dejan de apreciarse hacia los 12 meses de vida.

Acné del recién nacido

Lesiones puntiformes similares a las de acné en otras edades, que surgen en los primeros días de vida y ceden hacia los tres meses.

Milium o quistes miliares

Son una o varias pequeñas lesiones sobreelevadas (pápulas), blanquecinas o amarillentas (siempre en número escaso), que se localizan en nariz o mentón y se corresponden a un mayor desarrollo relativo de las glándulas sebáceas. Se resuelven espontáneamente.

Ampollas de succión

Están presentes al nacer como consecuencia de los movimientos de succión intraútero que realiza el feto, se sitúan en dorso de manos, pies o antebrazos y pueden estar íntegras o rotas. No requieren tratamiento.

Exantema toxoalérgico

Se inicia entre las 24-48 horas de vida y desaparece hacia los 7-10 días, aunque en ocasiones puede durar varias semanas. Simula una urticaria en miniatura, las lesiones tienen apariencia de lesiones maculosas rojizas y con pequeñas vesículas en el centro. No se requiere tratamiento.

Lanugo

Vello muy fino sobre todo en hombros y torso que desaparece hacia la segunda semana de vida.

Grietas y descamación

Al desaparecer el "vérnix caseoso" (sustancia sebácea) que protege la piel del recién nacido, ésta se seca agrietándose y descamándose en las primeras horas de vida.

Por otra parte, si se detectan en el recién nacido la presencia de manchas de color café con leche y las acrómicas (lesiones blanquecinas) debéis consultar con el pediatra y seguir su evolución.

4.7.3. ALTERACIONES DE LA PIEL

Dentro de las alteraciones patológicas de la piel, vamos a comentar alguna de las más relevantes y frecuentes en **los primeros años de vida.**

Dermatitis (eczema) atópica

La dermatitis es un término genérico que se utiliza para definir una amplia gama de reacciones inflamatorias que afectan a la piel.

La dermatitis atópica es la manifestación más frecuente de atopía en el niño, lo padecen entre un 15-20 % de los niños y es raro antes de los dos meses de edad.

Podríamos definir la **atopía** como una condición hereditaria que predispone a reaccionar de manera exagerada a un estímulo exterior (alérgenos ambientales) manifestándose en forma de eczema, asma o rinitis.

El eczema atópico suele desaparecer tras los primeros años, pero muchos pacientes pueden presentar brotes a lo largo de toda su vida. Además, puede ser sustituido o acompañado por otros equivalentes atópicos como los mencionados asma o rinitis.

Debemos insistir en que **la lactancia materna** tiene **propiedades muy beneficiosas** en este tipo de niños. En caso de no poder tomar pecho, será su pediatra quien le indique la fórmula láctea más adecuada.

La dermatitis atópica es especialmente pruriginosa (pica mucho), siendo éste el síntoma más llamativo. Las lesiones que se producen por el rascado exageran la erupción, por lo que es recomendable que los niños tengan las uñas lo suficientemente cortas como para evitar el rascado e incluso que los lactantes duerman con guantes. Las zonas afectadas son eritematosas, húmedas y pueden tener costras.

En el lactante las lesiones se localizan preferentemente en cuero cabelludo y cara pudiendo extenderse al tronco. En edades posteriores es característica la afectación de los pliegues cutáneos (flexuras de codos y rodillas) y de las áreas de roce, como cuello, muñecas y tobillos. La piel atópica, además, suele ser seca y se infecta con facilidad.

Es recomendable **evitar jabón y detergentes biológicos,** es preferible el baño diario con aceite emoliente o simplemente con agua mejor que con jabón. También es importante el empleo de emolientes como hidratantes especialmente desarrollados para piel seca, dos o más veces al día, sobre todo tras el baño.

La ropa de contacto debe ser de algodón o lino, evitando fibras y lana pura. En invierno se recomienda usar zapatos de piel, en verano de tela y dejar el calzado deportivo sólo para cuando el niño haga deporte. La dieta sólo se modificará ante la evidencia de que un alimento sea perjudicial

y siempre por consejo del pediatra. El tratamiento médico más frecuente son los corticoides tópicos utilizados con precaución y siempre bajo prescripción y control del pediatra y, en lo posible, evitando la cara.

Dermatitis (eczema) seborreica

Hay gran incidencia familiar, por lo que también se presume un condicionamiento genético. Suele iniciarse en los dos primeros meses de vida con la "costra láctea", una serie de escamas blanco-amarillentas adheridas al cuero cabelludo, debajo de las cuales hay una zona enrojecida; aparece luego en la cara un enrojecimiento exudativo que se extiende posteriormente a los pliegues, especialmente detrás de las orejas, del cuello e ingles. Al contrario que el eczema atópico, no es pruriginoso y no molesta al niño. En algunos casos particularmente severos el pediatra puede recomendar algún tratamiento para evitar complicaciones. A veces este eczema seborreico evoluciona a atópico.

Dermatitis del pañal

La dermatitis en la zona del pañal es un término genérico que se utiliza para definir una amplia gama de reacciones inflamatorias que afectan a la zona de la piel cubierta por los pañales.

Es más frecuente en niños atópicos o con eczema seborreico, más raro como manifestación de otras enfermedades. Está directamente relacionado con la humedad provocada por la persistencia de heces y orina en el pañal que actúan sobre la piel irritándola. En este ambiente húmedo, la sobreinfección por cándidas (hongos) es frecuente.

Las lesiones afectan a nalgas, periné, parte superior de los muslos e inferior del abdomen, y suelen respetar los pliegues. En las formas graves aparecen erosiones severas, incluso úlceras.

En estos niños es importante mantener **muy buena** higiene, usando pañales adecuados y cambiándolos frecuentemente para evitar la humedad y la oclusión, ya que estos dos factores favorecen la aparición de la dermatitis. Se debe eliminar la suciedad sin producir abrasión o resecar la piel, y posteriormente, ser capaz de proporcionarle protección,

especialmente a las más delicadas. Dejar la zona del pañal al aire el mayor tiempo posible facilita la buena evolución.

Sudamina o miliaria

Es una erupción frecuente, sobre todo en niños menores de un año. Está relacionada con el calor, por lo que es más frecuente en verano, aunque también puede aparecer en invierno por exceso de abrigo. Se produce por retención del sudor al obstruirse los conductos de las glándulas sudoríparas.

Lo más característico es que son lesiones muy juntas, en forma de pequeñas vesículas o pápulas, blanquecinas o rojas, o simplemente una zona de piel enrojecida; hay ardor y prurito y, en ocasiones, puede aparecer fiebre por sobrecalentamiento.

Puede evitarse vistiendo al niño con ropa suave de algodón. Cuando se produce, evitad aplicar ungüentos, cremas y talco ya que pueden aumentar la obstrucción. Es necesario mantener una temperatura ambiental adecuada y darle agua frecuentemente para hidratarlo. Dado que es un **cuadro benigno y transitorio no requiere ningún tratamiento específico.**

Verruga vulgar

Son debidas a una infección por virus; pueden ser planas o filiformes. Aún sin trascendencia clínica, es bueno que sean tratadas si no desaparecen espontáneamente en meses. El tratamiento puede hacerse con cáusticos locales (medicamento que "quema" las verrugas) o con medidas más agresivas, sobre todo en el caso de que sean dolorosas o planteen problemas estéticos.

Molluscum contagiosum

Es una lesión vírica, benigna, relativamente frecuente, formada por una pápula (elevación sólida de la piel de color rojizo-translúcido) en cuya cima existe una pequeña depresión o hendidura (como el cráter de un volcán). Habitualmente hay múltiples lesiones, de localización variable; suelen desaparecer espontáneamente en el plazo de meses o un año. En el caso de lesiones crónicas y alejadas de la cara pueden ser "raspadas" o tratadas con crioterapia (aplicación de frío), siempre realizado por un especialista.

Prúrigo o estrófulo

Cuadro muy frecuente y relacionado con una reacción generalizada a la picadura de un insecto. Se caracteriza por la presencia de pápulas diseminadas con una vesícula en el centro, casi siempre modificadas, a veces infectadas por el rascado ya que el prurito o picor es muy intenso, siendo a veces necesario tratarlo con antihistamínicos.

Pediculosis capitis (Piojos de la cabeza)

Afección debida a la infestación por el piojo de la cabeza. Esta parasitación de los cabellos se produce por contagio directo, por lo que son frecuentes en los colegios, y se caracteriza por la aparición de picor y lesiones por rascado en el cuero cabelludo y nuca, que con frecuencia se infectan en grado diverso, lo que dificulta el diagnóstico.

Se detecta mediante visualización directa del parásito o de la envoltura de sus huevos (liendres) adheridas al pelo.

Es eficaz el tratamiento con lociones o cremas de permetrina al 1 o 1,5 % que se deja actuar durante 10 minutos, repitiendo a los 8-10 días. Es conveniente seguir las instrucciones indicadas en cada producto por el fabricante para su correcta administración. Es importante retirar las liendres (huevos) de manera adecuada con una lendrera, peine especial de púas muy finas, de forma diaria hasta su desaparición. Conviene avisar al centro escolar, para que tome las medidas necesarias para evitar el contagio.

Urticaria

Caracterizada por la presencia de lesiones en la piel en forma de habones o ronchas de tamaño variable de centímetros a milímetros, de coloración blanca o rojiza, rodeadas de un halo eritematoso (enrojecido) que cambian de localización y que generalmente pican. A veces estas ronchas se acompañan de inflamación más o menos importante de las capas de la piel profundas y del tejido subcutáneo, que puede ser de localización variable (párpados, manos, labios, etc.); hablamos entonces de angioedema.

La urticaria más frecuente es la aguda, con estas lesiones descritas, que pueden durar horas o días, (hasta seis semanas) y reaparecer pasado un tiempo; están producidas por un mecanismo alérgico desencadenado por alimentos, medicamentos, plantas, agentes físicos, etc. sin olvidar que algunas infecciones, por ejemplo víricas, también la originan.

Es necesario consultar al pediatra, y si la urticaria se acompaña de dificultad respiratoria u otros síntomas como mareo o afectación del estado general es necesario acudir a urgencias.

Exantemas

Es una erupción cutánea que aparece de forma aguda. Hay numerosos tipos de exantemas, variados y frecuentes, ya que muchas de las enfermedades que se presentan en la infancia tienen como principal manifestación la presencia de erupciones cutáneas de aparición más o menos súbita, de distribución amplia y variable, habitualmente autolimitadas y que pueden presentar todo tipo de lesiones

(máculas, pápulas, vesículas, petequias, pústulas, etc.).

El origen de estas enfermedades puede ser infeccioso, provocadas por virus, bacterias u hongos; o ambiental debidas a alergia o exposiciones de la piel a sustancias irritativas; o intoxicaciones alimentarias, medicamentosas u otros tóxicos. En la infancia predominan los causados por virus; son las denominadas enfermedades exantemáticas.

Hay que destacar la **importancia de la vacunación adecuada y completa** en la erradicación de algunos de estos exantemas víricos (viruela) y la disminución drástica de otros (como sarampión o varicela), enfermedades capaces de severas complicaciones, por lo que debemos insistir en una **vacunación adecuada y completa**, con el arsenal de vacunas eficaces y seguras de las que disponemos en la actualidad, (ver Capítulo 1 del Apartado 3).

Ante la aparición de un exantema, sobre todo si se acompaña de fiebre, es imprescindible la consulta con el pediatra.

4.7.4. HIGIENE Y CUIDADOS DE LA PIEL

La piel del bebé es muy delicada, ejerce una función de barrera protectora y por ello es importante que esté siempre bien cuidada, lo más alejada posible de la humedad. La higiene rigurosa y unos pañales de calidad ayudarán a mantener la piel del bebé sana.

Independientemente de que constatemos lesiones o no, que requieran medidas específicas, por las características de la piel del niño que reflejamos al inicio, debemos seguir una serie de cuidados, entre los que cabe destacar los siguientes:

- **Evitar la pérdida y el exceso de calor** con una forma de abrigo idónea, procurando que las prendas que estén en contacto con la piel sean de algodón o lino.
- **Las uñas** se cortarán pasados los primeros días de vida, haciéndolo de forma recta para evitar panadizos o uñas encarnadas.
- **El Baño.** Generalmente se aceptan las siguientes normas:
  - A diario, evitando que sea prolongado, en una habitación con temperatura agradable, asegurándose de que la temperatura del agua está entre 36 y 38 ºC.
  - No utilizar jabón a diario, salvo en zonas sucias como manos, axila o en el área del pañal, siendo importante un buen aclarado posterior para quitar los restos jabonosos que pueden irritar y resecar la piel. Evitar jabones perfumados y "antibacterianos" siendo preferibles los de pH neutro.
  - Evitar que entre agua en los oídos y no usar en ellos "bastoncillos" de algodón que pueden adherir el cerumen a las paredes, dificultando su eliminación posterior.
  - En caso de usar esponjas, deben ser suaves, aunque durante los primeros años de vida es preferible no utilizarlas; secar con toalla, preferentemente de algodón, sin friccionar e insistiendo en los pliegues (tras orejas, ingles, axilas y cuello); en las niñas, al lavar la zona genital, hacerlo desde la vulva hacia el ano, para evitar que restos de cacas la invadan e infecten.
  - Se pueden utilizar lociones humectantes (hidratantes) después del baño si la piel es especialmente seca. Se recomienda aplicarlas cuando la piel permanece aún húmeda tras el secado.
- **Protección solar.** Los mecanismos de protección de los niños frente al sol no están completamente desarrollados, por lo que se broncean con dificultad y se **"queman" con facilidad.** Considerando además que estos episodios incrementan el riesgo de padecer cáncer cutáneo, la precaución ante la exposición solar nunca es excesiva. Hay que tener en cuenta el efecto multiplicador de la radiación por las superficies reflectantes (agua, arena, paredes blancas o nieve).

Los niños con menos de seis meses nunca deben exponerse directamente al sol y además por

la gran permeabilidad de su piel debemos evitar el uso de cremas protectoras solares y deberemos protegerles con ropa ligera de algodón y gorros.

En niños mayores evitaremos la exposición en horas de máxima radiación (entre las 11 y 17 horas), y se utilizarán en cualquier caso cremas con el mayor factor de protección posible. Estas cremas, que deberán ser resistentes al agua y al roce, deben aplicarse 30 minutos antes de la exposición, y su aplicación debe repetirse cada 2-3 horas y siempre después de salir del agua en el caso de un baño prolongado.

Tras la exposición solar es recomendable una ducha o baño con agua tibia con una aplicación posterior de "aftersun" para hidratar adecuadamente la piel.

- **Pañales.** El nivel de exigencia hacia la calidad de un producto que está en contacto continuo con la piel del bebé debe ser muy alto. A la hora de elegir un pañal, es necesario tener en cuenta la absorción y la sequedad que ofrece, así como el cuidado de la piel y la prevención de irritaciones que proporciona al bebé.

- **Lavado de ropa.** Se recomienda evitar detergentes, suavizantes o lejías especialmente agresivas, siendo preferible utilizar detergente neutro y siempre aclarar bien.

4.8. PROBLEMAS ORTOPÉDICOS

Jorge López Olmedo • Especialista en Traumatología y Ortopedia Infantil. Hospital Universitario. Salamanca
José Martín Ruano • C.S. Santa Marta. Salamanca

El nacimiento de un hijo es un momento de alegría e ilusión, pero con él vienen además gran cantidad de incertidumbres y preocupaciones para los padres y familiares acerca de su salud y bienestar: ¿Tiene todos los dedos en manos y pies? ¿Están bien sus caderas?

Muchas de estas inquietudes se presentan al nacimiento o con el desarrollo motor del niño. Son más frecuentes al iniciar la marcha, llegando a generar preocupación en la familia, consultas al pediatra y al especialista en ortopedia infantil.

Presentamos las características normales, y algunas no tan normales, del recién nacido y del niño en sus primeros años; hacemos especial hincapié en las variantes de la normalidad o fases normales del desarrollo que ocasionan preocupación e inquietud en los padres a pesar de su normalidad.

4.8.1. FORMA DE LA CABEZA

La cabeza puede no tener una forma completamente redonda y simétrica. Al pasar por el canal del parto, los huesos del cráneo, que al nacer no están unidos entre sí, pueden montarse parcialmente unos sobre los otros, confiriéndole una forma alargada u ovalada. Poco a poco los huesos se colocan tomando la cabeza su forma correcta en unas semanas. La cabeza de los bebés que nacen por cesárea o de nalgas generalmente no presenta este moldeamiento.

Al nacer, los huesos que forman el cráneo no están fusionados entre sí. Si palpamos la cabeza del bebé podemos apreciar dos zonas en la línea media de la cabeza en las que esta separación entre los huesos es más evidente y deja un hueco blando, son las **fontanelas**. La más grande y que tarda más en cerrarse es la anterior o bregmática, situada entre la frente y los parietales. Tiene forma de rombo y puede medir varios centímetros. Conforme los huesos que la rodean vayan creciendo y uniéndose irá haciéndose cada vez más pequeña, hasta cerrarse. En la parte de la nuca se encuentra la fontanela posterior o lambdoidea.

La piel que recubre las fontanelas del bebé sube y baja cuando el bebé llora o se esfuerza y cuando está tranquilo e incorporado lo hace con los latidos del corazón. Es completamente normal. Las fontanelas acaban desapareciendo cuando se cierran los huesos del cráneo, generalmente en torno a los 6 meses la fontanela posterior y entre los 12 y los 18 meses la anterior.

Plagiocefalia postural

La falta de unión entre los huesos craneales del recién nacido permite que se pueda deformar su cabeza ante presiones externas, como la que se produce al pasar a través del canal del parto. Al dormir boca arriba todas las noches, como se recomienda actualmente para reducir el riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante, podemos apreciar cómo la cabeza, en algunos casos, puede aplanarse en la parte que está siempre apoyando en el colchón. Esta alteración de la simetría de la cabeza, que resulta del aplanamiento, más o menos importante, se denomina **plagiocefalia postural.**

Al acostar al bebé boca arriba, la cabeza siempre acaba apoyada sobre esta zona aplanada, lo cual

hace que aumente más la deformidad. Incluso si pretendemos poner la cabeza en otra postura veremos que nos cuesta evitar que vuelva a apoyarla sobre la zona. En algunos bebés provoca también asimetría de los rasgos faciales, orejas...

En muchos casos la cabeza aplanada se redondeará por sí sola, a medida que el bebé empiece a estar menos tiempo acostado; a partir de los cinco-seis meses empiezan a sentarse y a girar la cabeza hacia los lados.

Desde recién nacido para prevenir la plagiocefalia postural se recomiendan **cambios posturales** y desde el momento en que se detecte su presencia también se recomienda la **terapia de reposicionamiento.** Consiste en adoptar posiciones para acostar al bebé evitando colocar presión sobre la zona aplanada **(Tabla 1).** Esta terapia funciona mejor si se aplica antes de que el bebé cumpla 6 meses. A partir de esa edad será mucho más difícil controlar la posición en la que duerme el bebé. Si la terapia de reposicionamiento no soluciona el problema o se trata de una plagiocefalia postural importante, el especialista podría recomendar una terapia ortopédica, en la que se utiliza una ortesis correctora (como un casco) hecho a la medida del cráneo del bebé.

Este tratamiento suele durar de dos a seis meses, dependiendo de la edad del bebé, del momento de inicio y de la gravedad del problema. Esta clase de terapia funciona mejor cuando se empieza antes de que el bebé tenga 6 meses y las fontanelas estén abiertas.

4.8.2. FRACTURA DE CLAVÍCULA EN EL RECIÉN NACIDO

El **cuello del recién nacido** es corto en relación a su cuerpo y en los que están más rellenitos se forman pliegues. Al palpar la zona del cuello a veces podemos notar un bulto en alguna de las clavículas, bulto que no aparece en la otra. Se puede acompañar de crepitación y dolor al tocarla y es frecuente que mueva menos el brazo de ese lado. Si presenta todo esto, es probable que tenga una **fractura de clavícula.** Es relativamente frecuente en los partos complicados, sobre todo cuando el niño es muy grande. No necesita ningún

TABLA 1. Terapia de reposicionamiento.

CONSEJOS:
• **Fortalecer la musculatura cervical, colocando al bebé despierto boca abajo varias veces al día, siempre vigilado; esto permite que aumente su capacidad de girar la cabeza.**
• **Acostar al bebé de lado, colocando una toalla detrás de su cabeza para evitar que se voltee.**
• **Colgar juguetes de cuna en el lado opuesto a donde tiene el aplanamiento, para motivarlo a que mire en esa dirección.**
• **Acostarlo al revés en la cuna, con la cabeza apuntando hacia el lado opuesto al que está acostumbrado. El bebé querrá mirar hacia el centro de la habitación y volteará la cabeza para lograrlo, despegando del colchón el lado plano de su cabeza.**
• **Alternar de un lado al otro la posición al alimentarlo, tanto para darle el pecho como el biberón.**

tipo de tratamiento. Simplemente para moverla lo menos posible, al vestirlo se pone siempre primero la manga del brazo lesionado y al desvestirlo se saca siempre la última, la del brazo con la fractura. En unos días deja de molestar y se aprecia un bulto grande, que corresponde al callo de fractura, que desaparece en semanas.

4.8.3. TORTÍCOLIS CONGÉNITA

La tortícolis muscular congénita es una deformidad del cuello, relativamente frecuente, que se presenta en el recién nacido o durante los primeros meses de vida y que se asocia a un acortamiento del músculo esternocleidomastoideo de un lado.

A veces, al palpar el cuello, se puede notar un bultito del tamaño de una oliva en el músculo lesionado. El niño tiene la cabeza inclinada siempre hacia el mismo lado con dificultad para girarla hacia el otro; también se puede acompañar de una asimetría facial y de un aplanamiento craneal posterior (plagiocefalia) del lado afecto.

Cuando se sospecha una deformidad del cuello conviene que el bebé sea explorado por el pediatra para determinar si se trata de una tortícolis muscular u otra alteración cervical más importante. Si la deformidad se descubre en el recién nacido o durante los primeros meses de vida, el tratamiento mediante manipulación y ejercicios de estiramiento (fisioterapia) se inicia inmediatamente; la evolución suele ser muy buena, consiguiendo la corrección completa sin deformidades residuales. Los niños que hacia el año de edad no han respondido de forma adecuada al tratamiento o que han sido diagnosticados con retraso pueden necesitar tratamiento quirúrgico.

4.8.4. LAS CADERAS:

La exploración de la cadera en el recién nacido tiene gran importancia. Si estiramos las piernas con el niño tumbado boca arriba veremos que la posición de sus rodillas y tobillos coincide y que el pliegue de sus ingles es simétrico en ambos lados. Si doblamos sus rodillas y separamos las piernas, como si fuéramos a limpiarle, vemos que la apertura que logramos es simétrica. Si giramos al bebé y estiramos sus piernas veremos que son igual de largas y que todos los pliegues posteriores de sus extremidades (glúteos, rodillas y tobillos) son simétricos.

Tanto los pediatras como los ortopedas infantiles ponen especial cuidado en la exploración de las caderas de los recién nacidos porque es importante determinar que éstas se han formado adecuadamente y que son estables. En las primeras semanas de desarrollo puede existir cierta laxitud articular ("caderas laxas") que se manifieste como chasquidos a la movilización o pequeñas inestabilidades y que la mayoría se corrigen espontáneamente en el primer mes.

En aquellos casos en que se detecten en la exploración alteraciones de la formación de las caderas o inestabilidad que no se hayan corregido en estas primeras semanas se confirmará esta sospecha mediante una ecografía. Ésta es una prueba inofensiva para el bebé que se realiza para disipar o confirmar cualquier duda o sospecha que surja en la exploración de las caderas. También se realiza a aquellos bebés que presenten circunstancias que conlleven mayor riesgo de alteración en sus caderas: presencia de antecedentes familiares de problemas de cadera, partos gemelares, fetos grandes, parto de nalgas... para comprobar la normalidad de dicha articulación. A partir de los cuatro meses se empiezan a utilizar radiografías simples de caderas como herramienta diagnóstica en lugar de la ecografía.

Si se confirma la alteración en las caderas será necesario el tratamiento mediante un arnés corrector hasta obtener la normalización de la articulación. Los aparatos ortopédicos se han de utilizar siempre según la pauta y supervisión de un traumatólogo infantil. El tratamiento por tanto de una alteración confirmada en la cadera del bebé es mediante un dispositivo corrector (arnés de Pavlik, férula de Frejka...) no mediante otros elementos como dobles pañales, toallas…

4.8.5. LAS PIERNAS

Si estiramos las piernas del niño tumbado boca arriba, con el dedo gordo del pie mirando hacia el techo, podremos ver su alineación. En el niño menor de 2 años la tibia tiene una forma arqueada, como un sable, lo cual hace que sus piernas se asemejen a unos paréntesis (genu varo). Esta forma de las piernas es normal hasta los 2 años y a partir de entonces podremos apreciar cómo empiezan a juntarse las rodillas y a separarse los tobillos.

Con el niño de pie veremos que sus piernas adoptan forma de "X" (genu valgo), que llega a un máximo entre los 3-4 años y a partir de entonces las rodillas empiezan a separarse y a los 7-8 años ya tienen la alineación similar a la del adulto, con una separación entre sus tobillos menor de 7cm.

Aunque ésta es la evolución normal en los niños, podremos apreciar variaciones entre ellos, con separación más o menos marcada, según la laxitud constitucional del niño. Es importante remarcar que la alineación de las rodillas, aunque las junte o las separe, siempre ha de ser simétrica en las dos extremidades y en caso que no sea así es preciso consultar al especialista.

4.8.6. LOS PIES

Los pies del recién nacido tienen una almohadilla grasa en la planta que les confiere un aspecto gordito y aplanado. Al nacer pueden presentar algún tipo de deformidad postural. Éstas son debidas a malposiciones fetales por el reducido espacio en las últimas fases de crecimiento intrauterino y se corrigen mediante manipulación al llevar el pie a una postura normal. Las deformidades posturales más frecuentes son:

- **Pie talo.** El pie está en flexión dorsal máxima, apoyado sobre la cara anterior de la tibia, manualmente podemos llevarlo a una flexión plantar. Se puede corregir espontáneamente, aunque se aconseja realizar ejercicios de estiramiento varias veces al día y en algún caso se llega a colocar una férula correctora.
- **Pie metatarso aducto.** Pie que presenta la parte anterior desviada hacia dentro y el dedo gordo dirigido hacia el interior. El borde externo del pie, en lugar de ser recto, está mirando hacia dentro desde la mitad del pie. La deformidad (postural) se corrige completamente sujetando el talón con una mano y desplazando la parte anterior del pie hacia fuera con la otra mano. Se enseñan ejercicios correctores a los padres y también pueden usarse férulas o botas correctoras en los casos rebeldes.

  Aquellas deformidades del pie en las que la manipulación no consiga devolverlo a su forma normal, es decir que tengan un componente de rigidez importante, precisarán un tratamiento corrector por parte del especialista en ortopedia infantil. Las más frecuentes son:

- **Pie metatarso varo.** Es una deformidad igual que el metatarso aducto, pero más rígida, presenta un pliegue plantar en el punto en el que el pie gira hacia dentro. No se consigue corregir con manipulación. Precisa tratamiento corrector mediante yesos seriados o botas correctoras. En algún caso rebelde puede precisar cirugía.
- **Pie zambo.** Es una deformidad congénita del pie que se presenta completamente desviado hacia dentro-abajo-dentro con un grado variable de rigidez según el tiempo de evolución. En algunos casos se detectan ya en las ecografías durante el embarazo. Precisa iniciar tratamiento corrector desde el nacimiento mediante yesos correctores.

¿Pie plano?

Se observa pie plano cuando el niño se pone de pie y el apoyo se hace con todo el ancho de la planta sin que exista arco plantar. En este caso, si miramos al niño desde atrás veremos cómo su talón se vuelca hacia dentro.

Habitualmente, a partir de los 12 meses la grasa plantar desaparece y empieza a formarse el arco plantar o puente del pie. Se puede ver que el pie tiene ya un poco de forma cuando está en reposo sin apoyar, pero cuando el bebé se pone de pie, por el peso del cuerpo, ese arco o bóveda plantar se aplana y el talón cae hacia dentro. A medida que pasa el tiempo, los músculos y ligamentos que forman la bóveda del pie se van fortaleciendo y ya no ceden cuando el niño camina. En general todos los bebés tienen pies aplanados hasta que cumplen 3 años y a partir de esa edad aparece progresivamente el arco plantar.

Si en el pie de vuestro hijo aparece el arco plantar y se alinea el talón con la pierna al ponerse de puntillas es que el pronóstico de corrección con el crecimiento es seguro y no precisa ningún tipo de tratamiento. Este tipo de pie se llama **plano laxo infantil** y se diferencia del pie plano rígido; debido a alguna alteración de la estructura de los huesos del pie, éste no se corrige al ponerse de puntillas. El pie plano rígido precisará tratamiento por parte del especialista.

4.8.7. EL CALZADO DEL NIÑO

En la mayoría de los casos, y sobre todo en ausencia de patología o deformidad alguna, el niño puede iniciar el apoyo del pie y la marcha por casa con calcetines que le protejan del frío. La misión del calzado es proteger y abrigar el pie, y no aprisionarlo aislándolo de los estímulos internos (movimiento, equilibrio, postura) y externos (contacto de la planta del pie con el suelo) que permiten su desarrollo muscular normal.

El zapato debe dejar libre la articulación del tobillo al caminar (subir y bajar el pie). Es errónea la impresión de que debe fijar el tobillo para aportar mayor estabilidad. El contrafuerte en la parte de atrás debe aportar sujeción, sin ser demasiado rígido. Llegará justo por encima del talón, no más arriba, para que el tobillo se pueda flexionar. La suela del zapato

debe ser antideslizante y flexible para que el niño flexione el pie al caminar. Debemos poder doblar la parte delantera de la suela fácilmente hacia arriba con la mano. La puntera ha de ser redondeada y ancha para permitir el movimiento de los dedos y que éstos no lleguen a tocar por delante el final del zapato por dentro. Los materiales deben ser lo más naturales posible para que permitan la transpiración de los pies: piel, cuero… y el forro no debe tener costuras que le hagan rozaduras. El modelo más adecuado es un zapato que se adapte bien al pie, es decir con cordones o velcro en el empeine. Las chanclas, los zuecos o las marquesitas no son recomendables, entre otras cosas porque la percepción de que el zapato se sale a cada paso obliga a los dedos a un trabajo extra de "agarre" innecesario.

Al comprar el zapato debemos probarlo con los calcetines puestos y procurar que haya un espacio de 0,5 a 1,5 cm entre su dedo más largo y el calzado. Debemos presionar en la punta del zapato por la parte superior para ver si los dedos rozan, si es así es que el calzado es demasiado pequeño. No hay que comprar nunca un zapato de un número mayor con la idea que de que le valdrá durante más tiempo. Si se le sale o se desliza el talón, hay que probarle otra talla.

4.8.8. LOS DEDOS

Tanto en manos, como en pies, pueden aparecer dedos de más (polidactilia) o dedos que están pegados a los de al lado (sindactilia).

La polidactilia en los pies suele operarse, siempre que pueda crear problemas con el calzado, a partir del año de edad. Si no es así puede elegirse entre quitarlos o no, según preferencias estéticas. En la mano, si no es funcional (a veces son apenas una verruguita colgante) se suele quitar. Si es funcional, el único motivo para quitarlo sería el estético.

Las **sindactilias** no suelen precisar corrección en el pie porque no suelen alterar la función de los dedos y separarlos supone una cirugía compleja con aporte de injerto. En la mano siempre precisarán ser corregidas, aunque son poco frecuentes.

En los niños pequeños son frecuentes las **desviaciones laterales** (clinodactilia) de algún dedo que parece inclinado hacia el de al lado, suele corregirse con el crecimiento si no existe un componente hereditario familiar.

No sucede lo mismo con los **dedos supraductus** o montados sobre otro (el más frecuente es el 5º), que pueden producir molestias con el

calzado. En algún caso mejora al alinearlo mediante un vendaje con esparadrapo al dedo de al lado y en otros casos precisan cirugía.

En las manos, sobre todo en el pulgar, hay que comprobar que los dedos se estiran del todo ya que es relativamente frecuente la presencia de un **dedo en resorte.** Esta alteración presenta un dedo flexionado o atascado en posición doblada con limitación para extenderse completamente . Si la deformidad es estable y rígida precisará corrección quirúrgica.

4.8.9. LA MARCHA

La secuencia de adquisición de la marcha, aunque existe una alta variabilidad entre individuos, la podemos resumir de la siguiente forma: el niño de siete meses comienza a desplazarse mediante movimientos de reptación y hacia los 8-9 meses consigue mantenerse en pie unos instantes, si le dan las dos manos. Alrededor de los diez meses comienza a gatear con el abdomen muy cerca del suelo y se coloca de pie espontáneamente, si tiene algún sitio donde poder agarrarse. A los 11-12 meses, muchos niños gatean "como un oso", apoyando manos y pies y dan sus primeros pasos si les dan las dos manos, o caminan de lado agarrándose a algún mueble, en principio con ambas manos, y luego intentan utilizar una de ellas para coger algún objeto. Entre los 12-15 meses el niño suele conseguir la marcha independiente.

Existe una gran variabilidad entre los niños sobre la edad en la que empiezan la marcha. Las variaciones individuales pueden deberse a muchos factores, como estímulos del medio externo o la velocidad de maduración del sistema nervioso. En las revisiones periódicas el pediatra valorará la evolución de la marcha del niño teniendo en cuenta su ritmo de desarrollo **(Tabla 2).**

Si se trata de un niño prematuro, la adquisición de la marcha suele ser algo más tardía. Hay que tener en cuenta la edad corregida, como se ha comentado en el Capítulo 2.5. sobre el prematuro.

Cuando el niño comienza a caminar, su marcha es insegura, inestable, tambaleante, muy irregular y con falta de armonía y coordinación. Camina con los pies muy separados para conseguir una mayor base de sustentación y separa las extremidades superiores del cuerpo para mantener mejor el equilibrio. Por tanto es normal si vemos que el niño tarda un tiempo en adquirir un patrón de marcha normal.

TABLA 2: Evolución orientativa de la marcha del niño.

MESES	DESARROLLO
2 primeros meses	Marcha automática
7 meses	Reptación o rastreo
8 meses	Se mantiene en pie si se le dan las dos manos
10 meses	Gateo (abdomen muy próximo al suelo)
11-12 meses	Gateo como un oso
13-15 meses	Marcha independiente

Es bastante frecuente ver a bebés que caminan de puntillas. Es un hábito característico de los niños que empiezan a andar, considerado normal hasta aproximadamente los dos años. Cuando los pies están en reposo, el bebé los apoya completamente en el suelo, estableciendo el contacto de dedos y talón a la vez, pero cuando se pone a andar solo, lo hace con la parte delantera. La mayoría de las veces no responde a ningún problema. Se conoce como "marcha de puntillas idiopática", es decir, de origen desconocido.

En cualquier caso debe consultarse con el pediatra, quien examinará la movilidad del pie por si se debiera a un acortamiento del tendón de Aquiles o si pudiera haber un problema neurológico del niño.

Otro motivo de consulta frecuente asociado a la forma de caminar se refiere a los niños que caminan con los pies hacia dentro, que tienen caídas frecuentes, que corren de una manera extraña y que se sientan en "W" (con las rodillas hacia dentro y los pies hacia fuera).

Las causas que lo producen son múltiples, suelen corregirse con el crecimiento y no necesitan tratamiento; en todo caso si preocupan debes consultar con el pediatra.

La anteversión femoral fisiológica es la causa principal de la marcha con los pies hacia dentro y es porque condiciona que las caderas de los niños tengan una mayor capacidad de giro hacia dentro que hacia fuera. Esto provoca que las caderas de un niño con una laxitud articular importante se dirijan espontáneamente hacia dentro arrastrando a toda la pierna y apuntando los pies hacia dentro. La anteversión o torsión femoral disminuye durante el crecimiento, modificando el patrón de marcha, de manera que los adultos caminamos con los pies dirigidos moderadamente hacia fuera.

Aproximadamente hacia los 8 años se ha corregido en suficiente medida para que no meta los pies hacia dentro. No precisa ningún tipo de tratamiento corrector salvo si persiste al alcanzar la madurez. Se aconseja evitar la posición sentada mantenida en "W".

Otra de las causas frecuentes de consulta por alteración de la marcha es la presencia de cojera o dolor en las extremidades inferiores. La mayoría de estos episodios son autolimitados porque se deben a pequeños traumatismos, actividad física excesiva, una enfermedad intercurrente o causas comunes como el uso de un calzado inapropiado. Aun así la cojera nunca es normal en un niño y si no se puede asociar a una causa leve o, si persiste, debe consultarse al pediatra para que examine al niño y descarte otras causas ya que a esta edad la información que aporta el niño es escasa.

RECORDAD:

- **Desde que nace nuestro hijo, cuando empieza a caminar y hasta que alcanza la madurez, el crecimiento supone una evolución permanente de su cuerpo y de su forma de caminar y moverse. En la mayoría de los casos todas estas modificaciones evolutivas se desarrollan dentro de unos márgenes fisiológicos que incluyen la variabilidad entre individuos y que no suponen patología.**
- **Cuando no estemos tranquilos de que sea así o simplemente estemos preocupados debemos consultar con nuestro pediatra, ya que está suficientemente preparado para determinar qué es normal o no y qué cuestiones precisan tratamiento o valoración por parte del especialista en Ortopedia Infantil.**

5_ ASPECTOS PSICOSOCIALES

5.1. LA OPCIÓN DE LA GUARDERÍA **PÁG. 206**
- Diversas opciones para cuidar al bebé pág. 206

5.2. EL JUEGO PARA EL NIÑO **PÁG. 214**
- ¿Cómo jugar? pág. 214
- La seguridad en el juego pág. 215
- Juegos por edades pág. 216
- Televisión y niños pág. 220

5.3. LA EDUCACIÓN **PÁG. 224**
- Hay que educar pág. 224
- Las edades del niño pág. 224
- El vínculo pág. 224
- La autoridad y los límites pág. 225
- Los límites en la educación pág. 226
- Premios y castigos pág. 227
- El valor de los premios pág. 228
- Hablemos del castigo pág. 229
- Toda conducta se aprende pág. 230
- ¿Por dónde empezar? pág. 230
- Comer y no comer pág. 231
- No olvidar el cariño pág. 233

5.4. LA ADOPCIÓN **PÁG. 234**
- La espera pág. 234
- Consulta preadopción pág. 235
- El encuentro con el menor pág. 235
- Ya estamos en casa pág. 238
- Los hermanos que ya están en casa pág. 240
- Visita al pediatra pág. 240
- Dificultades en la creación del vínculo afectivo pág. 241
- Un aspecto esencial: el apoyo profesional pág. 242
- Puntos a recordar en la adopción internacional… pág. 242

5.1. LA OPCIÓN DE LA GUARDERÍA

Ángel Martín Ruano • Pediatra Atención Primaria. C.S. Miguel Armijo. Salamanca
Teresa de la Calle Cabrera • Pediatra de Área. Salamanca

Cuando llega el momento en el que los padres deben incorporarse al trabajo, se plantea una cuestión: ¿quién cuidará al niño mientras sus papás trabajan? Existen distintas opciones que cada familia debe plantearse según sus circunstancias socioeconómicas y familiares: que el papá o la mamá puedan abandonar temporalmente sus trabajos, que el bebé sea cuidado por abuelos o familiares cercanos, contratar a una cuidadora o llevar al bebé a la guardería o escuela infantil.

Todas estas opciones plantean ventajas e inconvenientes a las familias, que deben conocerlas y valorarlas para evitar tener disgustos o sorpresas desagradables.

5.1.1. DIVERSAS OPCIONES PARA CUIDAR AL BEBÉ

Los padres

Indudablemente sois los cuidadores ideales. Os proporciona la posibilidad de seguir y admirar día a día el desarrollo de la personalidad del bebé y los logros que consigue. Nadie realizará los cuidados con tanto cariño.

Esta opción no siempre es posible, dado que a veces supone el abandono del trabajo de uno de los padres y puede acarrear al progenitor sentimientos de aislamiento, soledad y pérdida de autoestima. También se debe valorar si es rentable económicamente, puesto que puede suponer una reducción de ingresos económicos.

Si ésta es la opción de cuidado escogida habrá que estimular la socialización del niño acudiendo al parque, fomentando la relación con otras familias con hijos de edad similar, etc.

Siempre existe la posibilidad de plantear este cuidado de manera temporal y posteriormente retomar la vida laboral. Evidentemente el abandono temporal del trabajo depende de las condiciones propias del tipo de empleo o la empresa para la que se trabaje; existen modalidades de reducciones de jornada y excedencias por cuidados de hijo que el trabajador puede solicitar (ver Capítulo 1 apartado 5).

El cuidador o niñera

El cuidado por parte de una persona contratada supone una atención personalizada, en un entorno conocido que suele ser la propia casa, con un horario flexible a negociar con la cuidadora, y que permite dar atención al niño incluso en caso de enfermedad.

Cuenta con la desventaja de la falta de supervisión, la dificultad y los miedos a la hora de la selección de la persona adecuada (con experiencia, formada, con disponibilidad horaria, buena relación con los niños…) y la necesidad de tener una opción alternativa en caso de que esa persona no pueda acudir a trabajar.

La menor socialización es un problema que se puede solventar fomentando la asistencia a parques, ludotecas, y el contacto con otros niños.

Los abuelos

Si el niño queda al cuidado de **familiares** (sobre todo abuelos) se asegura un trato cariñoso y con el mayor interés por el niño.

Las ventajas pueden ser para ambos. Para el niño, por la posibilidad que se le ofrece de relacionarse con sus abuelos, que harán todo lo posible y más para que el niño se sienta bien; y para los abuelos, ya que puede aportarles sentimientos de bienestar, de sentirse útiles. Los abuelos y los nietos suelen desarrollar sentimientos de apego muy intensos y beneficiosos para ambas partes.

No hay que olvidar sin embargo algunos conflictos que pueden surgir: que los abuelos y los padres no compartan el mismo punto de vista educativo o que los abuelos sean incapaces o simplemente rechacen imponer normas y límites a sus nietos con tal de no disgustarles. Al mismo tiempo para los abuelos puede suponer un esfuerzo muy importante y perder su tiempo libre, por lo que habrá que tener cuidado de no sobrecargarles (por ejemplo, si se quedan con el niño los días de diario, no se les debe pedir que se ocupen de él también los fines de semana) y contar con su disponibilidad.

Al igual que si el niño se queda con sus padres o una niñera, la menor socialización debe tenerse en cuenta, y fomentar específicamente el compartir ratos con iguales (parque, juegos, etc.).

Si finalmente el niño acude a la guardería, es importante contar con un "cuidador de emergencia" durante las enfermedades del niño, como puede ser algún familiar (abuelos).

En España existe también la posibilidad de las guarderías familiares o el **cuidado en el hogar** por parte de una persona preparada para ello que se ocupará de un grupo reducido de niños. Esto permitirá mantener un ambiente hogareño, con grupos más reducidos, fomentando la relación con otros niños (pueden tener diversas edades), y horarios más flexibles al mismo tiempo que suele ser más económico. Como desventajas se puede citar que no se exige preparación especial en cuidado infantil, los cuidadores no tienen una supervisión y los requisitos legales que se exigen también son menores.

La guardería

En la sociedad actual se ha ido extendiendo la opción de la guardería para el cuidado del bebé durante los primeros años de vida. A veces es una necesidad, como hemos comentado anteriormente, en el caso de padres trabajadores; sobre todo por el

escaso desarrollo de normas que faciliten la conciliación de la vida familiar y laboral. Otras veces es elegida voluntariamente como una opción educativa, de "liberación", de "socialización" del niño, etc.

Al principio surgieron para "guardar" a los niños cuando los padres no podían cuidarlos. Sin embargo, hoy suponen mucho más que eso, son instituciones educativas que pretenden un desarrollo integral del bebé, a través de un proyecto educativo que debe desarrollarse en un ambiente agradable. En este caso adquieren la denominación de "escuela infantil", apta para impartir el primer ciclo de Educación Infantil de cero a tres años. Para que puedan ser consideradas así deben cumplir una normativa específica tanto a nivel pedagógico como de instalaciones y personal, además de contar con la autorización de la administración educativa.

Tienen, entre otras, la indudable ventaja de la socialización de los niños, y que sus actividades están supervisadas y reguladas a nivel institucional.

Decidir llevar al niño a la guardería debe contemplarse como una experiencia positiva para el desarrollo del bebé, satisfactoria para padres y niños, y que sirve de gran ayuda a los padres trabajadores. Hay que tener también en cuenta las circunstancias particulares de niños y familias, y muchas variables no cuantificables, por lo tanto hay mucho de subjetividad en esta decisión.

- **Ventajas e inconvenientes de la guardería.**

  La principal ventaja que ofrece la guardería es que los papás están tranquilos sabiendo que el niño **está en manos profesionales** durante las horas que no pueden estar con él. Son instituciones atendidas por personal especializado. Cumplen con una normativa legal y por tanto están supervisadas. Con esta opción, además, los papás pueden seguir desarrollando su actividad profesional.

  Otra ventaja es que dependiendo del centro, se pueden aplicar técnicas de **estimulación y favorecer el desarrollo psicomotor del niño** mientras está allí: son las guarderías entendidas como escuela infantil, que inician un plan de aprendizaje con los bebés que se continuará después en la escolarización normalizada a partir de los 3 años.

  Acudiendo a la guardería, en principio, la socialización del niño y su interacción con otros niños está garantizada. El niño por otro lado también aprende a convivir con sus iguales.

  El exponer al niño a la comparación con otros permite la detección precoz de pequeños defectos sensoriales que, posiblemente, en casa pasaban desapercibidos.

  En cuanto al mayor desarrollo de capacidades que pueden experimentar los bebés, en general

los papás deben saber que las ventajas que el niño pueda obtener de su asistencia a la guardería van a depender mucho de la **calidad del centro** y de lo que haga mientras permanece en él.

El inconveniente principal de escolarizar al niño muy precozmente es que se expone a multitud de infecciones a una edad en que el sistema inmune aún no ha madurado. Ésta es la causa de que puedan padecer infecciones de repetición, sobre todo los primeros meses de asistencia al centro. Esto se ha confirmado en multitud de estudios, y se conoce como **"síndrome de la guardería"**. Es la razón principal para retrasar el inicio de la guardería y pensar en otra opción en el caso de niños con una enfermedad crónica. Si bien la mayoría de estas infecciones son leves y autolimitadas (catarros, diarreas, otitis, conjuntivitis, etc.), harán que el bebé deba visitar al pediatra, pueda necesitar medicación, que coma y duerma peor unos días, y en general que los papás tengan que pensar cómo cuidarle los días que no pueda ir a la guardería.

Se han propuesto varias **medidas para disminuir las infecciones repetidas** en los niños, como por ejemplo, disminuir las horas de asistencia a la guardería, disminuir el número de niños por aula, instruir a los educadores en la prevención de la transmisión de enfermedades infecciosas, extremar las medidas de higiene, establecer normas claras para el manejo de casos de infecciones, protección de los posibles contactos y definir claramente los motivos de exclusión de la guardería. Se debe tener especial cuidado en la prevención de la transmisión de enfermedades a través de las manos, alimentos, vía respiratoria y digestiva. Hay que insistir en el lavado de manos en general y sobre todo al preparar los alimentos, antes de alimentarle y después del uso de pañales.

Es fundamental que los niños que acudan a la guardería estén **correctamente vacunados**, según las recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría.

De todas formas puede ser aconsejable en niños de riesgo (con problemas crónicos, inmunológicos, cardíacos, respiratorios, grandes prematuros, etc.) retrasar el inicio de la guardería, ya que en ellos las infecciones pueden ser más graves.

Otro aspecto a tener en cuenta es la frecuencia con la que esas infecciones son transmitidas por parte de los niños al resto de la familia (padres, hermanos pequeños…).

La importancia y valoración clínica de estas infecciones, aunque suelen ser mayoritariamente víricas y autolimitadas, debe realizarla el pediatra. En algunos casos, si las infecciones son especialmente importantes (bronquitis repetidas, otitis severas, etc.), puede que el pediatra recomiende a la familia que deje de llevar al niño durante cierto tiempo a la guardería, si es posible.

Los demás inconvenientes, como por ejemplo ajustarse al horario del centro y a su dinámica, pueden ser obviados teniéndolos en cuenta al elegir el centro.

- **Edad ideal de inicio.**

  La mayoría de los pediatras van a recomendar que si es posible se retrase el inicio de la guardería hasta después del año de vida, para dar tiempo a que el sistema inmune madure y que el niño esté protegido por las vacunaciones. Por otra parte, los psicopedagogos advierten que las ventajas que puede aportar la guardería se inician a partir de al menos los 12-15 meses, ya que el niño ya camina y puede interactuar más con sus iguales. En general, los máximos beneficios se obtienen cuando el niño inicia la escolarización a partir de los 18-24 meses, ya que posee un mayor desarrollo del lenguaje y la comunicación.

  Hay que tener en cuenta que en el caso de los bebés que han tenido algún problema serio de salud debe consultarse con el pediatra su opinión sobre cuándo iniciar la guardería. En el caso de los grandes prematuros (menos de 6 meses de gestación) no se recomienda como mínimo hasta el año de vida, y si tienen problemas pulmonares incluso hasta los dos o tres años.

- **Requisitos que debe cumplir una escuela infantil.**

  - Los requisitos que debe cumplir una guardería o escuela infantil están recogidos en la normativa de cada Comunidad Autónoma, tanto en materia de seguridad e higiene (ventanas, escaleras, puertas, enchufes, productos tóxicos, cantos, muebles, pinturas, comida), como en lo referente a instalaciones, personal y contenidos docentes.

  En la normativa puede haber pequeñas diferencias entre comunidades.

  Respecto a las instalaciones, éstas deben tener acceso exclusivo desde el exterior y cumplir con la normativa al respecto, debiendo tener además la correspondiente autorización administrativa.

  - El tamaño de las aulas se fija en un mínimo de 1,5 m^2 por puesto escolar, y de 3 m^2 para el patio del recreo, aunque queda lejos de lo que se recomienda por organismos internacionales como la UNESCO (8 m^2). Las aulas deben ser amplias, estar bien iluminadas y si es posible por luz natural. Deben ser seguras y estar organizadas por edades si se puede (0-12 meses, 12-24 meses, 24-36 meses).

  - La limpieza debe presidir todas las zonas. Si es posible se habilitarán salas diferenciadas de juego, de trabajos manuales y de descanso. En el caso de los menores de 2 años se exige que haya espacios diferenciados para el descanso y para la higiene.

  Deberá existir un aseo por sala, accesible desde la misma, con 2 lavabos y 2 inodoros. El aseo del personal debe estar separado.

  Las instalaciones del patio deben ser seguras y el suelo blando, adaptado para evitar accidentes.

  - Respecto al personal hay que distinguir cuidadores y personal de servicios. Los cuidadores deben poseer al menos el título de Maestro con la especialización de Educación Infantil o el título de grado equivalente.

El número de niños por aula viene regulado por la normativa de cada Comunidad Autónoma con pequeñas diferencias. En general, en menores de un año el número máximo de niños por cuidador/clase será de 8; en los niños de 1-2 años el máximo será de 13 por cuidador y en el grupo de 2-3 años habrá un máximo de 20 niños. Sin embargo, cuantos menos niños haya por cuidador y aula, mejor.

- El trato debe ser cercano, agradable y cariñoso. El cuidador debe ser: vivo, activo, optimista, dinámico, alegre, equilibrado en sus emociones, afectuoso, con empatía con los niños y los padres, responsable, disciplinado y capaz de trabajar en grupo. Siempre debe transmitir confianza a los padres, pues va a pasar mucho tiempo junto a los niños. Puede ser útil preguntar a otros padres para que nos den su opinión.

Si el niño permanece con **lactancia materna** hay normativa autonómica, por ejemplo en Madrid, sobre la obligatoriedad de aceptar, manipular y dar la leche materna a los bebés amamantados. En cuanto a la alimentación complementaria generalmente se respetan las indicaciones del pediatra.

En el caso del **servicio de comedor**, éste debe tener una sala exclusiva y separada. Las horas de las comidas pueden ser más flexibles que en casa, permitiendo adquirir más autonomía al niño. Esta posibilidad favorece además la alimentación variada.

La hora de la siesta es muy importante, sobre todo en los pequeños. Hay que saber quién los controla, dónde duermen, temperatura, cuidados que se les dan, etc.

La asesoría de un pediatra debe valorarse como dato positivo, sobre todo en lo que respecta a medidas de prevención.

Si el bebé necesita cuidados especiales debemos asegurarnos de que queden cubiertos por la guardería.

Siempre debemos valorar que exista fluidez en la comunicación con los padres, y que estén establecidos circuitos de comunicación para conocer la evolución del niño.

El control de esfínteres muchas veces coincide con la época de guardería, por lo que es importante que el niño aprenda a ir al baño solo de manera simultánea en casa y en la guardería siguiendo las indicaciones que figuran en el Capítulo 2.4 El niño de 24-36 meses.

- **Cómo elegir la guardería.**

  Hay múltiples cuestiones a valorar a la hora de decantarse por un centro u otro para cuidar a nuestro bebé:

1. **Si es pública o privada.** En general los centros públicos no tienen como objetivo la rentabilidad económica. Por otra parte los requisitos para entrar y las listas de espera son mayores. Sus programas docentes suelen estar actualizados y la selección de su personal es por criterios objetivos.
2. **La localización.** Debe pensarse en la cantidad de veces que recorreremos el camino hacia casa. Aconsejamos elegir un centro al que sea cómodo llegar, bien desde el domicilio o desde el trabajo. Es importante planificar quién va a dejar y recoger al niño, por ejemplo, si van a ser los abuelos el centro debe estar cerca de su casa.
3. **Los horarios.** Debemos tener claro qué horario necesitamos: si necesitamos lo que se llama "madrugadores", desde las 7 u 8 horas de la mañana, si el bebé se echará la siesta en el centro, si necesitamos también cuidados por las tardes, etc. Cada centro tiene un horario que deberá ser tenido en cuenta a la hora de la elección.
4. **Personal.** Es importante saber cuántos niños admite el centro por cuidadora, y si se cubren las bajas o ausencias. Hay que tener en cuenta que muchos de los inconvenientes de las guarderías disminuirían si el número de niños por cuidador fuera menor.
5. **Las comidas.** Si queremos que el bebé desayune, coma o meriende en la guardería, pregun-

taremos si podemos llevar la comida de casa, si ésa es nuestra preferencia, si la proporcionan en el centro, si tienen cocinero o si es un catering; si se pueden adecuar a niños con necesidades especiales, como casos de alergias o intolerancias alimenticias, etc.

6. **Qué hace el centro en caso de enfermedad del niño.** Si tienen pediatra, si dan medicación al niño que lo necesite, etc.

7. **Es imprescindible visitar el centro** y conocer a los cuidadores fijándonos en las características antes referidas. Observaremos la amplitud y la luz de las aulas, si se cumple **la normativa respecto a las zonas de aseo, si el mobiliario es adecuado** y seguro, la limpieza y el trato de los cuidadores... Al final los padres deben estar seguros de que dejan a su hijo en el sitio correcto, y para esto es necesario que queden satisfechos con la impresión que les produce la visita.

8. **Proyecto educativo del centro y sistema pedagógico.** Es importante conocer estos dos aspectos y estar de acuerdo con ellos. En cualquier caso debe fomentar la experimentación, el descubrimiento de materiales, el trabajo psicomotriz y el aprendizaje musical y sensorial. Las actividades deben ser imaginativas y creativas; lo que se pretende es estimular a través del juego. Un dato positivo es la información periódica de los avances del niño y de sus trabajos. Otros aspectos positivos a tener en cuenta son el fomento de la autonomía del niño en relación con su edad y el inculcar algo de disciplina, como por ejemplo, las horas de las comidas, dormir la siesta, ordenar los juegos después de usarlos, lavarse las manos, etc.

- **Cuándo no llevarle a la guardería.**

  No se debería llevar a la guardería al niño cuando sus circunstancias no sean las adecuadas y el sentido común así lo indique. Por ejemplo, cuando los cuidados que necesita no sea posible proporcionárselos allí o el niño precise estar vigilado continuamente. **Si el niño se encuentra enfermo** y no va a poder jugar o desarrollar sus actividades normales, o se encuentra molesto, estará más cómodo en su casa.

  Asimismo se debe valorar no llevar al niño enfermo, para evitar el contagio al resto de compañeros, si el niño presenta:

- Fiebre en las 24 horas previas
- Diarrea
- Vómitos en las 24 horas previas
- Úlceras bucales
- Erupción cutánea con fiebre o de causa desconocida
- Conjuntivitis purulenta
- Amigdalitis bacteriana, las primeras 24 horas del tratamiento antibiótico
- Pediculosis (piojos)
- Durante cualquier enfermedad infecciosa el tiempo que recomiende el pediatra

- **Qué niños no deben acudir a la guardería.**

  Se recomienda evitar las guarderías a los grandes prematuros (menos de 32 semanas de gestación) durante todo el primer año de vida, en ocasiones incluso hasta los dos o tres años. Si existen problemas importantes de salud como "displasia broncopulmonar" esta recomendación se amplía hasta los dos años. Si el niño padece algún problema de inmunodepresión no debería acudir a la guardería hasta que se solucione el problema.

  En general el pediatra aconsejará a los papás en el caso de bebés con enfermedad crónica sobre el momento ideal para iniciar la escolarización, si es posible.

  Mucho más frecuente es que el pediatra, ante un niño sano pero con infecciones de repetición, recomiende la exclusión temporal del niño.

- **Adaptación a la guardería. Los primeros días.**

  El miedo a la separación forma parte del desarrollo evolutivo del niño y suele desaparecer antes de los tres años. Si antes de iniciar la guardería se le deja a veces con otras personas la incorporación a la guardería será más fácil (empezar con ratos pequeños e ir incrementando el tiempo). En general existe un periodo de adaptación (empezar con poco tiempo e ir aumentándolo según las indicaciones de los responsables de la guardería).

  Es importante que la madre, durante ese tiempo, interaccione con la guardería, que adquiera un papel activo y que transmita seguridad y sentimientos positivos hacia la guardería y sus cuidadores. Debe valorarla como una oportunidad, más que como una separación y resaltar sus aspectos positivos (vas a jugar, actividades divertidas, amiguitos, etc.). Puede servir de ayuda llevar un objeto de transición (peluche, mantita, etc.), siempre contando con las normas del centro. Los padres deberán despedirse, si se puede, siempre de la misma manera con palabras cariñosas y breves y haciendo lo mismo. Es importante no huir a escondidas y no ceder ante el llanto. Cuando se le vaya a recoger hay que dedicarle tiempo para escuchar lo que nos cuenta, y preparar por la tarde la vuelta al día siguiente.

5.2. EL JUEGO PARA EL NIÑO

Jesús Alonso Díaz • Pediatra Atención Primaria. C.S. Garrido Norte. Salamanca
José Martín Ruano • Pediatra Atención Primaria. C.S. Santa Marta. Salamanca

La palabra "jugar" tiene, entre otros, el significado de "hacer algo como diversión o para pasar el tiempo" y la palabra "juego" se define como "actividad que sirve para divertir a las personas y que tiene determinadas reglas". La definición engloba dos aspectos que son importantes: el factor tiempo y el factor diversión, que proporcionan un efecto agradable. Como es lógico, en el juego con tu hijo no hay reglas, como tampoco es obligatorio el uso de juguetes; vosotros sois el "juguete" preferido de vuestro hijo. Dejaros guiar por él.

Entre los 0 y 3 años el contenido de los juegos está muy influenciado por el desarrollo evolutivo en el que se encuentra el niño. No juega igual un bebé de pocos meses que un niño de 2 a 3 años.

En la primera infancia los juegos implican aprendizaje, estimulación y experimentación para los niños y, por su espontaneidad y diversión, pueden servir para aliviar la tensión emocional de los adultos.

El juego y los juguetes ayudan al niño a conocerse y a desarrollar su personalidad en áreas como la afectividad, la motricidad, la inteligencia, la creatividad y la sociabilidad.

El juego a estas edades tiene un gran componente educativo que ayuda al niño a progresar en su desarrollo motor y a avanzar en la esfera intelectual y sociabilizadora a través de la comunicación e interrelación con los que le rodean.

5.2.1. ¿CÓMO JUGAR?

Los objetos con los que juega el niño son muy importantes pero recordemos que el hecho de jugar se define por el **tiempo** y la diversión. Para jugar con tu hijo deberás buscar momentos en los que al niño le apetezca hacerlo y que esté dispuesto a ello. Se deben respetar sus reacciones y estados: sueño, vigilia, llanto, etc. También se debe respetar el tiempo que el niño puede prestar atención a los objetos, juegos, situaciones, etc. y siempre estar dispuestos a escuchar y atender al niño según su nivel de comunicación.

El juego se puede desarrollar en diferentes **entornos físicos:** dormitorio, salón, parque, campo, playa, etc. Si tiene lugar en casa, ésta debe estar organizada de forma cómoda para todos para que las actividades de los niños se realicen sin causar conflictos.

Es aconsejable que los niños se relacionen con personas distintas, por lo que deberéis favorecer los juegos con otros niños y otros adultos: familiares, vecinos, compañeros de guardería, de parque… así las actividades ganarán en matices. También es importante el tiempo que el niño pasa **jugando solo.**

Dentro de los límites que marca la edad, es bueno acostumbrarles a jugar solos. La capacidad para aprender a estar solo se establece en los primeros meses de vida. Todos los bebés comienzan jugando así. Pueden pasar largos ratos simplemente contemplando o jugando con sus manos o sus pies, oyendo los ruidos que emiten, etc. Con el tiempo este juego o entretenimiento individual se transforma en juego en paralelo (al lado de alguien) y después en juego imitativo (juego en grupo).

La capacidad para jugar solo se aprende. Por eso, para que un niño se entretenga hay que buscar momentos para dejarle disfrutar sin intervención de nadie. Dejarle tumbado, sin estímulos que le

distraigan, le sirve para contemplar el entorno que le rodea y su propio cuerpo. Aprenden mucho en esos periodos en los que "no hacen nada". Oyen sonidos, ensayan movimientos y contemplan detalles de los objetos de su alrededor.

En las situaciones de mayor tranquilidad y ensimismamiento hay que dejarle en el parque, en la cuna, etc., siempre en un entorno seguro con juguetes alrededor y sin la intervención directa de un adulto. Los momentos de "ausencia" del adulto serán más o menos prolongados según el estado de ánimo en cada momento del niño y de su carácter.

En el proceso de aprendizaje para jugar solo, cuando el niño llame la atención de su cuidador con quejas o llanto es bueno acudir a su llamada para que no lo viva como un abandono. Los pequeños necesitan sentirse seguros y atendidos.

5.2.2. LA SEGURIDAD EN EL JUEGO

A la hora de jugar siempre hay que tener en cuenta la **seguridad.** Para que el juego sea seguro los juguetes deben ser seguros. Son los gobiernos, los fabricantes y los adultos los responsables de que los juguetes cumplan la normativa vigente en su fabricación.

Vuestra misión como padres debe englobar la elección de los juguetes y la supervisión del juego. Cualquier objeto en manos de un niño puede ser un juguete pero no todos los objetos son adecuados para jugar, incluso pueden ser peligrosos, de aquí que siempre tenga que existir la vigilancia de un adulto para evitar accidentes.

La fabricación de juguetes seguros está regulada por normativas a diferentes niveles de la Comunidad Económica Europea (CEE), de los propios países, de las Comunidades Autónomas e incluso de las administraciones locales. En el marco de la Unión Europea todos los juguetes disponen de una etiqueta con las siglas "CE" que certifica su seguridad.

Son los juguetes fabricados para niños entre 0-3 años los que requieren una atención especial. Cualquier juguete con piezas pequeñas o frágiles, que utilicen en su fabricación sustancias químicas irritantes o inflamables, o que no garantice unas condiciones higiénicas adecuadas en su fabricación, deberá llevar el indicativo "no es conveniente para niños menores de 36 meses", junto con el pictograma OOOO y una indicación del riesgo concreto como por ejemplo "por contener piezas pequeñas que pueden producir asfixia" o "por contener cuerdas largas que pueden producir estrangulamiento". También se tiene en cuenta el riesgo eléctrico, por ello los elementos eléctricos de los juguetes deben estar aislados y su voltaje no superará los 24 V.

Aunque el juguete sea seguro, según el fabricante, para una determinada edad, si ese juguete lo dejamos en manos de los niños más pequeños se puede transformar en peligroso; por ello es importante la supervisión del juego por un adulto y que el juguete se utilice para el fin y con los niños para los que se diseñó.

Para asegurarnos del cumplimiento de la normativa, además del compromiso de los fabricantes existen inspecciones administrativas y, si el riesgo es grave, se utilizan redes de alerta en las diferentes administraciones.

El lugar donde compramos el juguete es importante para garantizar la seguridad de nuestros hijos. Se recomienda la compra en jugueterías, hipermercados y grandes almacenes, antes que en sitios no especializados o por Internet (veremos un juguete virtual sin poder tocarlo). De todas formas debemos exigir siempre que el juguete presente el marcado CE, las instrucciones de uso en el idioma del país, la información del fabricante, la advertencia acerca de los riesgos derivados del uso de los juguetes, la manera de evitarlos y si el juguete es o no conveniente para la franja de 0 a 3 años. Esta etiqueta debe ir colocada sobre el juguete o su embalaje.

También deben ser seguros las cajas, sus tapas y cierres, los estantes y los armarios en los que se guarden los juguetes.

Enseñad a los niños a guardar los juguetes una vez utilizados; evitará tropiezos y caídas. Si conviven niños de distintas edades deberéis tener cuidado para que los más pequeños no usen los juguetes de

los mayores. Instruid a los mayores a mantener sus juguetes lejos de sus hermanos menores, ya que un globo desinflado o roto podría provocar un episodio de asfixia o atragantamiento.

Debéis revisar los juguetes con regularidad para descubrir partes rotas y posibles peligros. Evitad que tengan bordes cortantes, extremos puntiagudos o piezas pequeñas que se puedan soltar, como ojos y narices desprendibles de muñecos de peluche. Cuidado con los cordones y cuerdas, pues pueden enredarse en el cuello de un niño y estrangularlo. También debéis revisar los juegos exteriores para que no tengan óxido ni partes flojas que puedan ser peligrosas. Cuando el niño sea capaz de ponerse en posición de gateo deberéis quitar los gimnasios de bebé que cuelgan atravesando la cuna. Sin descuidar la seguridad, también es conveniente dejar al niño que explore las posibilidades de su cuerpo y de su entorno: trepar, andar a la pata coja, saltar…

5.2.3. JUEGOS POR EDADES

1 a 6 meses

¿Qué les divierte?

Desde el nacimiento hasta los 6 meses el bebé utiliza todos sus sentidos para jugar: ojos, oídos, nariz, manos, boca. A esta edad agradece que le hablen y le sonrían, especialmente la madre. Se fija sobre todo en los rostros conocidos. Aunque ellos no puedan contestaros, es importante que habléis a los bebés. Prefieren las voces humanas más que cualquier otro sonido. También debéis alternar los momentos de silencio y los momentos de ruido, siempre evitando cambios bruscos de sonido y la ausencia o constancia del mismo.

Para los juegos es buena la postura boca arriba y también ponerle boca abajo, siempre y cuando esté despierto. Jugar libremente boca abajo y en otras posiciones favorece su avance en el desarrollo psicomotor como el control de la cabeza y la exploración del ambiente, y más adelante el volteo, el arrastre o el gateo.

A medida que el niño va creciendo querrá estar más incorporado en el coche de paseo e intentará agarrar algún juguete para llevárselo a la boca.

Juguetes apropiados.

- Móviles, carrillones y carruseles
- Piano de pataditas para cuna
- Proyector de luces y sonidos
- Discos/imágenes en blanco y negro
- Muñecos blandos, pequeños y de tacto suave
- Juguetes para fijar en la cuna y/o en el carrito
- Gimnasios y trapecios
- Pelotas blandas con distintas texturas
- Sonajeros de palo y de agarre doble (para ambas manos)
- Mordedores
- Cuentos con imágenes vistosas
- Espejos móviles
- Alfombras sensoriales o mantas de actividades
- Rulos y pelotas grandes para estimular el equilibrio y el control espacial

6 a 12 meses

¿Qué les divierte?

Al bebé le gusta chupar, ver los colores, el movimiento, escuchar nuevos sonidos…

A esta edad se inicia en los turnos de habla y escucha. Le gusta hacer ruidos, explorar, jugar con agua, introducir y sacar objetos de cajas y recipientes. Disfruta explorando los juguetes y sus texturas, en el parque o en el suelo. Le gusta derribar las torres que otro construye, comienza a dar palmadas, a jugar al escondite con las manos así como jugar a los

cinco lobitos o esconder objetos con un trapo o con la mano. También es el momento en el que se da cuenta de que los objetos siguen existiendo aunque no estén a la vista.

Cuando consiguen sentarse de forma estable, los niños adquieren mucha libertad de movimientos en las manos para manipular. Empiezan a imitar a los mayores y se ríen cuando los sientan en su regazo y los hacen trotar a caballito.

Juguetes apropiados.

- Juguetes de construcciones simples, grandes bloques de construcción
- Juguetes apilables de diferentes colores y tamaños, camiones, coches, teléfonos de juguete
- Juguetes musicales: tambor, piano de teclas grandes
- Juguetes para el baño
- Pelotas pequeñas de diferentes texturas
- Cubos, palas, moldes de plástico
- Juguetes de arrastre
- Mesas de actividades manipulativas sencillas.
- Espejos irrompibles
- Objetos pequeños para utilizar los dedos índice y pulgar (movimiento pinza)
- Cuentos de cartón grueso y con grandes ilustraciones
- Osos de peluche, muñecos de trapo
- Juguetes para la estimulación del gateo: tentetiesos, pelotas y pelotas musicales

1 a 2 años

¿Qué les divierte?

A esta edad el niño se comunica mejor con gestos, sonidos y palabras. Aprende a pararse solo y luego a caminar.

Comienza a responder de forma adecuada a expresiones como "no", "adiós", "dame". Le gusta jugar con agua, señalar y buscar objetos determinados en cada página y hacer torres con bloques de construcción. Mira cuentos, dibujos, fotos y comienza a pasar las páginas él solo. A partir de este momento cada vez juega solo más tiempo, aunque prefiere estar acompañado. Disfruta con actividades físicas dentro y fuera de casa porque tiene más seguridad en sus movimientos. Le gusta la música, dar palmadas, e intentar reproducir sonidos o palabras de sus canciones favoritas. Intenta encajar figuras de distintas formas y tamaños. Quiere hablar por teléfono, ya que ve a los mayores hacerlo a menudo. También comienza a introducirse en el mundo de la imaginación.

A través de la repetición los niños descubren cómo se relacionan las cosas entre sí. Pueden llenar un cubo y vaciarlo una y otra vez aprendiendo así los conceptos de lleno/vacío, dentro/fuera. También suelen pedir que se les lea el mismo cuento noche tras noche. Esta repetición les hace saber qué esperar y les aporta sensación de seguridad y control.

12 a 18 meses

Juguetes apropiados.

- Bloques de plástico o madera para apilar
- Juguetes de construcción de ensamblar y desensamblar de nivel inicial
- Centros de actividades de manipulación semicompleja
- Juguetes musicales: xilófono, piano de tecla pequeña
- Clavijeros y anilleros (pivotes con anillas medianas)
- Lápices grandes, pinturas, pinceles y pizarras magnéticas
- Pulsadores/interruptores, teléfono móvil/fijo de juguete con teclas sonoras (uso del dedo índice)
- Juguetes de coordinación ojo-mano y causa-efecto
- Encajables de madera o plástico de 3-4 piezas geométricas
- Cajas, botes y frascos de diferentes tamaños, con tapas (para juegos de sacar y meter)
- Muñecos que representan el cuerpo humano, con pelo (tamaño medio), de trapo o peluches y de tipo "potato" (suave y/o duro) para hacer y deshacer
- Caja de juego funcional: taza, cuchara, peine, teléfono, pelota, coche
- Cajas de animales domésticos y cochecitos medianos y pequeños
- Álbumes de fotos familiares, digitales o en papel
- Grabaciones con canciones infantiles y libros con rimas
- Cuentos interactivos (electrónicos), con activación de sonidos y con actividades manipulativas
- Libros de cartón con imágenes sencillas, con una imagen por página
- Pelotas de tamaño mediano para lanzar con ambas manos y golpear con el pie
- Juguetes que se arrastran al andar, correpasillos, triciclo sin pedales

18 a 24 meses

Juguetes apropiados.

- Muñecos con accesorios funcionales: cuna, babero, orinal, trona; kit carrito de limpieza para juego de imitación: fregona, escoba...
- Caja de animales salvajes
- Micrófonos con efectos y sonidos, marionetas de dedo, cuentos con varias imágenes por página,

cuentos que representan escenas de la vida cotidiana (comida, aseo…), instrumentos para soplar

- Balancines y columpios
- Juegos de construcción semicomplejos, ensamblaje y encajables de hasta 6 piezas geométricas
- Puzles de 2 o 3 piezas con contorno
- Anilleros o pivotes con anillas pequeñas (uso de la pinza)
- Anilleros, ábacos con varios pivotes para clasificación (color, forma...)
- Mosaicos con pivotes para prensión en pinza, paneles/laberintos de desplazamientos de piezas
- Barriletes encajables: se guardan unos dentro de otros
- Juegos de coordinación bimanual: ensartado/enhebrado sencillo (piezas medianas)
- Ceras, pinturas y pinturas de dedo
- Pizarras convencionales

2 a 3 años

¿Qué les divierte?

A partir de esta edad los niños comienzan a desear tener compañeros de juego. Se inician en los juegos colectivos aunque la cooperación es todavía difícil. Avanzan mucho en la capacidad de usar su imaginación. A partir de los 2 años dedican mucho tiempo a juegos imaginarios con sus amigos. A medida que se acercan a los 3 años, comienzan a inventar historias y "reglas" para sus juegos.

Son más hábiles con sus manos y les interesan todos los juegos de habilidad como los de construcción o encajes simples. También tienen más movilidad, así que entran en juego triciclos, cochecitos, carros, etc.

Les fascina dibujar, hacer rompecabezas y escuchar cuentos. También les gusta hablar por teléfono y copiar otras rutinas de los mayores. Les interesan los juegos de representación y comparten alguna actividad con otros niños aunque brevemente; lo más habitual es que jueguen cada uno por su lado. Siguen a la madre a todas partes e imitan lo que hace.

Les encantan las actividades al aire libre, los columpios, jugar con arena, contar, cantar, mirar cuentos o la televisión comentando las imágenes que ven, disfrazarse, etc.

Juguetes apropiados:

- Juguetes de imitación simbólica: cocinitas, granjas con animales, personas, vehículos...
- Juguetes que representen oficios
- Muñecas con vestidos y accesorios, cunas y demás utensilios
- Casitas con habitáculos
- Vehículos con conductor o con activación de control remoto (coches, camiones)
- Disfraces, guiñoles y teatrillos
- Objetos representando comidas u otros elementos del entorno
- Cuentos que representen historias sencillas (3-4 acciones)
- Álbumes de fotografías (cartón o digital) para la estimulación del vocabulario
- Muñeco interactivo con puntos de activación
- Encajables de hasta 6-12 piezas irregulares
- Encajables de una misma pieza de tamaños diferentes (3 a 5 tamaños)
- Puzles de 2 a 5 piezas con o sin contorno (preferiblemente de la figura humana)
- Juegos de asociación y clasificación (colores, formas, tamaños, objetos...)
- Bloques lógicos, concepto de tamaño, forma y color
- Cuentos de hasta 24 imágenes; juguetes, animales, vehículos, comidas, acciones...
- Plastilina
- Juegos de ensartar complejos (piezas pequeñas con cuerda)
- Juegos de atornillar y desatornillar, coser, enhebrar...
- Juegos de puntería: canasta, bolos, tragabolas...
- Juegos de estimulación motriz: triciclos de pedales, bicicletas, patines, toboganes...

5.2.4. TELEVISIÓN Y NIÑOS

La televisión es un poderoso medio de entretenimiento y comunicación. Es el más grande agente sociabilizador que haya existido jamás. En muchos casos reemplaza a la familia, institución básicamente trasmisora de afectos y modelos; y a la escuela, institución fundamentalmente trasmisora de conocimientos; porque a veces, ninguna de las dos instituciones transmite los valores para la plena integración social de las personas. Así, los mensajes televisivos no hacen más que llenar el vacío que les deja la sociedad.

Las características que la hacen única son:

- Los estímulos se suceden rápidamente y así renuevan la atención de los niños captando repetidamente su interés.
- Es un estímulo multisensorial: estimula el oído (palabras, sonido, música) y la vista (formas, colores, movimiento).
- Utiliza técnicas para emitir mensajes seductores que influyen en las actitudes y conductas de los espectadores.
- Pone en marcha determinados sistemas neuronales llamados de "gratificación cerebral" que nos lo hacen pasar bien y nos animan a repetir los mismos comportamientos.
- Conecta con frecuencia con los intereses personales básicos de las personas como: curiosidad, exploración, ambición, afán de protagonismo, de experimentar emociones, etc.
- Su variedad de temas y formatos permite que el espectador encuentre algún personaje con el que identificarse.
- Que un niño esté quieto viendo la televisión puede suponer una comodidad para padres u otros cuidadores.
- Mirar la televisión no requiere esfuerzo alguno. Favorece la pasividad intelectiva.
- El televisor suele estar colocado, en la mayoría de los casos, en lugares estratégicos y en muchos hogares hay más de uno.

Las propiedades o características de la televisión no la hacen ser un medio bueno o malo en sí mismo. Todo depende del uso que se haga de ella. Bien utilizada puede contribuir a la educación y al entretenimiento de sus hijos siendo un instrumento favorecedor de la educación, la cultura, el ocio y la promoción de la salud. También un excelente vehículo para inculcar normas de conducta que tiendan a fomentar respeto, tolerancia y solidaridad.

Pero cuando buscamos información referida a los niños y su relación con la televisión es más frecuente encontrar análisis sobre sus efectos nocivos. No hay duda de que fomenta la incomunicación ya que el mensaje que emite es unidireccional, del aparato al niño.

También fomenta el sedentarismo y la obesidad. La publicidad que ven los niños suele ser de alimentos no saludables; cada vez existe más evidencia de la relación directa entre el consumo de televisión con el sedentarismo y la obesidad.

La publicidad emitida a través de la televisión tiene como objetivo estimular el deseo y la necesidad de consumir. Esa publicidad muchas veces puede confundir a los niños ya que, por ejemplo, en muchos anuncios de juguetes aparecen secuencias animadas por ordenador que en realidad no existen. Los más pequeños de la casa pueden quedar frustrados cuando el juguete que han pedido no hace las maravillas que ellos creían.

Por otro lado, la frecuencia de sus estímulos y la posibilidad de cambios constantes de canal o de programa parece ser un factor favorecedor para la aparición del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Este riesgo está directamente relacionado con las horas que un niño pequeño pasa frente al televisor e inversamente relacionado con la edad, es decir, cuantas más horas vea un niño la televisión o a menor edad comience a verla más riesgo tiene de padecer en un futuro TDAH.

La reiterada observación por parte de un niño de escenas violentas en televisión repercute sobre su agresividad. El niño espectador puede llegar a considerar normal actos como disparar, golpear o insultar a otros. Esta agresividad se puede manifestar ya desde los tres años de edad.

La televisión tampoco aporta ningún beneficio sobre el desarrollo del lenguaje, en contra de lo que algunos creen. Y tampoco sobre la movilidad ocular.

Los adultos tenéis la gran responsabilidad, con un buen uso, de dar ejemplo a los niños sobre cómo usar la televisión:

- No debéis tener la televisión encendida todo el día.
- No debéis usarla como recurso automático de evasión.

- Debéis escoger los programas de forma racional.
- Controlad el tiempo dedicado a ver la televisión.
- Debéis apagarla cuando finalice la programación elegida.
- No aplacéis tareas para ver la televisión.
- No la uséis como canguro.
- No debe haber televisión en el dormitorio de los niños.

Buen uso de la televisión

Como padres debéis:

- Permitir dedicar tiempo a otras actividades compartidas como pasear, leer, jugar, etc.
- Influir para que el niño, por sí mismo, encuentre otros modos de distraerse.
- Acostumbrar a los niños a pedir permiso para encender la televisión.
- Evitar los programas con contenidos violentos, pornográficos y la llamada telebasura.
- Asegurar que las horas de televisión no quiten horas de sueño, diurno ni nocturno.
- Aprovecharla como actividad compartida puede dar pie a juegos, canciones, explicaciones, etc. Es más enriquecedora si se ve de forma conjunta entre padres e hijos. Ante una escena violenta el adulto debe mostrar su desacuerdo con ella y mostrar al niño las alternativas.
- Utilizarla puntualmente como objeto de estímulo, premio o castigo, cuando se quiere favorecer o evitar una determinada conducta.
- Apagarla a la hora de las comidas.

La UNESCO lleva tiempo alertando de que en los países desarrollados los mayores consumidores de televisión son los niños; como la influencia de la televisión sobre los niños depende del tiempo que pasan viéndola y su efecto es acumulativo, cuando sean adultos, la televisión habrá sido su experiencia más activa y variada; el mundo expuesto en la pantalla se convierte para muchos en una nueva realidad, en su mundo real.

La Academia Americana de Pediatría recomienda que los menores de 2 años no vean la televisión y que los mayores de esta edad no lo hagan más de dos horas diarias.

RECORDAD:

- **El juego es una actividad libre y gratificante que el niño percibe como algo necesario para su vida, importante para su desarrollo y felicidad.**
- **El juego tiene una serie de reglas que los niños pueden cambiar en el trascurso del mismo. Lo importante en el juego es la participación y el disfrute de la propia actividad lúdica.**
- **El juego es una forma de interpretación de la realidad donde el niño expresa sus miedos e inquietudes. Sirve para desarrollar el respeto a las normas y la autoafirmación de la personalidad de los niños.**
- **El juego de un niño no siempre tiene que estar lleno de acción. Actividades como ver libros, escuchar cuentos, y dibujar le ayudan a desarrollar la imaginación y el lenguaje.**
- **El juego también es importante porque os incluye a vosotros, pero no debe ser una obligación o deber. Tiene que ser un momento de diversión y emoción para compartir con vuestro hijo. Debéis relajaros y divertiros. Posiblemente nada sea más esencial y gratificante que disfrutar las experiencias de vuestro hijo cuando jugáis con él.**

5.3. LA EDUCACIÓN

Josep Cornellà i Canals • Pediatra. Paidopsiquiatra. Profesor de EUSES. Universidad de Girona. Presidente de la Sociedad de Psiquiatría Infantil. AEP

5.3.1. HAY QUE EDUCAR

Hay que educar. La educación es la herramienta que permite que nuestros hijos e hijas desplieguen todas sus posibilidades. La educación no se enseña, se contagia. No educamos sólo a través de la palabra, educamos también a través del gesto. La convivencia educa. Nuestras maneras de ser y de sentir, nuestros mimos y nuestras caricias son también herramientas educativas. El lenguaje no verbal de nuestras actitudes tiene más contenido pedagógico que un elocuente discurso. Con la educación transmitimos, responsablemente, nuestra manera de ser y de actuar en el mundo que nos rodea.

Los padres no podemos dejar de educar. Podemos educar mal, por omisión o debido al propósito equivocado de no influir, por comodidad, o por una actitud permisiva, por sobreprotección o por rigidez… Pero bien o mal, los padres siempre educan, los padres son responsables de la educación.

5.3.2. LAS EDADES DEL NIÑO

La etapa que va desde el nacimiento hasta los tres años es fundamental en el desarrollo del niño. Su cerebro madurará a una velocidad tremenda. Se trata, de hecho, de los años de mayor desarrollo de la "estructura cerebral". Con la adquisición de los hitos del desarrollo, el niño irá adquiriendo conciencia de sí mismo y entendiendo su persona como un ser único, distinto a la madre (a la que se siente biológicamente unido desde el nacimiento), e independiente. Hacia los tres años aparece la primera crisis evolutiva, posiblemente la más importante en la vida de la persona. Si hasta entonces el niño podía considerarse como un apéndice de su madre, en una forma de vida prácticamente simbiótica, la adquisición de una maduración suficiente le llevará a plantear sus reivindicaciones de independencia. Es la hora de la negativa ante vuestros requerimientos, el momento de las rabietas cuando no consigue aquello a que aspira.

Ya que estos tres primeros años de vida suponen una intensa actividad madurativa del cerebro, van a ser unos años de oro para la educación. El cerebro del niño debe estructurarse en unas actuaciones que sean correctas y conformes, y que le faciliten su adaptación a un mundo que cada vez nos parece más complejo.

5.3.3. EL VÍNCULO

A partir del nacimiento, el niño empezará a establecer un vínculo afectivo con su entorno familiar más inmediato. En primer lugar con la madre, pues es la persona más cercana; y después irá ampliando el círculo. El vínculo afectivo va a dar seguridad a vuestro hijo. Durante el primer año de vida es importante que el niño se pueda sentir seguro en brazos de su madre.

Tras la experiencia traumática del parto, el bebé se siente desamparado y con necesidades adaptativas complejas. Por ello, necesita recuperar aquello que le puede dar tranquilidad. Estar en brazos de la madre le permite escuchar el ritmo del corazón, aquella única cadencia que escuchaba cuando vivía en la tranquilidad de la vida intrauterina. El hecho de dar este calor de relación durante las primeras semanas va a permitir que el niño crezca con mayor

sosiego y seguridad en sí mismo y que, a la larga, sea más capaz de establecer relaciones sociales.

Durante los seis primeros meses de vida se establecen las bases neuropsicológicas que permiten una buena capacidad de vinculación. Solamente desde la seguridad de un apego fuerte y seguro el niño será capaz de iniciar su andadura hacia la socialización.

Al hijo le hace falta la cercanía de los padres, el estímulo oportuno y la satisfacción de unas necesidades básicas en la cantidad adecuada (ni poco, ni demasiado) y en el momento oportuno (en función de la edad y características de cada hijo). La proporcionalidad y la individualización son básicas y fundamentales.

5.3.4. LA AUTORIDAD Y LOS LÍMITES

Sin autoridad no es posible educar. La autoridad es aquella cualidad mediante la cual una persona tiene influencia, prestigio y fuerza moral sobre otra. La autoridad es un servicio de los padres en la educación de los hijos. Si no ejercéis la autoridad, vuestro hijo no aprenderá a hacer algo frente a sus frustraciones y no soportará que nadie se oponga a sus caprichos, aparecerá la inseguridad, y pueden fracasar las relaciones sociales. La falta de autoridad favorece las rabietas.

La autoridad educativa

Podemos decir que los padres tienen "el poder de mandar" sobre sus hijos. Sin más. Es una autoridad vinculada al poder. Pero, para que la autoridad sea eficaz, debe progresarse hacia un concepto de autoridad vinculada al prestigio de los padres.

El **autoritarismo perjudica:** impide crecer al niño, daña su vitalidad, destruye su confianza, corta iniciativas y genera una violencia reaccionaria.

Pero la **permisividad** también perjudica. No puede dudarse de la eficacia de los límites, que son los que permiten afirmar la capacidad creativa del niño.

Para ejercer la **autoridad educativa** conviene dejar de lado los modelos recibidos durante nuestra infancia, hay que ser crítico y observar las divergencias entre nuestras ideas y nuestras actitudes para conseguir la coherencia. No hay que reproducir la educación recibida pero tampoco hay que hacer todo lo contrario: hay que actuar de acuerdo con cada situación.

Con el ejercicio de la **autoridad educativa,** conseguiréis que vuestros hijos sean:

- **Respetuosos.** Capaces de reconocer los derechos de los demás y conscientes de los derechos específicos de quien ejerce la autoridad.
- **Capaces de pensar por sí mismos,** teniendo en cuenta la situación del mundo y la posibilidad de encajar en el mismo.
- **Solidarios.** Respeto, estima y amor hacia uno mismo como base sólida para ejercerlos hacia los demás.

¿Qué nos frena en el ejercicio de la autoridad educativa?

- Hay que dejar atrás el mito de la autoridad natural. Insistimos: ¡hay que educar!
- Hay que desarrollar un sentido crítico. Pensemos que quien tiene el poder no tiene, por definición, la verdad.
- Hay que evitar la inercia del sistema ("todos lo hacen…").
- Hay que ir más allá del razonamiento y de la moral. No podemos olvidar las emociones, pues son el motor fundamental de las conductas (más allá de la diferenciación entre el bien y el mal).

¿Cómo se administra la autoridad?

1. Hay que hacer cumplir aquello que se manda.

- Dar la orden y hacerla cumplir sin ofrecer nada a cambio.

- Hay que saber qué es lo que ordenamos, por qué lo ordenamos, y si seremos capaces de hacer cumplir aquello que ordenamos.
- Si cedemos se crea inseguridad, inestabilidad, ansiedad, y escasas capacidades de reacción ante las frustraciones y dificultades.

2. Hay que mandar pensando en el hijo; no en nosotros.

- Nuestras órdenes deben establecerse en función de las necesidades de nuestro hijo, no para compensar nuestra angustia.
- Hay que valorar jerárquicamente lo que se ordena. No todo tiene la misma importancia. Hay cosas importantes, cosas menos importantes, y cosas que no son importantes.

3. Hay que mandar poco.

- La autoridad de los padres es inversamente proporcional al número de órdenes que da. El autoritarismo provoca un sentimiento de persecución en el hijo y deteriora la relación; el hijo se vuelve débil y dependiente y, a veces, agresivo y rebelde.

4. Más que prohibir, estimular.

- Siempre es mejor el estímulo o la acción que la prohibición.

5. ¿Hijos desobedientes o padres sin autoridad?

- Se dice que los hijos, actualmente, son más desobedientes que antes. Pero hay que considerar la crisis de autoridad.

6. No podemos renunciar como padres.

- La autoridad debe ejercerse desde la estima y debe concretarse en hechos.
- Los padres no podemos ceder por comodidad.
- Hay que evitar que los hijos impongan sus normas en la casa (“pequeños dictadores”).

7. De la orden al razonamiento.

- Razonar y ordenar son dos acciones distintas; las dos necesarias.
- Hay que evitar confundir al niño mezclando la deducción y la lógica con la obediencia.
- Cuando se confunde la actitud razonadora con la autoridad aparecen problemas de seguridad en los hijos.

5.3.5. LOS LÍMITES EN LA EDUCACIÓN.

La regla de oro de la educación es **saber imponer** límites; una tarea que, a pesar de parecer incómoda, corresponde a los padres. No hay que tener miedo de causar frustraciones. Las normas y los límites son básicos para forjar el carácter y la personalidad de vuestros hijos, y son garantía de su libertad.

El niño que ha crecido sin límites no aprenderá a tolerar las frustraciones, ni a tener en cuenta los sentimientos ni los deseos de los demás, y se siente inseguro; no tiene consciencia de hasta dónde puede llegar en su provocación a los adultos.

La concreción de los límites es fundamental en la tarea educativa. No debe esperarse a que el niño crezca para poder entenderlo. Los límites son fundamentales para su maduración.

El hecho de tener claros los límites en la conducta ayudará al niño a:

- Sentirse seguro.
- Entender y poder incorporar a su persona las normas que rigen su mundo.
- Portarse bien y, en consecuencia, sentirse mucho más satisfecho de sí mismo.
- Y, en consecuencia, mejorar su autoestima.

Pensemos en uno de nosotros, conduciendo de noche por una carretera estrecha. Añadamos que llueve. Pensemos en cómo agradecemos las líneas blancas que nos definen la calzada y nos marcan los límites. Sin las líneas blancas, nuestra conducción sería insegura y peligrosa, expuesta a cualquier accidente y a hacernos daño. Los límites nos dan seguridad.

Lo mismo pasa con el niño. Tendrá más facilidad para actuar correctamente si tiene claros los límites y si tiene incentivos que le estimulen a ceñirse a ellos.

El establecimiento de límites supone unas normas con las que los padres debéis ser coherentes durante las 24 horas del día, y durante los siete días de la semana. Así:

- Aquello que se prohíbe debe ser prohibido con coherencia, manteniendo dicha prohibición a pesar de las circunstancias.
- Si en un momento dado se considera que debe hacerse una excepción ante una norma impuesta habitualmente, es necesario explicar los motivos que nos llevan a esta actuación.
- Ante una norma impuesta, nunca debe cederse por más que el niño lo suplique.

Los padres nunca debéis desautorizaros mutuamente delante del hijo. Nunca debéis reconocer delante del hijo la falta de autoridad. O sea, nunca se os debe escapar la expresión "no puedo contigo…" ni "ya verás cuando venga tu padre…". Esta actitud de derrota o de delegación en el otro progenitor mina vuestra autoridad.

5.3.6. PREMIOS Y CASTIGOS

El premio será un buen incentivo para aquellas conductas que le cuesten un esfuerzo, hasta que el niño las haya convertido en un hábito y ya sean conductas positivas incorporadas a su rutina que puede hacer sin ningún esfuerzo. Estas conductas positivas, por rutinarias que sean, merecen siempre la aprobación por parte de los padres.

La desobediencia es el resultado de la autoridad mal administrada, y es de fácil control antes de los cinco años. Las situaciones de desobediencia en la casa suelen darse especialmente entre los 2 y los 4 años.

El castigo es la sanción que merecen las conductas muy negativas y poco frecuentes. Tiene también su importancia cuando se incumplen aquellas conductas positivas que ya se habían convertido en hábitos.

Las faltas que comete un niño (aunque sea pequeño) nunca deben ser motivo de risa o mirada benevolente. Las "gracias inocentes" pueden dar alas a los niños impertinentes.

Hay faltas que no deben tolerarse NUNCA: las faltas de respeto o el insulto a la autoridad de los padres, o los actos de violencia con expresa voluntad de dañar. No deben tolerarse aunque se trate de un niño pequeño. Y mucho menos deben aceptarse como una "gracia".

5.3.7. EL VALOR DE LOS PREMIOS

Cualquier premio, para incentivar una conducta, debe ser algo que suscite ilusión en el niño. Puede ser útil material escolar, su desayuno preferido, ir al cine a ver una película que le haga ilusión, etc. Algunas recomendaciones:

- Los premios deben tener poco valor económico. Puede ser eficaz el sistema de puntos que se van acumulando y que sirven para canjear por un premio.
- Nunca un premio conseguido puede a su vez servir de castigo por una mala conducta. Si, por ejemplo, el niño ha conseguido un premio por una acción adecuada, este premio no debe ser retirado por una acción inadecuada. Puede posponerse su entrega, pero no debe anularse.
- No se puede olvidar que premiamos un proceso, no un resultado. Es mejor ir reforzando las conductas positivas de cada día que esperar a que haya conseguido un objetivo concreto.
- Inicialmente, los premios deben ser conseguidos con poco esfuerzo. Es importante que el niño vaya ganando confianza en sus posibilidades. Poco a poco, la exigencia irá aumentando.
- Los padres no debéis olvidar nunca que se premia una acción que supone un esfuerzo para el niño. El objetivo del premio no es otro que el de moldear una conducta. Cuando la buena conducta se haya transformado ya en hábito, los premios deben extinguirse para esta conducta. Un premio no puede ser una remuneración de una conducta bien hecha; correríamos el peligro de utilizar el chantaje.
- Cada conducta que se quiera premiar deberá tener un premio diferente. Hay que evitar que el

niño sienta que fracasa en todo. Premiamos lo que hace bien (que alguna cosa hará bien) y no premiamos, en cambio, aquello que hace mal.

- El hecho de explicar al resto de personas implicadas en la vida del niño (especialmente los abuelos) aquellos hitos que el niño va consiguiendo sirve para reforzar las conductas positivas. Todo niño se estimula al ver lo orgullosos que se sienten de él sus familiares más próximos.

5.3.8. HABLEMOS DEL CASTIGO

Debéis dejar claro, ímplícita y explícitamente, que el hecho de reñir y castigar no supone, en absoluto, dejar de querer. Pero el afecto nunca debe ser moneda de cambio. No podéis decir al hijo: "Si haces tal cosa no te voy a querer" ni "si te lo comes todo te voy a querer más". Nunca se debe negociar con el cariño.

Vuestra actitud en el castigo debe ser proporcional a la acción que queréis sancionar, nunca a vuestro estado interno. Castigáis para mejorar la conducta del hijo, no porque os moleste.

El castigo también tiene valor educativo

- Si bien siempre es más eficaz premiar una buena conducta que castigar aquello mal hecho, no podemos olvidar la importancia del castigo bien administrado como herramienta educativa.
- El castigo ayuda a mantener unas conductas adecuadas que, en el proceso educativo, ya se han alcanzado.
- El objetivo del castigo es mostrar los límites; se trata de una señal de alerta que se enciende cuando se traspasan las líneas que marcan los límites de una conducta. Por ello, será absurdo utilizar un castigo si antes no se han marcado los límites.
- Para que un castigo sea eficaz debe guardar relación con aquello que el niño ha hecho mal, y debe ser impuesto inmediatamente después de que haya cometido la falta. Es importante que el castigo sea leve y, a ser posible que esté relacionado con la conducta que se quiere modificar.
- El castigo nunca deberá perjudicar a otras personas de la familia. Cuando el castigo impuesto al niño perjudica también a otros miembros de la familia, el niño seguirá teniendo una sensación de poder y de control.
- Los castigos que más utilidad suelen tener son los más sencillos: retirar una actividad agradable o dejar al niño aislado durante un tiempo concreto. Dado que muchas malas conductas tienen por objeto una llamada de atención, es más eficaz que, a través del castigo, el niño consiga una menor atención.
- Siempre es mejor el castigo no anunciado, que puede aplicarse cuando los límites de la conducta están claros. Pero cuando el castigo ha sido avisado con anterioridad, nunca debe modificarse, bajo ninguna circunstancia.
- Siempre será mejor un castigo corto, inmediato y que sea aplicable. El niño aprenderá así que los castigos no son palabras. Los castigos largos no suelen cumplirse en su integridad, a menudo por agotamiento de los propios padres.
- Hay que evitar, siempre, amenazar para acabar siendo tolerantes con la situación.
- Al imponer un castigo, es importante que los padres no se alteren, deben mantener bien definidos los límites y no intentar imponerlos en momentos en que puedan sentirse desbordados. Cuando los padres se descontrolan a la hora de poner un castigo están demostrando que el niño les ha ganado la partida.
- Pero los padres tenéis también días malos. Puede haber ocasiones en que uno no se sienta con fuerzas para mantener una norma que se ha impuesto. Ante esta situación (completamente humana) puede hacerse la vista gorda, siempre y cuando la situación no sea muy evidente. Y si la conducta merece un castigo, es mejor dejar hacer y, simplemente, notificar que hay un castigo que cumplirá al día siguiente. No hacen falta

explicaciones. La expresión "tú ya sabes el porqué" es suficiente. Ante el desespero, hay que evitar expresiones que indiquen una situación límite, como "no te aguanto más" o "me iré de casa". El niño, por pequeño que sea, no es ajeno a ellas.

- Una vez se ha cumplido el castigo, la falta debe ser olvidada.

5.3.9. TODA CONDUCTA SE APRENDE

La modificación de la conducta es básica para una buena convivencia en casa. El niño es objeto de educación y, por ello, no debe bajarse la guardia en ningún momento del día. Tampoco hay que esperar a que sea mayor. El niño va aprendiendo a seguir unas rutinas, por pequeño que sea. Veamos algunas situaciones:

- **Cuando hay que avisarle unas cuantas veces antes de que obedezca.** O cuando obedece solamente cuando se esgrime una amenaza… Es una situación frecuente y que pone a prueba el temple de la familia. Pero hay que saber actuar y no avisarle más de dos veces. A la segunda, se le puede coger de una manera incómoda para el hijo (del brazo, por ejemplo) y, sin gritar, hacerlo venir. Es importante mantener la calma. Las explicaciones no suelen servir de nada. Aquí no hacen falta premios. El acudir cuando se le llama es una conducta que debe ser habitual.

- **Cuando se entromete en las conversaciones entre adultos,** corremos el riesgo de que haga gracia y se refuerce, de esta manera, una conducta incorrecta. Como en tantas ocasiones, el niño intenta llamar la atención y la respuesta debe ser, precisamente, la desatención. Hay que enseñarle una manera educada de solicitar esta atención, con un simple "mamá/papá, cuando puedas…". Es importante que el niño aprenda (y sólo se aprende a base de repeticiones) que con esta frase va a obtener la atención deseada. Incluso se le puede felicitar y acariciar cuando se comporta de esta manera. Poco a poco, además, se podrán ir alargando los ratos de espera hasta que obtenga la atención requerida. Hay que saber "prescindir" de la presencia incordiante del niño como si no estuviera, y continuar con la conversación ignorándolo completamente.

- **El orden en la habitación y en sus cosas** también deben ser objeto de educación, en especial después de sesiones de juego. El niño pequeño puede empezar colaborando en la recogida de juguetes y, poco a poco, irá adquiriendo responsabilidades para mantener ordenadas sus cosas. Hay que ir creando el hábito para que el pijama esté en su lugar, la ropa bien colocada en la silla, la ropa sucia en la cesta correspondiente, y los juguetes en su contenedor. Para el niño pequeño es importante que reforcemos su conducta ordenada. La consecución de un punto cuando el padre o la madre "pasan revista" a la habitación (por ejemplo, cada día antes de la cena) es un buen estímulo.

5.3.10. ¿POR DÓNDE EMPEZAR?

Es importante que los padres tengan en cuenta que la modificación (y adecuación) de la conducta de los niños es algo importante. Pero no debe caerse en la obsesión ni en el desasosiego. Es importante hacer una planificación de los objetivos que se quieren conseguir en materia educativa y, sin agobios, trazar un plan de actuación. Recordemos que educar es la tarea más importante que corresponde a los padres, y que la educación debería ser el objetivo de todas las actuaciones.

A veces, el niño provoca e intenta portarse mal con los padres. Es fácil que éstos se desesperen y se desanimen. Por lo tanto, es importante, al comienzo, reducir las ocasiones de conflicto y, poco a poco, ir aumentando la exigencia. Es importante que los padres conozcan sus limitaciones y eviten el inútil desgaste.

Trazar un plan comienza por observar la conducta del niño y ver qué es aquello que debe ser modificado. Suele ser útil hacer una lista de situaciones conflictivas y establecer una lista de prioridades, comenzando por aquellas actuaciones que puedan ser de más fácil solución.

No puede abarcarse todo. Es conveniente anotar una o dos conductas que se quieran modificar y olvidarse, de momento, del resto.

No es bueno dejar la educación a la improvisación. Es importante trazar un plan concreto y tener una lista de medidas que se pueden tomar en el caso de que el niño responda bien (refuerzos positivos o premios) o en el caso de que se porte mal (castigos).

Las explicaciones suelen funcionar poco en niños pequeños; conforme vaya creciendo ya irá entendiendo el porqué de las conductas que se le exigen. Para ello hacen falta la constancia y la perseverancia. Y, sobre todo, evitar el desánimo.

5.3.11. COMER Y NO COMER

Los problemas derivados del niño que no come son la primera causa de consulta al pediatra, pues es un primordial motivo de angustia paterna. Es importante recordar que la alimentación supone la ingesta de unos alimentos adecuados y, a su vez (¡no lo olvidemos!), el establecimiento de una conducta y una actitud emocional y social adecuadas. La educación de la alimentación es importante en la vida del niño.

Pero hay niños que se niegan a comer. Y el problema se traslada al pediatra con mucha frecuencia. La mayoría de los niños que no comen no tienen ningún problema de crecimiento; se trata de niños que tienen alterados los hábitos alimentarios.

Sabemos que un niño come suficientemente bien si tiene un desarrollo corporal armónico, de acuerdo con su constitución, si no existen enfermedades importantes y si tiene un estado anímico saludable. Nunca deben hacerse comparaciones con otros niños, cada uno es distinto, único e irrepetible. Y existen distintas constituciones físicas, todas ellas normales.

¿Cómo actuar ante el niño que no come?

- En primer lugar, se debe mantener la serenidad y la calma durante toda la hora de la comida. No hay que mostrar enfado; la hora de la comida no puede ser la hora del escándalo diario. La ansiedad es una mala aliada. Nunca hay que recurrir al chantaje: ni promesas, ni amenazas. La hora de la comida tampoco es la hora de la televisión; debe ser una hora de convivencia amable y distendida en familia. Y esto se aprende desde la cuna.
- El niño no debe comer ni "picar" entre comidas. Es importante fijar un horario y una rutina para las horas de comer, ya desde pequeños… Y no valen las excusas de ningún tipo.
- Cuando el niño empieza a sentarse ya en la mesa y a manejar los cubiertos (y el niño es capaz de ello bien pronto) es bueno que participe en la comida con los adultos. La comida en familia es un acto educativo de gran importancia. Pero hay que evitar que el niño permanezca horas y más horas ante el plato de la comida para que se lo acabe todo. No se trata de "cebar" al hijo, se trata de educarle en el hábito de la comida.
- Conviene poner poca cantidad en el plato del niño, dejando la oportunidad de que, dentro de la misma comida, pueda repetir si hace falta. Y durante la hora de la comida conviene evitar las referencias al hecho de comer o no comer.
- Será importante retirar el plato al mismo tiempo que se retiran los de los adultos, y no dar nada

más. Si el niño quiere manipular con el hecho de la comida, hay que evitarlo. Las horas de las comidas deben estar establecidas, así como los menús. No hay que hacer un drama si el niño no come. Pensemos que no hay nada más estimulante para el apetito que el hecho de pasar hambre y darse cuenta de que, con su conducta ante la comida, el único perjudicado es él mismo.

- En definitiva, hay que hacer de la hora de la comida uno de los momentos más agradables del día.

5.3.12. NO OLVIDAR EL CARIÑO

Los padres queréis a vuestros hijos. Los queréis con verdadero amor y volcáis en ellos muchas de vuestras proyecciones personales. A veces, pendientes de si el niño come suficientemente y de todo, o pendientes de su adaptación a la guardería, podemos olvidar lo más importante: el cariño. Y el cariño, para que sea auténtico, hay que demostrarlo. No basta con el convencimiento de que queremos a nuestro hijo, ni de repetírselo una y mil veces. El niño necesita besos y caricias. Este es el mejor alimento para su crecimiento interior.

RECORDAD: ALGUNOS ERRORES EDUCATIVOS

- **La permisividad.**
- **Ceder después de una negativa.**
- **El autoritarismo.**
- **La falta de coherencia.**
- **Gritar y perder los nervios.**
- **No cumplir las promesas ni las amenazas.**
- **No ser capaces de escuchar a los hijos.**
- **Exigir éxitos inmediatos.**

RECORDAD: ¿CÓMO EDUCAR?

- **Tener unos objetivos claros.**
- **Enseñar clara y concretamente.**
- **Dar un tiempo para el aprendizaje.**
- **Valorar todo esfuerzo que vuestro hijo haga para mejorar.**
- **Dar ejemplo.**
- **Confiar en el hijo.**
- **Actuar, sin dar lugar a discursos.**
- **Reconocer los propios errores.**

5.4. LA ADOPCIÓN

Jesús García Pérez • Jefe de la Unidad de Pediatría Social. Hospital Niño Jesús. Madrid
Esther Herranz Miranda • Psicóloga. Experta en infancia y familia

A nivel legal, la adopción en España es un acto jurídico en el que se establece una relación paternofilial entre el adoptante y el adoptado, adquiriendo ambas partes los mismos derechos y deberes que en una paternidad/maternidad biológica.

La adopción nacional se regula basándose en los mismos requisitos, condiciones y procedimientos que rigen la adopción internacional. En el caso de la adopción internacional entran en juego tanto la legislación del país de origen del menor susceptible de adopción como las leyes del país de destino. Ambas legislaciones deben conjugarse para que el procedimiento de adopción se lleve a cabo.

En cualquier caso, en toda adopción siempre prima el interés superior del menor. Esto debe ser considerado y aceptado desde el principio por las familias que deciden iniciar un proceso de adopción.

A nivel familiar, la adopción es una forma diferente e igualmente válida de tener hijos, pero debe ser una decisión meditada y reflexionada. No todas las familias cumplen los requisitos y condiciones que se requieren para poder llevar a cabo un proceso de adopción con éxito. El procedimiento es largo y difícil en la mayoría de las ocasiones y se caracteriza por una gran carga emocional, antes, durante y tras la adopción.

5.4.1. LA ESPERA

En cualquier proceso de adopción se pasa por una primera etapa de mucha actividad: toma de decisiones, reflexión, entrevistas con psicólogos y trabajadores sociales para la obtención del certificado de idoneidad, recopilación de documentación, preparación del expediente, etc. Después de esta vorágine comienza una de las etapas más duras, el periodo de espera hasta la asignación del menor a adoptar.

Para poder superar esta etapa sin demasiada ansiedad es muy importante que no todo gire en torno al proyecto de adopción. Aprovechad este tiempo para disfrutar y preparar la llegada del menor. Cuando los adoptantes centran su vida en la adopción y ven pasar el tiempo sin nuevas noticias, la espera se convierte en una eternidad, incrementándose la ansiedad y la incertidumbre. Es esencial afrontar esta fase del proceso como un periodo de preparación, sin perder una actitud positiva de ilusión y esperanza.

Qué hacer durante la espera

Intentad poneros en forma. Aunque parece una tontería, no es lo mismo coger en brazos a un recién nacido que a un niño más mayor. Durante los primeros meses deberéis hacer frente a una gran exigencia física, ya que tendréis que agacharos y levantaros multitud de veces al cabo del día, acarrear en brazos a un niño que lo más seguro es que no sea un bebé, además de tiraros al suelo, jugar al "pilla-pilla", contener berrinches y disponer de menos horas de sueño.

Informaos y leed acerca del desarrollo infantil, pautas educativas y adopción. Aunque, como todos los padres dicen "una cosa es la teoría y otra la práctica", seguro que habrá algunos aspectos que os servirán más adelante.

Aprovechad para **hacer las reformas necesarias** en vuestra casa y adaptarla para la llegada de un niño. Revisad la casa, los muebles, los enchufes y los adornos desde la altura y la curiosidad de un niño deseoso de descubrirlo y tocarlo todo. Seguro que desde esa perspectiva seréis conscientes de los muchos peligros que tiene vuestro hogar.

Si el proceso de adopción es internacional, aprovechad para **conocer datos del país** de origen del menor, así como para aprender algunas palabras y frases básicas que os ayuden en los primeros momentos juntos.

Informaos de los recursos sanitarios, educativos y de ocio de los que podréis disponer cuando tengáis a vuestro hijo.

5.4.2. CONSULTA PREADOPCIÓN

Cuando se está tramitando una adopción internacional es importante incluir, dentro de los numerosos trámites, la consulta preadopción con un pediatra. Lo ideal es hacerla cuando los futuros padres tienen la asignación de un niño y reciben su expediente médico. En esta consulta el médico revisará los datos existentes del niño, los interpretará e informará de diversos aspectos: problemas de salud frecuentes en los niños adoptados en el país de origen, medidas sanitarias a adoptar por parte de los padres antes del viaje, maletín médico (medicamentos y utensilios necesarios cuando se va a buscar al niño). Por último os recomendará la realización precoz de la consulta posadopción una vez que el niño esté en España.

5.4.3. EL ENCUENTRO CON EL MENOR

El encuentro con el niño es un momento de gran contenido emocional. Cuando los padres llegan a él ya han recorrido un gran camino lleno de ilusión, pero también cargado de incertidumbre. Al fin, después de tanto papeleo, cursos, entrevistas y una larga espera, llega el deseado momento de abrazar al niño que se convertirá en su hijo.

En la mayoría de los casos, los futuros padres tan sólo han visto una foto y han leído una pequeña información de su vida, estado de salud y desarrollo. Aun así, ya le adjudican un montón de características y aspectos de personalidad: “tiene cara de simpático”, “pobrecito, parece muy triste”, “tiene cara de lista”…

Aunque esto es algo normal, imaginar demasiado, anticipando unas expectativas alejadas de la realidad, puede implicar más de una decepción en el momento de encuentro con el niño.

Independientemente del tipo de adopción, en el momento del encuentro hay algunos aspectos básicos que conviene tener en cuenta a la hora de iniciar la nueva relación:

1. **La edad del niño.** Esto va a condicionar el tipo de relación que se puede establecer. Es importante tener en cuenta que las pautas evolutivas que tenemos como referencia en nuestro entorno social y cultural, es decir, lo que estamos habituados a que hagan o sepan los niños a cada edad, no se pueden aplicar directamente. Además, los niños suelen tener un retraso en el desarrollo debido a las carencias de alimentación, de privación de estimulación y, en una parte muy importante, a causa de las carencias afectivas.

2. **La experiencia afectiva del niño.** Si ha tenido la oportunidad de establecer una relación afectiva intensa y más o menos estable, va a suponer una parte fundamental de su experiencia temprana. El modo de vincularse afectivamente con los demás es algo que se aprende durante el primer año de vida, lo cual quiere decir que en función de su experiencia inicial, el niño o niña se relacionará de una manera u otra. No es lo mismo que se hayan establecido unos vínculos seguros y estables, a que hayan sido inseguros, desorganizados o inexistentes.

3. **Hábitos adquiridos.** El niño tendrá una conducta ajustada al entorno y situación en la que ha vivido hasta el momento. Podemos encontrar reacciones que nos resultan sorprendentes porque son totalmente diferentes a aquellas a las que estamos acostumbrados. En el caso de adopción intercultural los contrastes serán aún más acentuados.

RECORDAD:

- **No todos los niños están preparados para la adopción, es más, muchos de ellos ni siquiera saben que van a ser adoptados. Los padres llegan cargados de emoción e ilusión a un momento soñado y mil veces imaginado, pero los niños no. Son dos realidades que se encuentran y no siempre resulta fácil. Hay que estar preparado para cualquier reacción del niño.**
- **Id poco a poco: hablad despacio, acercaos con cuidado, sin agobiar con besos, abrazos y achuchones descontrolados. Si el niño no está acostumbrado al contacto corporal, esa actitud le asustará.**
- **Si el niño lo permite, acariciadle o abrazadle con mucho cuidado y ternura.**
- **Habladle mirándole a los ojos y agachaos para poneros a su altura, de manera que vuestros ojos y los del niño puedan encontrarse de manera natural.**
- **Si el niño es muy pequeño, es muy importante que no perciba tensión en el momento de cogerlo. Esperad a que os lo dejen en brazos y no os anticipéis a cogerlo de manera apresurada.**
- **Cada niño reaccionará en función de su edad, su experiencia, su estado de salud, su nivel de desarrollo y los vínculos afectivos establecidos con otras personas. Cada niño es único y el encuentro con él también lo será.**

El niño y los padres necesitan tiempo para acostumbrarse a tantas experiencias nuevas. Cualquier cambio es difícil para todos. No se debe añadir más dificultad pretendiendo que el proceso se acelere.

Aunque cueste creerlo, es relativamente frecuente que, después de unas altas expectativas con respecto a ese momento, los padres se sientan defraudados al no sentir lo que tantas veces habían imaginado, leído y esperado. No siempre surge "el flechazo" que los padres daban por hecho y eso puede provocar sentimientos de culpabilidad y frustración, que aún pueden dificultar más el proceso de vinculación emocional. El amor no siempre surge de repente, sino que se va construyendo día a día, en la tarea de crianza y cuidado del niño.

Es muy importante guardar todos los objetos que el niño lleve consigo. No sólo por razones sentimentales, sino también por cuestiones prácticas. Es posible que entre sus cosas se encuentre un objeto de apego que le ayude en la transición. Aunque parezca irrelevante, ese trocito de tela, la gorra que lleva puesta, la mochila que le han regalado en la institución… para el niño no es sólo eso, es mucho más. Ese objeto le proporciona un sentimiento de seguridad o consuelo que, por un tiempo, no se podrá sustituir fácilmente. Los padres deben entenderlo como algo que permite al niño sentirse mejor, más seguro, y no intentar quitárselo cuanto antes ni por todos los medios. No pasa nada porque quiera llevar a todos los sitios su mochila, ni porque se duerma tocando un viejo trozo de paño…

¿Qué conductas podemos encontrar?

Podemos encontrar que el niño muestre **falta de expresividad,** bloqueo en sus reacciones ante los estímulos, sin respuesta a caricias ni intentos de interacción. Los vínculos establecidos con la figura de sus cuidadores tal vez no hayan tenido una estructura clara, ni una relación entre lo que el niño hace y las consecuencias que obtiene. Es muy probable que no haya tenido en su entorno a nadie accesible como fuente de seguridad y apoyo de manera estable.

En el caso de que el niño haya **creado lazos afectivos** con las personas que le han cuidado hasta la adopción, necesitará recuperarse de esa separación antes de empezar a crear nuevos vínculos. Por ello, lo esperable es que pase por diferentes fases:

1. Rechazo de los cuidados que le ofrecen otras personas, mostrando su deseo de volver junto a las personas que son su referencia. El niño manifiesta su dolor y su deseo de recuperar lo que ha perdido.
2. Poco a poco disminuyen la ansiedad y el rechazo y comienza a aceptar los cuidados que los padres le ofrecen.
3. Comienza la adaptación a la nueva situación y el niño puede comenzar a establecer nuevos vínculos.

En las tres fases el papel de los padres es fundamental: comprender al niño, mostrar empatía con sus sentimientos, ser pacientes, estar tranquilos y disponibles física y psicológicamente para contener sus emociones, transmitiéndole que se entiende que es un momento difícil para él, pero que están ahí, junto a él, para escucharle, cuidarle y quererle, aceptando su disponibilidad para ello.

En niños más mayores, que **no han tenido la oportunidad de crear esas relaciones afectivas,** podemos encontrar ciertas dificultades para establecer vínculos nuevos, como desconfianza, o esfuerzos por actuar lo más independientemente posible. Niegan tanto que necesiten el afecto de los demás como que deseen dar a la vez el suyo a nuevas personas.

Otra reacción, totalmente contraria pero igualmente frecuente, es la de mostrar una **dependencia excesiva** y ofrecer muestras de cariño e incluso irse con cualquier persona que le preste la mínima atención. Es un mecanismo que demuestra la capacidad de supervivencia del niño.

También es frecuente que los niños presenten **conductas de autoestimulación**, con movimientos estereotipados, es decir, repetitivos y sin sentido aparente, adquiridos para compensar la falta de estimulación externa. Otras veces son una

manera de aislarse de un entorno que no pueden controlar o sobre el que no saben cómo actuar. Poco a poco estas conductas van a ir desapareciendo, pero pueden resurgir en momentos determinados, ante situaciones nuevas que le provoquen tensión o frustración.

5.4.4. YA ESTAMOS EN CASA

Llegar a casa con el hijo adoptado es toda una experiencia, es el momento de hacer las presentaciones familiares, comenzar la rutina de una nueva vida, empezar con las revisiones médicas… en definitiva, comenzar con el verdadero proceso de adaptación familiar, social y escolar.

Ésta es tu casa

Aunque el niño sea muy pequeño es muy importante mostrarle el que será a partir de ese día su hogar. Recorrer con él los diferentes espacios, mostrarle dónde está el baño, el lugar donde dormirá, dónde dormirán los padres, dónde se van a colocar sus pertenencias y su ropa…

En el caso de bebés, un simple recorrido por la casa con el niño en brazos es suficiente, pero con un niño más mayor será necesario recorrerlo todo con más detenimiento, especialmente al llegar a su habitación. Muchos niños nunca han tenido un espacio propio y suelen mirarla asombrados de que todo eso realmente sea para ellos.

Es conveniente no tener la habitación totalmente preparada y dejar algunos detalles de decoración y organización para elegir y colocar con el niño, para que empiece a sentirla suya.

Dejarle un cajón en el baño para que ponga sus cosas, colocar su cepillo de dientes en su lugar y colocar su ropa en los armarios serán pequeños detalles que le harán sentir que su estancia en la casa no es algo temporal sino permanente.

Visitas

Seguro que toda la familia está deseando conocer al pequeño recién llegado, pero al principio es conveniente dosificar las visitas. El niño tiene que acostumbrarse a muchas cosas en muy poco tiempo, está recibiendo cientos de estímulos nuevos que tiene que asimilar progresivamente.

Durante las primeras semanas es mejor que en casa no haya constantemente personas diferentes, ya que el niño también tiene que aprender quiénes son los que componen su hogar de manera estable. Además, durante la primera etapa de adaptación el niño va a necesitar una dedicación y atención exclusiva. Atender a las visitas puede suponer momentos muy estresantes tanto para los padres como para el niño. Como es normal, todos los familiares y amigos estarán deseando mostrar su cariño al niño, ofreciéndole regalos y haciéndole carantoñas si la edad lo permite. El niño no está acostumbrado a eso y es muy posible que le provoque una sobreestimulación. Los padres tienen que dividirse entre las demandas del niño y atender de manera adecuada a las visitas, lo que suele convertirse en momentos agotadores.

En función de la evolución y adaptación del niño, quizá sea mejor que sean los padres junto al niño, siempre y cuando vean que el niño está preparado para ello, los que hagan las visitas de rigor, de manera que puedan concluir cuando los padres lo vean oportuno y puedan atender las demandas del niño más fácilmente.

Alimentación:

Los niños procedentes de un entorno carencial o una institución, especialmente si es una adopción internacional, suelen presentar algunas conductas características en cuanto a la nueva alimentación. Es muy habitual que coman con ansiedad, que les cueste saciarse, que pidan comida a todas horas o en cuanto ven a alguien comer, o bien que se muestren reacios a probar algunos sabores y texturas, etc. Si el niño es un poquito más mayor, necesitará aprender nuevos hábitos en la mesa, nuevas prácticas culturales en relación a la comida o algo tan simple como utilizar los cubiertos.

Conductas frecuentes relacionadas con la comida:

- Come con ansiedad, no se sacia.
- Se pone muy nervioso en cuanto llega el momento de la comida.
- Acapara, guarda o esconde comida.
- No sabe masticar.
- No acepta nuevos sabores y texturas.
- No sabe utilizar los cubiertos.
- No tiene instauradas normas de conducta en la mesa.

No hay que olvidar que los niños necesitan tiempo para adaptarse a los nuevos hábitos. Muchos han pasado hambre, nunca han experimentado la sensación de saciedad o han tenido que utilizar estrategias de supervivencia para conseguir comida.

¿Qué podéis hacer los padres?

Mostraros comprensivos y pacientes. Cuando el niño vea que no necesita engullir la comida rápidamente porque nadie se la quitará y que tiene asegurada su comida todos los días, dejará de mostrar ansiedad.

Introducidle las nuevas texturas, sabores y grupos de alimentos poco a poco. El pediatra os irá aconsejando cómo hacerlo.

Ofrecedle los alimentos nuevos como algo interesante y divertido, dando al niño la oportunidad de familiarizarse con el alimento antes de comérselo.

Cuidad la presentación de los platos, de manera que al niño la comida le resulte atractiva y apetitosa.

Asimilar un nuevo sabor o una nueva textura será más fácil si las primeras veces se le da en raciones pequeñas.

Enseñadle las normas adecuadas para comer, reforzando su conducta cuando intente hacerlo. El niño tiene que conocer todo lo relacionado con el momento de la comida: cómo sentarse, cómo utilizar los cubiertos, etc. Recordad que vosotros os convertiréis en su modelo, ya que los niños aprenden conductas imitando a los adultos.

Haced que las comidas sean un momento agradable del que podáis disfrutar todos juntos.

5.4.5. LOS HERMANOS QUE YA ESTÁN EN CASA

Cuando ya existen hijos previos en el hogar es muy importante prepararlos adecuadamente ante la adopción y explicarles el proceso de una manera clara y natural, teniendo en cuenta su edad y capacidad para entenderlo.

La llegada de un hermano suele tener un gran impacto, especialmente en el que hasta entonces ha sido el hijo único, que puede sentir que se le está arrebatando la atención y dedicación exclusiva que poseía hasta el momento. En el niño se unen sentimientos muy diferentes e incluso, a veces, contradictorios: curiosidad, cariño, recelo, envidia…

Los padres debéis estar preparados ante la posibilidad de que el niño comience a emitir alguna conducta como:

- Querer que le traten como a un bebé.
- Llanto ante situaciones en las que hasta ahora no había llorado. En realidad está pidiendo mimos, consuelo y un poquito de atención extra.
- Llamadas de atención, coincidiendo con los momentos de cuidado del nuevo hermano.

Algunas formas de prevenirlo

- Lograr que el niño pueda disponer de la atención de más de un adulto con capacidad para darle seguridad.
- Procurar situaciones en las que tenga la atención exclusiva de sus padres, como sucedía antes: dedicar algún ratito para él solo, sin que esté el otro hermano.
- Permitir que se acerque a su hermano y que lo toque.
- No prohibirle que juegue o haga ruido cuando su hermano esté durmiendo. Es mejor proponerle otros juegos más silenciosos.
- No se le debe obligar a compartir todo con su hermano. El niño necesita saber que algunas cosas son sólo suyas.
- Los padres debéis repetirle lo mucho que le queréis.
- Enumerad junto a él las ventajas de ser más mayor: puede montarse en los columpios, sabe pintar y dibujar, puede jugar con otros niños, comer caramelos, etc.

Los celos ante la llegada de un hermano son algo normal, y aún más en el caso de la adopción, ya que se suele crear mucha expectación alrededor del recién llegado. La mejor receta para superarlos con éxito es comprensión, paciencia y mucho amor.

5.4.6. VISITA AL PEDIATRA

Debe realizarse lo más pronto posible una vez que el menor llega a España, en general en la primera

semana (aunque se recomienda de forma inmediata si tiene algún problema de salud).

En esta consulta se realizará una evaluación exhaustiva del niño, que incluirá una historia clínica y exploración física completa, revisión de los datos que aportan los padres (incluido documento vacunal e informes médicos), y diversos análisis (sangre, orina etc.) según el país de origen. Se pretende comprobar el estado de salud del niño e identificar cualquier patología o problema de salud (infeccioso o no infeccioso). Según los resultados de esta consulta se planificarán el tratamiento y el seguimiento del niño adoptado, se actualizará el calendario de vacunas y se le derivará a los especialistas correspondientes si las patologías detectadas así lo aconsejan.

Igualmente si a los padres os preocupan las cuestiones de adaptación, o temas como la alimentación, el sueño, control de esfínteres o relaciones con el entorno, os dirigirán al profesional experto correspondiente.

5.4.7. DIFICULTADES EN LA CREACIÓN DEL VÍNCULO AFECTIVO

Un vínculo seguro favorece relaciones afectivas positivas, estimula el desarrollo de la autonomía del niño y fomenta una visión positiva, tanto de sí mismo, como de los demás.

Algunas **dificultades** que pueden aparecer durante el proceso de vinculación son:

- Ausencia de manifestaciones afectivas hacia los padres.
- Rechazo del contacto físico.
- Dependencia o independencia extrema.
- Acaparamiento de afecto y atención.
- Miedo a separarse de los padres.
- No querer estar con otros niños.
- Celos excesivos hacia los hermanos.
- Confusión respecto al sentimiento de pertenencia a la familia.

¿Qué pueden hacer los padres?

- Estableced rutinas, de modo que el ambiente del niño sea regular y pueda anticipar qué ocurrirá después.
- El niño necesita saber que vosotros no desapareceréis de su lado. Durante las primeras semanas, e incluso meses, intentad no separaros de manera prolongada del niño. Las separaciones deben ser graduales, aumentando poco a poco la duración. Despedios siempre y asegurad al niño que volveréis.
- Ocupaos personalmente de los cuidados y Atenciónes que el niño necesita. No deleguéis en otros las tareas de crianza del niño.
- Jugad todos los días con el niño. Los juegos de interacción y contacto son esenciales. Si el niño no sabe jugar, estimuladlo con ilusión y sin presión.
- Hablad mucho con vuestro hijo, independientemente de su edad e idioma. Aunque no entienda lo que le dicen, el tono de voz, la mirada y sus expresiones le guiarán.
- No le sobreprotejáis ni os mostréis permisivos. El niño necesita que le pongáis normas y límites. Eso le hará saber que vosotros tenéis el control y le hará sentirse seguro.
- Mostraos disponibles física y psicológicamente para el niño.
- Mostrad de manera activa lo mucho que le queréis y no dudéis en decírselo.

5.4.8. UN ASPECTO ESENCIAL: EL APOYO PROFESIONAL

Ser padres es maravilloso, pero no es fácil. Es un camino que hay que construir y afianzar día a día. Un camino lleno de decisiones, responsabilidad y dudas. A veces, en nuestro deseo de querer hacerlo todo bien, suponemos que los mejores padres son aquellos que tienen todas las respuestas y nos sentimos decepcionados y frustrados por no tenerlas. La realidad no es así; en la tarea de ser padres, uno de los aspectos fundamentales es el de saber buscar ayuda.

En el caso de la adopción, las familias cuentan con servicios especializados en salud, psicología y adaptación, tanto en la preadopción como en la posadopción. Una adecuada formación e información antes de la adopción que ayude a la familia adoptante a tener expectativas realistas, y la consulta a los servicios pre y posadopción, supondrán un gran apoyo para lograr el éxito de la adopción.

5.4.9. PUNTOS A RECORDAR EN LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL...

- El encuentro con el niño se dará en un país con diferentes costumbres, hábitos culturales, creencias e idioma.
- En algunos países es necesario hacer más de un viaje antes de poder concluir la adopción, lo que implica conocer al niño sin que los padres puedan llevárselo consigo a casa hasta meses después.
- Tanto el encuentro como las primeras fases de adaptación se van a dar en un entorno extraño para ambas partes: padres e hijo.
- Es muy difícil establecer rutinas, ya que durante el tiempo de estancia en el país es necesario realizar trámites administrativos, se suelen hacer visitas turísticas, etc.
- La información sobre el menor a adoptar suele ser escasa, incompleta o de hace mucho tiempo. Puede que su aspecto haya cambiado y no se parezca a la foto previa, que esté más delgado de lo que parecía, o que en el momento de la entrega se ofrezcan nuevos datos a la familia sobre el niño, su historia o su salud.
- En determinados países e instituciones se realiza un acto de entrega, una fiesta o ritual de despedida, pero en otros la entrega se realiza en la oficina de un registro oficial de una manera rápida y funcional, sin ningún tipo de ceremonia ni acto de transición.

RECORDAD: EL PROCESO DE ADAPTACIÓN FAMILIAR EN LA ADOPCIÓN

- Cada familia y cada niño son únicos y también lo será el tiempo de ajuste familiar y de creación de vínculos afectivos.
- En todas las familias el periodo de adaptación del menor a su nuevo entorno pasa por diferentes etapas.
- En muchos procesos de adaptación se pasa por una especie de “luna de miel”, en la que el niño adoptado todavía no se muestra tal y como es, sino que intenta agradar constantemente a los padres, intentando responder a todas sus expectativas. El niño, en realidad, no se muestra realmente como es por temor al rechazo de sus padres.
- Cuando el niño va sintiéndose más seguro, aparecerán más conductas de expresión personal. En esta segunda etapa la relación con los padres lo invade todo, el niño puede querer acaparar toda su atención, se muestra muy dependiente y suelen aparecer “regresiones” como esfuerzo para atraer los cuidados maternales y, de alguna manera, cubrir su necesidad de compensar las carencias y dificultades pasadas.
- Tras esta fase idílica pueden empezar fases de “crisis” en las que pueden aparecer conflictos cotidianos relacionados con la puesta de límites, dificultades en la evolución del vínculo y otras dificultades que pueden provocar desequilibrios en la relación familiar.
- La sucesión de periodos de “luna de miel” y de “crisis” es algo habitual que indica que van sucediendo cambios y reestructuraciones en las relaciones familiares. Estos periodos de "crisis" se irán superando como un paso más hacia la integración familiar.
- En otros casos las dificultades aparecen al principio, en la fase de acoplamiento o en las primeras etapas de adaptación, y progresivamente van superándose. Es decir, que los momentos más críticos son los de las primeras etapas para dejar paso después, si se superan, a una relación estabilizada basada en la resolución de las dificultades iniciales.
- Lo importante no es la rapidez con que se produce la adaptación mutua, sino la calidad de los progresos y avances que se van consiguiendo, de manera que los vínculos afectivos y el sentimiento de pertenencia se asienten sobre una base segura en la relación familiar.
- Si consideráis que las dificultades le superan, consultad con profesionales especializados.

Asociación Española de Pediatría

GUÍA PRÁCTICA PARA PADRES

Desde el nacimiento hasta los 3 años

El libro de consulta que ofrece ***información rigurosa****, completa y puesta al día para el cuidado del bebé desde el nacimiento hasta los 3 años de edad.*

Escrito y revisado por diversos profesionales de la ***Asociación Española de Pediatría****.*

Una guía práctica indispensable para ***padres y cuidadores****. Toda la información para el cuidado de los más pequeños:* ***preparación de la llegada del bebé, etapas de su desarrollo, alimentación, descanso, higiene, salud y aspectos psicosociales****.*

Asociación Española de Pediatría, ***9.000 pediatras y cirujanos*** *pediátricos al cuidado de los niños y adolescentes, desde 1949.*

Asociación Española de Pediatría
AEP

DODOT

Juntos
te ayudamos a cuidarlo