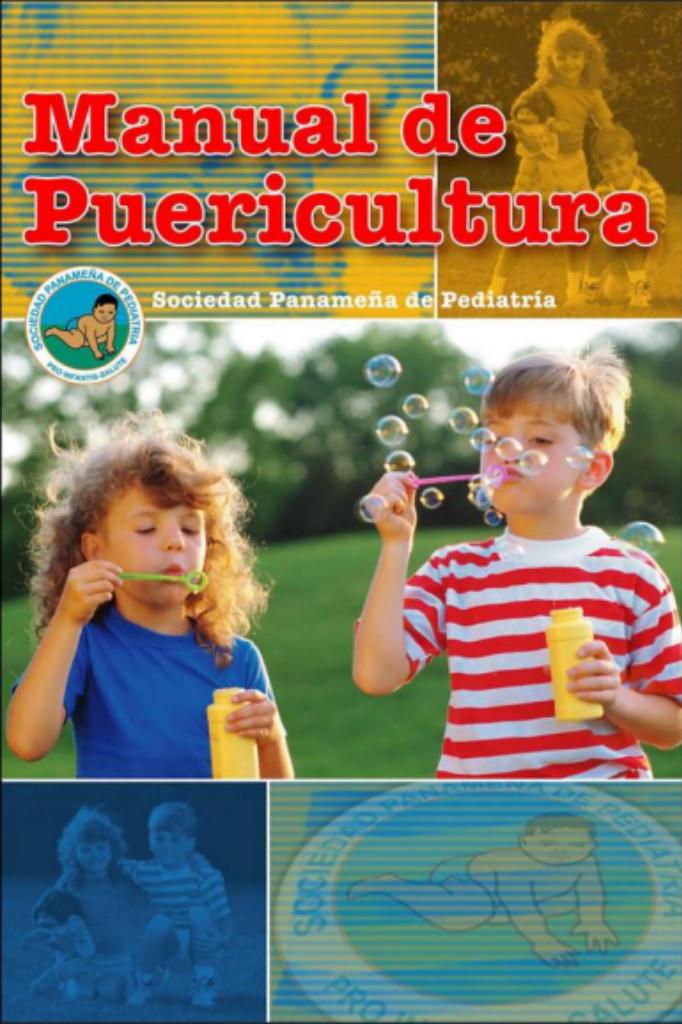


## CONTENIDO



Prólogo.....	Dr. José Cristóbal Almario.....	1
Lactancia Materna.....	Dr. José Cristóbal Almario .....	2
Nacido Prematuro.....	Dr. Paúl Gallardo Sosa .....	4
Condiciones Normales en el Recién Nacido.....	Dr. Martín A. Lasso B. ....	6
El aseo del Recién Nacido.....	Dr. Martín A. Lasso B. ....	9
¿Cómo debe dormir el Recién Nacido?.....	Dr. Martín A. Lasso B. ....	11
Ictericia del Recién Nacido.....	Dra. María Teresa Moreno.....	13
Estimulación Temprana.....	Dr. Rubén Villalaz B. ....	15
Los cólicos del Lactante.....	Dr. Iván Antonio Wilson.....	18
Las vacunas y los niños.....	Dr. Xavier Sáez-Llorens.....	19
Fiebre.....	Dra. Ariadne Milord de Manzanares. 20	
Bronquiolitis.....	Dr. Iván Antonio Wilson.....	22
Destete y Ablactación.....	Dr. José Cristóbal Almario .....	23
La diarrea y su niño.....	Dra. Dilia Gaona Dr. Kenneth Williams .....	25
Otitis Externa.....	Dr. Javier Nieto Guevara .....	26
Otitis Media.....	Dr. Javier Nieto Guevara .....	27
Neumonía.....	Dr. Javier Nieto Guevara .....	30
Meningitis.....	Dr. Xavier Sáez-Llorens .....	32
Impétigo Contagioso.....	Dr. Gentil Eduardo Villaflaite Díaz. 34	
Prevención de Accidentes Caseros.....	Dr. Iván Antonio Wilson.....	36
Crecimiento y Desarrollo en el primer año.....	Dr. Gentil Eduardo Villaflaite Díaz ...40	
Mi hijo no quiere comer.....	Dr. Iván Antonio Wilson .....	44
Escarabiosis.....	Dr. Luis E. Casal M. ....	46
Pesadillas y Terrors Nocturnos.....	Dra. Ariadne Milord de Manzanares. 48	
El asma infantil.....	Dr. Néstor Ruiz J. ....	50
Hernias Inguinales e Hidroceles.....	Dra. Honorina H. de Espinosa .....	54
Circuncisión.....	Dr. Alejandro E. Martínez Ramírez .....	56
El juego y los niños.....	Dra. Leonor E. Olivares .....	60
El Deporte y la Infancia.....	Dra. Mariana López .....	63
Detección temprana de Problemas.....	Dra. Celia Cantón.....	65
Hereditarios o Genéticos		

# MANUAL DE PUERICULTURA 2005

DIRECTIVA 2004- 2006

Presidente:	Dr. José Cristóbal Almario
Vice-Presidente:	Dr. Paúl Gallardo
Secretaria de Asuntos Internos:	Dra. Rosinda T. de Espino
Tesorero:	Dr. Jorge Rodríguez Lombardo
Secretario de Asuntos Externos:	Dr. Iván Wilson
Vocal:	Dra. Ariadne Milord de Manzanares
Asesora:	Dra. Mariana López

A nuestros niños, el futuro de nuestra nación.

## PRESENTACIÓN

Con este trabajo, estamos presentando a la comunidad médica en general y a todo el personal que está involucrado en la atención de los niños, la primera edición del Manual de Puericultura. El mismo ha sido elaborado con la cooperación desinteresada de los miembros de la Sociedad Panameña de Pediatría, quienes han redactado algunos temas de interés para el personal de salud, maestros y padres de familia.

La versión de este Manual de Puericultura presenta tópicos interesantes, actualizados y revisados y que aportan suficiente información sobre preocupaciones muy comunes de los padres de familia en relación con la salud y el desarrollo de sus niños. Se encontrarán temas que abarcan problemas e inquietudes en el manejo del recién nacido, lactante, pre-escolar y escolar, entre otros.

Con motivo de celebrarse las bodas de oro de nuestra Sociedad, nos sentimos obligados a contribuir con informaciones dirigidas a la comunidad, con el objetivo de que redunden en beneficios de nuestra niñez, a quienes nos debemos.

La salida a la luz pública de este Manual de Puericultura ha sido posible, gracias al apoyo de nuestros patrocinadores.

Dra. Rosinda T. de Espino  
Secretaria, SPP  
2005

## AUTORES COLABORADORES

Dr. José Cristóbal Almario	Dr. Paúl Gallardo Sosa
Dr. Martín Lasso B.	Dra. María Teresa Moreno
Dr. Rubén Villalaz B.	Dr. Iván Antonio Wilson
Dr. Xavier Sáez-Ulorens	Dra. Ariadne Milord de Manzanares
Dr. Kenneth Williams	Dra. Dilia Gaona
Dr. Javier Nieto Guevara	Dr. Gentil Eduardo Villaflaño Díaz
Dr. Luis E. Casal M.	Dr. Néstor Ruiz J.
Dra. Honorina H. de Espinosa	Dr. Alejandro Martínez Ramírez
Dra. Leonor E. Olivares	Dra. Mariana López
Dra. Celia Cantón	

## PRÓLOGO

La Sociedad Panameña de Pediatría nace el 18 de enero de 1954, bajo la idea de un grupo de pediatras panameños, que desde sus inicios sintieron la necesidad de agrupar a los pediatras con la finalidad de promover educación médica continua y velar por el bienestar de la niñez y adolescencia panameña.

La Sociedad Panameña de Pediatría es la Sociedad que representa a todos los pediatras panameños ante las sociedades y organismos nacionales e internacionales que tienen como objetivos fomentar el bienestar y salud de la niñez y la adolescencia.

Nos corresponde, dentro del sector salud, la gran responsabilidad de evaluar y seguir el crecimiento y desarrollo del niño@ desde su nacimiento, infancia, etapa escolar y durante la adolescencia. Los primeros años en la vida de la niñez son determinantes y cruciales para lograr el máximo potencial de sus capacidades y desarrollo humano. Es básico garantizar una alimentación y cuidados médicos adecuados que contribuyan a promocionar mejores posibilidades de sobrevivir, crecer de manera saludable, padecer menos enfermedades y desarrollar plenamente sus potenciales, aptitudes cognoscitivas y la seguridad nutricional del niño@.

El crecimiento de la Sociedad Panameña de Pediatría, ha sido importante tanto en el aumento de nuestra membresía como en la formación de los capítulos de pediatras en Azuero, Veraguas y Chiriquí. Su participación en la elaboración de las Normas Nacionales de los Programas Infantiles- Escolares y Adolescente, Esquema Nacional de Vacunas, Leyes Nacionales (Lactancia Materna) y distintas comisiones que velan por los derechos, discapacidad y abuso sexual en niño@s. Nuestras acciones se han extendido a la comunidad a través de apoyos directos a proyectos relacionados con el Hogar de Varones de la Escuela Malambo, Hogar Monte Carmelo en Chame para estudiantes adolescentes de áreas rurales y con la comunidad de Manglarito a través de giras médico – asistencial y educativas.

La Pediatría a evolucionado grandemente en lo científico y tecnológico, sin embargo no puede separarse de su carácter social e integral. Los pediatras hoy más que nunca tenemos que mantener un compromiso con esta profesión dedicada al cuidado de niño@s y adolescente, brindando siempre atención integral y humana, sin descuidar nunca ese contacto con los familiares tanto para el niño@ enfermo o sano. Debemos dar un mayor énfasis a los componentes de supervivencia infantil que disminuyen en forma importante la morbi-mortalidad infantil: Lactancia Materna, Crecimiento y Desarrollo, Nutrición, Vacunación, Indicaciones Higiénicas, Dietéticos, Tratamiento adecuado de las infecciones respiratorias agudas y el uso de la Hidratación Oral en las enfermedades diarreicas.

Los pediatras debemos a través de la educación médica continua mantenernos actualizados sin ofrecer resistencia al cambio y basarnos completamente en una medicina integral y basada en la evidencia científica.

Dr. José C. Almario

## LACTANCIA MATERNA

Lactancia o dar pecho al niño que acaba de nacer es una condición que debe ser enseñada a toda mujer como parte de su educación sexual y reproductiva durante el periodo escolar y se debe reforzar en la etapa prematrimonial y matrimonial y aún más, durante los controles prenatales tanto por el médico obstetra como por la enfermera.

La leche de los pechos maternos es el alimento más completo e insustituible que se le puede brindar a un recién nacido, ya que la misma reúne todas las sustancias necesarias capaces de nutrir adecuadamente al bebé.

Es necesario que desde el momento del parto, se coloque inmediatamente al recién nacido en el seno de la madre y no se debe producir la separación del bebé y la madre, a menos que exista una situación de enfermedad que no permita que la madre pueda darle la atención debida al niño. Se debe tratar que dicha unión madre – hijo se de lo más pronto posible, para colocar al bebé al pecho materno.

Todas las mujeres que dan a luz, están en capacidad de amamantar a su hijo sobre todo cuando han sido bien orientadas y están convencidas de que la lactancia materna es la forma más segura (libre de contaminación), más económica (barata) y completa, ya que contiene todos los nutrientes necesarios para alimentar al recién nacido, para que crezca y se desarrolle, sin tener que introducir ninguna otra fórmula ni alimentos en los primeros 6 meses de vida.

Para asegurar que la leche del pecho materno se produzca adecuadamente, la madre debe colocarse al niño cada vez que sea necesario o sea a libre demanda (cada vez que lo requiera) y por períodos de 15 - 20 minutos en cada seno. Así podrá tener leche en abundancia, recordando que dicha leche tiene un 85% de agua, por lo que no se requiere brindar agua entre biberones. La producción diaria de la leche materna es aumentada de manera importante por la succión frecuente del bebé. Es importante recordarles que con cada mamada la mayoría de los niños evacuan y que las mismas pueden tener una consistencia muy acuosa o "aguada", como si fuera diarrea. Esta situación es normal. Asimismo, las mamadas frecuentes evitan que el recién nacido se ponga amarillo (ictérico).

Se ha comprobado que la lactancia materna exclusiva en los primeros 4 a 6 meses de vida, puede llenar todas las necesidades nutricionales de los bebés. En todos los hospitales tanto públicos como privados se debe estimular la colocación del recién nacido al pecho materno apenas nazca, ya que esto promueve la producción de leche en la madre y el apego temprano, elementos necesarios para la seguridad física y emocional del bebé.

En las primeras 48 horas se produce una sustancia llamada calostro que tiene un alto contenido proteico, además de alimentar al bebé, lo protege contra infecciones debido a que el mismo tiene un alto contenido de imunoglobulinas y otras sustancias protectoras. Las primeras gotitas de leche se convertirán entonces, en las primeras vacunas protectoras que recibe el recién nacido.

Existen condiciones muy raras que contraindican la lactancia materna, generalmente enfermedades maternas en fase terminal y el SIDA. Es importante señalar que las mujeres en la actualidad, son parte importante del mercado laboral, por lo que habrá que buscar todas las estrategias que permitan cumplir y extender la lactancia materna, el mayor tiempo posible después del parto y dar la orientación pertinente para que una vez incorporada al trabajo puedan seguir amamantando.

Es necesario promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida, pero se puede dar pecho materno hasta los 2 años, más aún en las familias de escasos recursos económicos.

Para la seguridad de los padres y la de sus niños se hace necesario que las indicaciones desde el nacimiento sean precisas, claras y que se comprendan adecuadamente. Ya sea que nazca en un hospital privado o público se debe recomendar la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida.

La Organización Mundial de la Salud como organismo que rige la Salud Pública Mundial, establece que existen evidencias científicas que demuestran que la lactancia materna protege a los infantes contra las diarreas y los procesos respiratorios, además tiene un efecto positivo sobre el desarrollo motor (habilidades) y la inteligencia en niños de edad pre-escolar y escolar y también parece proteger contra enfermedades crónicas como diabetes mellitus, obesidad e hipertensión arterial en adolescentes y adultos jóvenes.

Los Pediatras debemos constituirnos en los principales agentes promotores de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Una modalidad que puede contribuir al reforzamiento de la lactancia materna exitosa y prolongada es la de promover una cita a todas las embarazadas con el pediatra, con la finalidad de promocionar y estimular la lactancia materna desde antes del nacimiento del recién nacido.



## NACIDO PREMATURO

La mayoría de los embarazos duran cerca de 40 semanas. Cuando un bebé nace entre las semanas 37 y 42 de gestación se dice que es un bebé nacido a término. A los bebés nacidos antes de la finalización de las 37 semanas de embarazo se les llama bebés prematuros o preterminos. Los problemas de los niños prematuros son mayores en cuanto menor es la edad gestacional. La sobrevida de niños con edad gestacional mayor de 32 – 34 semanas ("ocho mesino") es casi la misma que la de los niños de término y es superior a la de los niños de 29 – 31 semanas de edad gestacional ("siete mesino"). Los bebés nacidos prematuramente están expuestos a un riesgo mayor de tener serios problemas de salud por varias razones. Cuanto más prematuros son, menor es su peso y menos desarrollados están sus órganos y es probable que deban enfrentar más complicaciones. Por lo general estos bebés requieren atención especial en una unidad de cuidados intensivos neonatales con personal médico y de enfermería muy especializado.

### • ¿Cuáles son las causas del nacimiento prematuro?

Un bebé puede nacer antes de término cuando el médico induce el parto debido a complicaciones en el embarazo que afectan la salud de la madre; otros nacen prematuros después de una ruptura prematura de las membranas, desconociéndose a ciencia cierta la causa de esta última.

### • ¿Qué complicaciones médicas son comunes en los bebés prematuros?

Hay una serie de complicaciones que ocurren con mayor probabilidad en los bebés prematuros que van de leve a severa y que, en algunos casos, son mortales.

#### • Síndrome de dificultad respiratoria (SDR).

Los bebés con SDR carecen de una proteína llamada surfactante que impide que los pequeños sacos de aire que hay en los pulmones se colapsen. El médico puede sospechar que el bebé tiene SDR cuando nota que hace esfuerzo para respirar confirmándose el diagnóstico con una radiografía de tórax. El tratamiento con surfactante ayuda a los bebés a respirar con más facilidad desde que fue introducido en 1990. Los niños con SDR necesitan oxígeno adicional y en algunos casos asistencia respiratoria mecánica para ayudar al bebé a respirar y mantener dilatados los pulmones administrándose el aire por pequeños tubos que se colocan en la nariz del bebé o a través de un tubo que se le inserta en la tráquea hasta que los pulmones maduren.

#### • Apnea.

A veces los bebés prematuros dejan de respirar durante 20 segundos o más. Esta interrupción en la respiración se denomina apnea y puede ir acompañada de una disminución de la frecuencia cardíaca o coloración cianótica. Los bebés prematuros deben estar bajo observación permanente para detectar cualquier caso de apnea. Si el bebé deja de respirar este se puede estimular dándole palmaditas o tocándole las plantas de los pies hasta que el médico determine cuál es el tratamiento más efectivo dependiendo del caso.

#### • Hemorragia intraventricular (HIV)

Aproximadamente del 10 – 50 % de los bebés nacidos antes de las 34 semanas sufren de una hemorragia cerebral, las cuales ocurren generalmente dentro de los primeros cuatro días de vida y pueden diagnosticarse con un ultrasonido cerebral. Casi todas las hemorragias son leves y se resuelven solas provocando pocas consecuencias. Las hemorragias severas pueden hacer que las cavidades del cerebro que están llenas de líquido se dilaten y aumente la presión del cerebro produciendo daño cerebral. En estos casos el cirujano suele introducir un tubo en el cerebro para drenar el líquido y reducir el riesgo de daño cerebral.

#### • Ductus arterioso persistente (DAP)

El DAP es un problema cardíaco comúnmente observado en los bebés prematuros. Antes de nacer una arteria grande llamada ductus arterioso hace que la sangre no pase por los pulmones ya que el feto recibe el oxígeno que necesita a través de la placenta. Normalmente el conducto se cierra

días después del nacimiento para que la sangre pueda circular hacia los pulmones y absorber oxígeno. En los bebés prematuros, el conducto no siempre se cierra adecuadamente lo cual puede llevar a una insuficiencia cardíaca. Los bebés con DAP se tratan con un medicamento que ayuda a cerrar el conducto, aunque pueden requerir cirugía si la medicina no resulta eficaz.

#### • Enterocolitis necrotizante (ECN)

Algunos bebés prematuros desarrollan un problema intestinal potencialmente peligroso por lo general dentro de las primeras 2 – 3 semanas de vida, que lo lleva a dificultades en la alimentación, hinchazón abdominal y evacuaciones sanguinolentas. El intestino se lesiona cuando disminuye la irrigación sanguínea que recibe y las bacterias que están normalmente presentes invaden la zona lesionada. Cuando se comprueba mediante estudios radiográficos que el bebé tiene ECN, se le trata con antibióticos y se le alimenta por vía intravenosa mientras el intestino se cura. En algunos casos es necesario realizar una cirugía para eliminar secciones lesionadas del intestino.

#### • Retinopatía del prematuro (RDP)

La retinopatía del prematuro se debe a un crecimiento anormal de los vasos sanguíneos del ojo y se produce generalmente en los niños prematuros menores de 32 semanas de gestación al nacer. Puede ocurrir hemorragias y la formación de cicatrices capaces de dañar la retina y a veces producir la disminución de la visión o ceguera. Por lo general la RDP leve, que se diagnostica mediante un examen oftalmológico, no requiere tratamiento, ya que en la mayoría de los casos los ojos se curan solos con poca o ninguna pérdida de la visión. En los casos severos el oftalmólogo puede tratar los vasos anormales con láser o crioterapia (congelamiento) para proteger la retina y preservar la visión.

#### • Anemia

Los bebés prematuros a menudo son anémicos, lo cual significa que no tienen suficiente glóbulos rojos. Si el bebé es anémico suelen desarrollar problemas de alimentación y crecimiento lento. La anemia puede agravar los problemas respiratorios y cardíacos. Estos bebés se pueden tratar con suplemento dietético de hierro, medicamento que aumenta la producción de glóbulos rojos o en casos severos, con transfusiones de sangre.

#### • Infecciones

Los bebés prematuros tienen sistemas inmunológicos inmaduros incapaces de combatir en forma eficiente las bacterias, los virus y otros organismos que pueden causar infecciones, como neumonía (infección de los pulmones), sepsis (infección de la sangre) y meningitis (infección de las membranas que rodean al cerebro). Los bebés contraen estas infecciones de sus madres al nacer o se infectan después de nacer por el contacto con miembros de la familia, personal del hospital o equipos infectados. Las infecciones se tratan con antibióticos o medicamentos antivirales. En ocasiones, las infecciones también pueden ser producidas por hongos.

#### • Enfermedad pulmonar crónica (EPC)

La EPC es un trastorno pulmonar crónico que afecta más comúnmente a los bebés prematuros que han requerido tratamiento con respiradores mecánicos y oxígeno por largo tiempo. Estos bebés acumulan líquido en los pulmones y sufren cicatrices pulmonares. Por lo general, sus pulmones se curan durante los dos primeros años de vida, aunque algunos desarrollan una enfermedad pulmonar crónica similar al asma.

#### • ¿Cómo se previenen los problemas médicos en los prematuros?

Cuando el médico sospecha que una mujer podría tener un parto prematuro, puede indicarle tratamiento con corticoides. Los corticoides cruzan la placenta y aceleran la maduración de los pulmones del feto. Los corticoides disminuyen la incidencia de dos de las complicaciones más serias del nacimiento prematuro: el síndrome dificultad respiratoria y la hemorragia cerebral. Este medicamento se administra mediante inyecciones y son más eficaces cuando se les aplica al menos 24 horas antes del parto.

### CONDICIONES NORMALES EN EL RECIÉN NACIDO

El recién nacido es un individuo que se encuentra en un período de adaptación y de cambio entre la vida dentro del vientre materno y el mundo externo. El nacimiento requiere de ajustes por parte del bebé a su nuevo entorno. El bebé tendrá que poder regular su temperatura, respirar; presentar modificaciones en la piel, aparato circulatorio, digestivo, órganos de los sentidos y conducta, entre otros, en las primeras semanas de vida. Existen muchas condiciones normales en el recién nacido que se presentan de forma transitoria y que pueden parecer anormales para los padres o familiares; esto con frecuencia origina ansiedad, preocupación y alarma, especialmente en los padres sin experiencia. Aquí describiremos los hallazgos más frecuentes que se consideran condiciones normales del recién nacido.

**La forma de la cabeza:** Despues del nacimiento el niño que ha experimentado una labor de parto y el que ha nacido por vía vaginal puede presentar deformidades de la cabeza que la mayor parte del tiempo son normales, transitorias y se resuelven de forma espontánea. Estas deformidades pueden ser producidas por movimientos de los huesos del cráneo o por hinchazón de los tejidos blandos de la cabeza. Su pediatra le explicará la situación particular de su niño. Estos fenómenos no los observamos en los neonatos nacidos por cesáreas electivas, ya que no han sido sometidos a las presiones de las contracciones uterinas sobre la cabeza.

**La hinchazón de los párpados:** Algunos niños que vienen de cara y también por la misma presión que recibe la cabeza, pueden tener los párpados cerrados o hinchados en los primeros días de vida; esto se resuelve espontáneamente.

**Manchas rojas en los ojos:** Estas manchas corresponden a pequeñas hemorragias o áreas de sangrado en las conjuntivas y se producen por la presión sobre la cabeza durante las contracciones de la labor del parto. No comprometen la visión, ni producen secuelas neurológicas a largo plazo. Desaparecen solas sin necesidad de tratamiento.

**El llanto:** Es la única forma de comunicación con los padres. Todos los recién nacidos necesitan llorar para expresar sus necesidades tales como: hambre, calor, frío, estoy mojado, estoy suyo, estoy cansado, quiero dormir o quiero sentirte a mi lado, mamá. Los neonatos necesitan llorar de 1 a 4 horas por día. Con el tiempo la madre podrá reconocer distintos tipos de llanto que le permitirá identificar las necesidades de su hijo. Cada vez que su bebé llore debe responder con prontitud, para que el bebé se sienta seguro. Esto no lo va a maliciar. Identifique la necesidad más apremiante del bebé y resuélva rápidamente esta necesidad. Si luego de esto no se calma, puede utilizar un consuelo o chupete.

Si a pesar de estas medidas no se calma, usted puede intentar alguna de las siguientes actividades en el orden que prefiere:

- Mecorlo en una mecedora, brazos, coche, hamaca o caminar con él en sus brazos.
- Acariciarlo suavemente en el cuerpo o cabeza
- Ponerle música suave
- Bañarlo con agua tibia
- Hacerlo eructar para que expulse los gases
- Exponerlo a un sonido rítmico o vibración
- Arroparlo con una sabanita bien ajustada.
- Puede dar un paseo en coche

Si todo esto falla, debe llenarse de valor y simplemente déjelo sólo por un momento.

Si tampoco resulta, busque asistencia en otro miembro de la familia, que llegue tranquilo, fresco y calmado. Si aún después de todos estos pasos el bebé continúa llorando, debe consultar con su pediatra para descartar una enfermedad. Algunos bebés son irritable desde su nacimiento y necesitan

llorar antes de dormir. Los varoncitos son más intranquillos e irritables sobre todo en horas de la noche. Los bebés perciben la tensión y el "stress". Si esto ocurre en el hogar, tienden a reaccionar llorando.

**El pujo:** Con mucha frecuencia los padres interpretan este ruido como un dolor o incomodidad que sufre el bebé. Hay múltiples explicaciones para este halago, el más aceptado es que el niño utilice este esfuerzo para moverse el contenido intestinal. Recuerde que los bebés están acostados todo el tiempo y no se sientan sobre la taza del baño para defecar; por lo que se valen de este ruido para aumentar la presión en el abdomen y esto facilita las evacuaciones. El pujo puede ocurrir durante todo el día, inclusive cuando están dormidos y muchos recién nacidos hacen este ruido, antes de orinar. Usted sólo debe vigilar la consistencia de las heces y el número de veces que el bebé depone durante el día. Probablemente las heces serán blandas así que no se preocupe. Esta condición se resuelve de forma espontánea si ninguna medicación cuando los músculos de la pared abdominal hayan aumentado su fortaleza.

**La defecación:** Ésta es una de las causas más frecuentes de consulta durante el primer mes. Las heces iniciales son de color verde-negruzcas y las llamamos meconio, éstas son las deposiciones normales de los 2 a 3 primeros días; luego el recién nacido presenta las llamadas heces transitoriales, que se caracterizan por ser líquidas, amarillentas y frecuentes. Finalmente si el niño toma leche materna, vamos a observar heces de un color mostaza, blandas abundantes, que pueden presentarse después de cada toma en la mayoría de los niños. Si el recién nacido ingiere alguna fórmula puede que las heces tengan un color grisáceo. Las evacuaciones dependerán del tipo de leche o fórmula que ingiera el bebé, de algunos hábitos de alimentación de la madre que da pedo, patrones hereditarios y estado de hidratación. Algunos niños pueden evacuar cada 48 - 72 horas y esto puede ser normal. Más importante que el número de veces al día, es la consistencia de las evacuaciones: las heces deben ser blandas o agujadas. El bebé no debe tener el abdomen duro, abultado, ni doloroso ni disminuir el volumen de la leche de sus tomas; si alguna de estas situaciones ocurre, debe consultar con su pediatra.

**Patrones de alimentación del bebé:** Los lapsos de toma de leche de cada niño son variables y dependerán del peso del niño, del tipo de leche que ingiere, de los días de vida, del momento del día y de las características individuales de cada bebé. Descubrir el patrón de alimentación de su hijo, puede tomarle un par de semanas. Mientras esto ocurre, usted debe conocer algunos conceptos en relación a la lactancia materna:

La leche materna tiene un contenido mayor de agua en relación a las fórmulas adaptadas y las características de las grasas y proteínas son de más fácil absorción, lo que hace que su digestión sea más rápida; así que el niño alimentado con pedo tendrá períodos de alimentación más cortos. También dependerá del volumen que produce la madre y el número de embarazos de la madre. En los primeros días usted producirá un menor volumen y puede ocurrir que el bebé tome con más frecuencia. Durante la madrugada, el nivel de algunas hormonas es mayor y también lo es la producción de leche materna, además los niños están más alerta durante la madrugada, debido a las condiciones de poca luz y ruido. Por esta razón comen más frecuentemente y esto es normal. Algunos recién nacidos comen con una gran avidez, como desesperados. A otros hay que despertarlos. Debe ser flexible y tolerante de acuerdo a su niño, ya que algunos van a requerir jornadas largas de alimentación.

**Usos del chupete:** Debe saber que el chupete no produce problemas médicos ni psicológicos. El objetivo de ofrecerlo es para satisfacer las necesidades de succión no nutritiva de algunos bebés. No lo

recomendamos con el propósito de sustituir o retrasar la alimentación y deberá ofrecerlo sólo después de una toma de leche o para conciliar el sueño en los bebés irritables.

**Lengua blanca:** Es normal que la lengua del recién nacido adquiera un color blanquecino lo cual no quiere decir que este sucia o que el bebé tiene mala digestión. Estos son restos de leche que forman como placas. Esta condición no amerita tratamiento.

**El muermo:** El ruido nasal o muermo es producido por la presencia de secreciones nasales viscosas, por hinchazón, por una reacción a ciertos estímulos irritantes en el ambiente del niño en las estrechas vías aéreas de los recién nacidos o por la presencia de pequeñas cantidades de leche que se devuelven al sacar los gases después de comer. En la nariz se calienta y se humidifica el aire que llega a los pulmones, si el aire está muy seco, se produce una dilatación de algunas venas y puede producirse moco claro que contribuye a que se magnifique el ruido. No se trata de un resfriado y usted debe vigilar por la presencia de algún síntoma asociado como por ejemplo: fiebre, secreción nasal purulenta o viscosa, tos, afectación del estado general, irritabilidad, disminución en la ingesta de alimentos o problemas para succionar. Si este ruido está asociado a alguno de estos síntomas, usted debe consultar a su pediatra. De lo contrario, usted debe saber que "el muermo" no va a desaparecer hasta que el bebé crezca, cuando crece también toda la vía aérea.

**Los estornudos:** Los estornudos en el recién nacido no sólo son normales sino necesarios para mantener abiertas las fosas nasales, para la respiración y la alimentación del bebé.

**La piel:** En los primeros días de vida el recién nacido tendrá un color muy rosado, casi rojo el cual es producido por el elevado nivel de hemoglobina en comparación a la del adulto, y a una piel más delgada. Al final de la primera semana esto va a desaparecer. Si el niño es expuesto al frío, usted podrá observar una coloración azulada en manos y pies, esta situación se llama acrocirosis y es una condición normal, sólo debe abrigar al bebé. Existen una serie de hallazgos que pueden ocurrir en la piel debido a este período de adaptación por la que pasa el recién nacido que no ameritan tratamiento, usted deberá consultar con su pediatra durante las citas sobre los hallazgos que observe en la piel. La mayoría son normales y transitorios. No se alarme.

**La orina:** El bebé debe orinar después de cada toma y la orina deberá ser clara transparente y sin olor. De percibir algún olor en la orina consulte con su pediatra.

#### EL ASEO DEL RECIÉN NACIDO

En países calurosos y húmedos como el nuestro, es recomendable bañar al recién nacido todos los días, salvo que exista una situación particular de su niño o alguna enfermedad de la piel. Su pediatra le informará de acuerdo al caso.

Mientras no se haya caído el cordón umbilical, el baño deberá ser de toallita o con una esponja. Cuando éste se haya caído y cicatrizado o cubierto por piel, usted puede bañar al bebé en una tina.

Debe tener presente que la hora del baño de su hijo, es el momento en donde pueden ocurrir muchos accidentes. Le recomendamos se concentre y tenga a mano todas las cosas que usted vaya a utilizar: jabón de baño, toallita o esponja, algodones, toalla y envase pequeño para verter agua limpia. Existen en el mercado una gran cantidad de productos para el aseo del bebé que son innecesarios y no recomendables como por ejemplo: polvos, aceites para el cuerpo, shampoo, perfumes y juguetes, entre otros.

Nunca deje al niño sólo en el agua. Olvídense del timbre, celular y teléfonos. Si olvidó algo en ese momento y está sola, cargue al bebé con usted y busque lo que le hace falta.

El agua para bañar a su hijo debe estar tibia, esto hará que sus músculos se relajen y el baño sea un momento que el bebé legue a disfrutar. Durante el baño su niño tendrá la oportunidad de explorar su entorno, jugar, chapotear y divertirse. Verifique siempre la temperatura del agua antes de colocar a su bebé en la tina o platón que usted utilice.

Si usted prefiere utilizar una tina, compre alguna con respaldo para la espalda con esponja en ésta área para evitar que el lactante se deslice y además apoyo para las piernas para evitar que resbale y se sumerja en el agua. No debe llenar la tina demasiado, se recomienda llenarla hasta dos pulgadas de agua.

El jabón que usted debe utilizar debe ser un jabón neutro, sin colorantes ni perfumes. Puede ser en barra o líquido de acuerdo a su preferencia o conveniencia; existen muchas marcas en el mercado que usted puede elegir. Recuerde utilizar jabones neutros diseñados para lactantes. Los jabones neutros no producen mucha espuma. Debe lavar con jabón todo su cuerpo inclusive la cabeza, ya que si no lava la cabeza se puede formar la llamada costra de leche en la región frontal. Si prefiere utilizar shampoo de bebé, este no debe utilizarlo más de una vez a la semana porque reseca el cabello y pierde su brillo. Lave la cara y el resto del cuerpo, en dirección de arriba hacia abajo, y empiece siempre por la cabeza. Ponga especial cuidado en las áreas de pliegue: en el cuello, detrás de las orejas, en las axilas y los genitales. Durante el baño háblele con voz dulce; le puede cantar o poner música suave.

Cuando usted haya terminado utilice una toalla de algodón para secarlo. Puede utilizar las toallas con capucha para la cabeza para mantener seca y abrigada esa área. Para evitar accidentes tenga disponible una segunda toalla para usted con la finalidad de secarse las manos antes de levantar a su hijo. Seque todo su cuerpo mediante delicados toques para no maltratar la piel. Cuando la piel está seca puede aplicar una crema humectante para mantener la piel lubricada. Evite el aceite de bebé ya que no penetra la piel, no lubrica y puede producir irritaciones o erupciones como el llamado salpulido. No bañe con agua y

jabón varias veces al día a su hijo®, ya que esto sólo servirá para que la piel se reseque y pierda la grasa protectora natural del recién nacido. Si la piel está reseca, usted puede aplicar varias veces al día una crema humectante. Las uñas de las manos deben cortárlas con frecuencia cada dos o tres días dependiendo del largo de las mismas, hay quienes lo hacen en el momento del baño, pero es más fácil cuando el bebé duerme. Las uñas de los pies son delgadas y se quiebran solas, no es necesario que utilice un cortauñas o tijeras para ellas.

En las orejas se puede utilizar un aplicador de algodón para limpiar las curvas del pabellón auricular, no lo introduzca dentro del conducto auditivo. Puede producir lesiones. Detrás de la oreja se acumulan restos de piel que por lo general se caen durante el baño cuando utiliza agua y jabón, si estas costras no se desprenden puede utilizar un aplicador con aceite para facilitar esta tarea.

En la boca, observará que la lengua se mancha con restos de leche y adquiere una coloración blanquecina. No es necesario lavarla ni utilizar cepillos o productos como miel para su limpieza.

El área genital del varón debe lavarse igual que el resto del cuerpo, no le tenga temor a los genitales, no los va a lastimar. No es necesario retrair el prepucio ( pelear el pipí ). Su pediatra le informará cuando se debe realizar esta acción. En el caso de las niñas usted observará que todos los días salen un moco claro o blanquecino del área genital, esto es completamente normal. Usted puede al lavarla, utilizar algodones húmedos y limpiar de adelante hacia atrás, de la vulva hacia el ano, para evitar contaminación de los genitales con heces. Luego que usted ha secado la piel, puede utilizar alguna crema aislante con óxido de zinc o vaselina en los glóteos y los genitales, antes de colocarle el pañal. Las irritaciones en el área del pañal generalmente se producen por el contacto prolongado de las eliminaciones con la piel. Usted deberá cambiar el pañal frecuentemente o después de cada eliminación del niño®, esta es la mejor forma para evitar las irritaciones en el área del pañal.

El cordón umbilical deberá limpiarse con un algodón humedecido en alcohol al 70% o más para que esta estructura se momifique y se pueda caer. Al limpiarlo, procure desprender una sustancia amarillenta pegajosa que hace que el cordón se mantenga adherido a la piel. La mayoría de los recién nacidos lloran cuando uno les limpia el cordón con el alcohol, esto es porque sienten frío, es completamente normal, no se preocupe. El llanto disminuye, si aprieta el algodón con alcohol antes de aplicarlo sobre la piel. Si ésta estructura de la placenta ( el cordón umbilical ) no se ha caído aún, recuerde bañar al bebé con una toallita evitando mojar el cordón. Si el ombligo se moja, primero séquelo con una toalla de algodón antes de aplicar alcohol. Al colocarle el pañal procure dejar el cordón expuesto al aire para que se vaya secando y cicatrizando. Cuando el cordón comienza a caer, usted podrá ver manchas de sangre en el pañal, esto es normal. Avisé a su pediatra si hay pus en el cordón, si la piel alrededor del ombligo está enrojecida o si el recién nacido llora con sólo tocarle la piel o el cordón.

### ¿ CÓMO DEBE DORMIR EL RECIÉN NACIDO ?

El recién nacido duerme largos períodos. Sólo se despierta para comer y con frecuencia observamos que duermen todo el día, pero durante la noche se encuentran más despiertos, más activos y con deseos de interactuar con su entorno. Poco a poco, a medida que el bebé crece y aumenta la capacidad de su estómago, los períodos de sueño son más largos y éstos ocurren con mayor frecuencia durante la noche. Los períodos de vigilia serán más prolongados durante el día. Para dormir cómodamente el niño® necesita comer hasta quedar satisfechos. Es importante un ambiente fresco, oscuro, ventilado y debemos permitirles dormir lo que ellos necesiten.

Los bebés tienen la capacidad de dormir en lugares silenciosos o en casas con ruido, así que no tiene sentido caminar de puntillas o susurrar por la casa para que no se despierten. Por el contrario, es importante que escuchen los ruidos normales de la casa y las voces de sus familiares, ya que éstos son estímulos auditivos para el bebé. La superficie en la que usted debe acostar al bebé debe ser plana, firme pero suave. No debe usar almohadas para la cabeza, porque pueden doblar el cuello y comprometer la respiración. No utilice sábanas ni mantas para colocarlas sobre el niño.

Durante mucho tiempo se recomendaba que los bebés, sobre todo los lactantes hasta los cuatro meses, debían colocarse boca abajo para dormir. Se creía que de ésta forma se podía evitar una asfixia por aspiración de leche, en caso que vomitaran. Investigaciones recientes, concluyen que la postura más segura es colocarlos boca arriba porque existe una relación de mayor incidencia de muerte súbita del lactante en los niño®s que duermen boca abajo. Por esta razón, los niño®s sanos deben ser acostados boca arriba para dormir, según la Academia Americana de Pediatría. Existen algunas excepciones, que su pediatra conversará con usted si fuese el caso.

Sin embargo, algunos bebés parecen estar más cómodos durmiendo boca abajo desde que nacen, sobre todo los bebés irritable. Se ha pensado que estos niño®s pueden tener cólicos, producidos por los gases y la postura boca abajo les alivia por la presión ejercida sobre el abdomen. En las salas de neonatología, la postura boca abajo es la preferida para los lactantes con problemas respiratorios, debido a que hay cierto soporte sobre el tórax, que lo mantiene firme y esto permite al músculo diafragma una mejor contracción. Los que están en contra de esta posición, coinciden que al estar boca abajo se pueden producir "bolsas de aire" con la ropa de cama y las extremidades superiores, que no permiten una adecuada circulación del aire que se respira, obteniendo concentraciones más bajas de oxígeno y acumulación de un gas llamado dióxido de carbono. Los ortopedas anotan que el hábito de dormir boca abajo, produce cierta tendencia de rotar los pies hacia fuera.

Un tercer grupo de médicos recomienda que para evitar todos éstos inconvenientes se debería enseñar al niño® a dormir de lado. Para este propósito existen almohadas con velcro ajustable, para enseñar al niño® a dormir de lado. Esta práctica en ocasiones es bastante difícil porque a medida que los bebés crecen se deslizan

sobre estos triángulos y durante el sueño, terminan volteándose boca arriba o boca abajo.

Usted puede ayudar a su hijo a conciliar el sueño en la noche realizando una rutina de eventos todos los días que le permitirán saber al recién nacido lo que va a ocurrir después del segundo baño del día. Procure que las tomas de leche de la noche pasen lo más desapercibidas posible, en el sentido de evitar hablarle, prolongar demasiado los cambios de pañal, encender luces o jugar con él; de esta forma probablemente se dormirá más rápidamente y durante toda la noche.



#### ICTERIA DEL RECIÉN NACIDO

Se llama icteria a la coloración amarilla que adquieren la piel, mucosas y escleras debido a la acumulación en sangre del pigmento natural llamado bilirrubina. La bilirrubina es usualmente producida luego de la destrucción de glóbulos rojos. Durante el embarazo, esta sustancia es producida por el feto y tiene que atravesar la placenta para poder eliminarse a través del hígado materno. Al momento del nacimiento, ocurre una suspensión brusca de la dependencia feto-materna y es entonces el bebé quien se encarga de la eliminación de esta sustancia.

El hígado, al igual que los demás órganos del recién nacido, continúan su maduración durante los primeros meses de vida. Esta falta de desarrollo del hígado, al momento del nacimiento del niño, explica la dificultad del recién nacido en eliminar el total de bilirrubina que se produce en su cuerpo.

El excedente de bilirrubina que no puede ser eliminado (hiperbilirrubinemia) se deposita en diferentes partes del cuerpo, especialmente en la piel, lo cual origina la coloración amarilla que se conoce como icteria. Entre el 40 y 60% de los recién nacidos a término desarrollan algún grado de hiperbilirrubinemia, siendo este porcentaje mayor en los bebés prematuros.

Existen diversos tipos de ictericia, de acuerdo a las causas de hiperbilirrubinemia. La incapacidad del hígado del recién nacido para la excreción del total de bilirrubina producida en los primeros días de vida se denomina ictericia fisiológica. Esta coloración amarilla de la piel suele aparecer desde el 2 al 4 día de vida y desaparece después de la primera o segunda semana.

Es más probable el desarrollo de ictericia en los recién nacidos alimentados al pecho materno que en aquéllos alimentados por medio de fórmulas infantiles. Esta forma se llama ictericia por lactancia materna. Esta hiperbilirrubinemia se presenta durante la primera semana de vida y está asociada a un bajo aporte de líquidos, lo que ocasiona que la bilirrubina sea absorbida por el intestino antes que el bebé la deseche por medio de las evacuaciones.

Si la hiperbilirrubinemia ocurre luego de la primera semana de vida (evento observado en aproximadamente el 2% de los bebés alimentados por lactancia materna exclusiva), la ictericia resultante se denomina ictericia por leche materna.

Este tipo de hiperbilirrubinemia puede alcanzar niveles sanguíneos muy elevados y mantenerse por tiempos prolongados. Cabe resaltar que esta forma de ictericia no contradice la lactancia materna; por el contrario, se ha visto que en la primera categoría el aumento en la frecuencia y cantidad de leche materna ofrecida al recién nacido favorece la disminución de los niveles de bilirrubina sanguínea.

La presencia de hematomas en el cuero cabelludo o equimosis (moretones) en el cuerpo del recién nacido, a consecuencia del parto, puede también provocar la aparición de ictericia debido a la degradación espontánea de la hemoglobina en el tiempo. Las

infecciones y ciertas enfermedades congénitas o hematológicas también pueden causar ictericia. Otra causa importante de ictericia en el periodo neonatal se relaciona a la destrucción de glóbulos rojos producto de incompatibilidad sanguínea entre el recién nacido y su madre, lo que se denomina ictericia hemolítica. Este tipo de ictericia aparece durante las primeras 24 horas de vida y es detectada usualmente antes del alta hospitalaria del bebé.

Para detectar la ictericia es importante evaluar al recién nacido bajo la luz natural o en un cuarto iluminado con lámparas fluorescentes. Para observar mejor la piel se puede realizar una ligera presión con los dedos sobre la frente, la punta de la nariz o el pecho del bebé. Si la piel presenta un color amarillo al eliminar la presión existe ictericia y usted deberá ponerse en contacto con su pediatra. Este tinte icterico también puede ser encontrado fácilmente a nivel de la parte blanca (esclera) de los ojos o en la mucosa oral del niño@.

La decisión de tratar la ictericia dependerá de los niveles de bilirrubina en sangre, la edad, el peso y otras condiciones médicas del niño@. La mayoría de los casos de ictericia del recién nacido no amerita tratamiento y los niveles de bilirrubina disminuyen de forma gradual. Los valores muy elevados de bilirrubina en sangre pueden producir el depósito de esta sustancia en diferentes áreas del cerebro y causar daño severo al mismo (kernicterus). De allí la importancia de la consulta oportuna al pediatra.

Entre los diferentes tratamientos existentes para el manejo de la ictericia se incluyen la fototerapia, la cual consiste en la aplicación de luz ultravioleta a la piel del recién nacido, lo que facilita la degradación y eliminación por parte del hígado de esta sustancia. Para el cumplimiento de este tratamiento se necesita que el bebé esté hospitalizado por algunos días. Sin embargo, en la actualidad existen dispositivos especiales que facilitan la aplicación de la fototerapia en el hogar.

En pocas ocasiones, se hará necesario recurrir al recambio de la sangre del bebé, procedimiento conocido como exanguinotransfusión, el cual elimina el exceso de bilirrubina rápidamente. Este procedimiento debe realizarse intrahospitalariamente, de preferencia en una sala de cuidados intensivos neonatales y bajo las órdenes de un médico especialista. La luz solar no es una medida recomendable para el manejo de los recién nacidos con ictericia ya que la misma podría ser más perjudicial que beneficiosa para su bebé.

El reconocimiento, por parte de los padres, de esta patología resulta indispensable para realizar una consulta rápida al pediatra, quién podrá orientarlos y brindarles un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado a su recién nacido.

## ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL PRIMER AÑO DE VIDA. ORIENTACIÓN PARA PADRES.

### 1. Introducción

La estimulación temprana practicada en el niño@ desde su nacimiento hasta su primer año de vida, es un tema que ha tenido mucho auge en los últimos veinticinco años, debido a que se ha observado la diferencia que ha existido en la adquisición de los diferentes hitos del crecimiento y desarrollo, en los grupos de niño@s con y sin riesgo psicomotor; los cuales fueron sometidos a programas de orientación sobre estimulación temprana a sus padres y cuidadores.

Hay que distinguir enfáticamente que la mejor estimuladora de un niño(a) es su propia madre, y que el cariño y la dedicación que ella le brinda en las tareas de la vida diaria a lo largo de todo el primer año de vida puede ser suficiente para lograr que todas las potencialidades del nuevo ser sean desarrolladas. Sin embargo, la realidad de nuestros días son otras debido a que en todas las capas sociales y económicas, no todas las madres pueden dedicarse enteramente a sus hijo@s, por diferentes circunstancias: ambientales, sociales, laborales, de salud mental o biológica y hasta de negligencia personal.

Si esto es así, el primero en sufrir la deprivación social, afectiva y nutricional es el niño@ que le va a repercutir en un retraso del desarrollo motor grueso y fino, social – afectiva, cognitivo y del lenguaje. La estimulación temprana constituye un reto de este milenio, porque la inteligencia del futuro depende en gran medida de los potenciales que se les desarolla a los niño@s.

### 2. Definición

Estimulación temprana es todo el conjunto de actividades de contacto, juego o ejercicios para propiciar, fortalecer y desarrollar adecuada y oportunamente los potenciales humanos de los niño@s.

### 3. Diferencia entre Estimulación Temprana y Rehabilitación

Hay que diferenciar entre Estimulación temprana y Rehabilitación. Son dos enfoques cuya concepción y metas son diferentes. La estimulación temprana se proporciona de manera preventiva o complementaria a la crianza de un niño@ sano. Se concibe como un acercamiento directo, para gozar, comprender y conocer al bebé, ampliando las alegrías de la paternidad y ensanchando su potencial de aprendizaje.

La Rehabilitación se aplica a los pacientes que han tenido un riesgo o una secuela perinatal o postneonatal con el objeto de disminuir sus discapacidades. La Estimulación es un proceso natural, que se pone en práctica en la relación diaria con el bebé. Este proceso debe ser dado en forma apropiada, dosificada y aplicada de acuerdo con el desarrollo del niño@, sin forzarlo. El niño@ utilizará al máximo sus capacidades y ejercerá mayor control sobre el mundo que le rodea, al tiempo que sentirá gran satisfacción al descubrir que puede hacer las cosas por si mismo.

La estimulación tiene lugar a través de la repetición útil de diferentes eventos sensoriales que

aumentan el control emocional, proporcionando al niño una sensación de seguridad y goce, y por otra parte, amplían la habilidad mental que le facilita el aprendizaje, ya que se desarrollan destrezas para estimularse así mismo a través del juego libre y del ejercicio de la curiosidad, la exploración y la imaginación. Todo niño nace con la necesidad biológica de aprender y cualquier estimulación que se le brinde durante los primeros 12 meses, tiene más impacto en su crecimiento cerebral que en cualquier otra etapa de la vida.

Hay que tener en cuenta que la estimulación es una forma de juego que desafía la mente del bebé a la vez que le produce satisfacción a sus preferencias recientemente descubiertas. Es importante recordar que el crecimiento total de un individuo se lleva a cabo por medio de la interrelación del desarrollo físico, mental, emocional y social, y la Estimulación Temprana producirá impacto en el crecimiento total del bebé, sin presionar ni acelerar ningún proceso de desarrollo. Simplemente, lo que busca es optimizar las capacidades del niño, en todas las áreas. Además cabe mencionar que la estimulación es muy sencilla de aplicar y le va a proporcionar al niño las herramientas que necesita para el desarrollo de sus habilidades y un mejor desempeño en su futura etapa pre escolar. Para llevar a cabo el desarrollo de la estimulación se necesita del profesional, de los padres y de las personas que están en contacto con el bebé.

#### 4. Objetivo

El principal objetivo consiste en convertir la estimulación en una rutina agradable que estreche la relación padres – hijo, para aumentar la calidad de las vivencias experimentales y mejorar la adquisición de los hitos del desarrollo infantil normal.

#### 5. Principios básicos de la estimulación

Los principios básicos de un niño parten de sus mismas necesidades fisiológicas y de las leyes del desarrollo de los seres humanos.

A continuación mencionaremos ciertos principios que se han observado en el desarrollo madurativo cerebral del niño.

Existe una estrecha reciprocidad entre el desarrollo cerebral del bebé y su medio ambiente. La estimulación no consiste en acelerar un proceso, sino en aprovechar todo el potencial infantil desde su nacimiento.

El bebé aprende más de la interacción con la gente y los movimientos, que de la observación. La estimulación provoca la curiosidad de tal manera que la estimulación produce mayor estimulación del niño.

El niño debe prestar atención suficiente para que la estimulación sea satisfactoria. La repetición útil de memorias excelentes de la infancia y nos lleva a dominar cosas como el alfabeto, la lectura, o las escalas musicales.

También se ha observado que la posición del bebé en su cuna con respecto a su entorno, influye en lo que puede aprender.

Comprender los patrones de lateralidad cerebral de cada bebé lo ayuda a desarrollarse.

#### 6. Quiénes deben recibir estimulación temprana?

Este es un tema controversial. De acuerdo a mi experiencia, manejando toda clase de niños y

padres, he llegado a la conclusión que todo bebé cuyos padres no pueden brindarle una buena calidad de atención por cualquiera razón, deben recibir estimulación temprana. Hay padres o cuidadores que necesitan una o dos sesiones de orientación pero otros prefieren mayor número de sesiones.

#### 7. Quiénes debe administrar la estimulación temprana?

Los padres, abuelos o cuidadores de los bebés, previamente orientados y supervisados por los profesionales entrenados en estimulación, como las terapistas del desarrollo y las técnicas en estimulación temprana.

#### 8. Frecuencia y duración

Como la estimulación comprende actividades de contacto, juego o ejercicios, deben propiciarse, varias veces al día. La duración diaria depende de la cooperación del niño y pueden ser diez a treinta minutos. Las actividades deben ofrecerse durante todo el año de vida, porque es un juego o un ejercicio, no una terapia rehabilitadora.

#### 9. Actividades generales para el desarrollo del niño

Para facilitar los programas de estimulación, se han dividido las actividades en bloques etarios de 3 meses, es decir; de 0 – 3 meses, 3 – 6 meses, 6 – 9 meses y 9 – 12 meses. Cada bloque etario tiende a estimular las diferentes hitos del desarrollo esperados para las respectivas edades.

A continuación mencionaremos las actividades específicas que se debe estimular en cada grupo etario.

##### 0 a 3 meses:

Hay que estimularlo con gimnasia corporal, tracción para sentarlo, volteo, arrastre, estimulación visual, estimulación auditiva y socialización.

##### 3 a 6 meses:

Se debe estimular el área motora gruesa, arrastre, carretilla, sentarlo con apoyo, área adaptativa, lenguaje y el área personal – social.

##### 6 a 9 meses

Se recomienda estimular el área motora gruesa, preparación para el gateo, sedestación asistida, preparación para ponerse de pie, el área adaptativa, área del lenguaje y el área personal social.

##### 9 a 12 meses

Se continúa con la estimulación del área motora gruesa, el área adaptativa, el área motora fina, el área del lenguaje y el área social.

Los detalles específicos de la ejecución de cada actividad del desarrollo es explicada, demostrada y supervisada por el profesional de la estimulación a cada grupo familiar. Debe suministrarse a cada familia las técnicas por escrito para facilitar la repetición del ejercicio en su casa.

## LOS CÓLICOS DEL LACTANTE

Un motivo frecuente de consulta ya sea en el consultorio e inclusive en el cuarto de urgencias es el cólico en el bebé. La literatura reporta que del 10 al 30% de los bebés en los primeros cuatro meses de vida pueden presentarlo. Pero ¿Qué es el cólico y cuál es su tratamiento? Esta es la pregunta del millón y resulta difícil para nosotros los pediatras transmitir o explicarles a los padres estresados por el llanto continuo y desesperante del niño. La respuesta a esta pregunta. Más desconcertante les resultará saber que no hay un tratamiento médico específico para este problema (ejemplo, administrarle tal cantidad de gotas al día de algún medicamento y tanto remedio). Se requiere de mucha paciencia por parte de los padres y de un pediatra que los apoye, oriente y explique como ayudar al bebé.

No hay una definición en sí del cólico. Los cólicos se describen como episodios paroxísticos de llanto incontrolable que presentan los bebés, acompañado de rubor en la cara, contracción del abdomen y flexión de las piernas. Generalmente ocurren después de las seis de la tarde, pero el resto del día la pasan bien. Es deleznable, se alimentan, duermen y realizan sus otras funciones en forma normal. Se debe estar seguro de que no haya enfermedad subyacente, por lo que la evaluación inicial por parte del pediatra es necesaria. Se ha descrito que los bebés propensos a cólicos son más susceptibles a estímulos extremos y son temperamentales. Ocurre con mayor frecuencia en varones. El lenguaje por el que se comunican los bebés es el llanto. Poco a poco los padres aprendemos a reconocer si el llanto es por hambre, porque está defecado o orinado, porque tiene sueño o simplemente porque quiere que lo carguen y acaríen. La identificación del llanto en el bebé resulta más difícil en los padres primerizos, pero tengan calma y paciencia que lograrán identificarlo. Los lactantes pueden llorar más en los primeros meses de vida, sin causa aparente. Lo que resulta frustrante es tratar de saber por qué llora el niño si ya hemos revisado y solucionado cada uno de los problemas potenciales. Condujimos que debe tener algún dolor o que algo grave le pasa. Esto genera mucho estrés y agotamiento, ya que resta horas de sueño, que son vitales para desempeñarnos óptimamente. Otro de los errores frecuentes es pensar que el niño tiene hambre y le ofrecemos más leche, aún sabiendo que ya se alimentó, lo cual puede empeorar el problema debido a la sobreproducción de gases.

**Consideraciones finales en el manejo de cólicos en lactantes:**

1. Ser positivos, tener confianza en las explicaciones que les ofrece el pediatra.
2. Es un manejo compartido entre ambos padres. Se necesita la ayuda de algún familiar cercano o de la nana, ya que puede implicar horas de vigila y agotamiento físico.
3. No hay un tratamiento médico específico.
4. PACIENCIA, usualmente se resuelve hacia los cuatro meses de edad.
5. No se trata de que el bebé tenga algún dolor.
6. Si el niño presenta alguna manifestación de enfermedad tales como: vómitos, fiebre o inapetencia, consulte con su médico.
7. Durante los primeros meses de vida un bebé normal llorará por momentos durante el transcurso del día sin una causa aparente.

**Recomendaciones generales del manejo del bebé con cólico:**

La técnica que se ha visto que es de mayor utilidad es el movimiento o balancear al niño. Paseé o camine al bebé. Puede ser en su cochecito o inclusive llevarlo de paseo en el automóvil. Colóquelo sobre sus piernas boca abajo y dele palmaditas en la espalda. Cántele, hágale, ofrézcale seguridad, acarícelo, pero no ignore el llanto. Descarte las causas más comunes de llanto en el bebé (hambre, sueño, calor, etc.). No sobrealimentar al niño, el exceso de gases puede empeorar el problema. Estímule al bebé. A medida que crece (2 a 3 meses) empieza a socializar más y responden a diversos estímulos: colores brillantes, sonidos característicos, formas y texturas.

Recuerde que el cólico es una situación transitoria y luego de que el pediatra revisa al bebé y confirma que todo está bien, no hay porque temer. Hay que darle tiempo al tiempo...

## LAS VACUNAS Y LOS NIÑOS

1. ¿Por qué debo vacunar a mi hijo (a)?

Los niños necesitan ser vacunados para protegerlos de infecciones peligrosas. Las enfermedades evitadas por las vacunas pueden ocasionar graves complicaciones e incluso provocar la muerte.

2. ¿Qué enfermedades son prevenidas por las vacunas?

El calendario actual de Panamá incluye las vacunas contra la poliomielitis, tuberculosis, difteria, tétanos, tosferina (tos coquejue), sarampión (alumorbil), rubéola (pelusa), parotiditis (paperas), H. influenzae (meningitis causada por esta bacteria) y hepatitis B. Otras vacunas que pueden ser obtenidas a nivel privado son la de hepatitis A, varicela y gripe (influenza).

3. ¿Cuántas vacunas necesita mi hijo (a) y a qué edades se aplican?

Al nacer se aplican las vacunas contra la poliomielitis (polio oral), la tuberculosis (BCG) y la hepatitis B. La vacuna pentavalente (contra difteria, tétanos, tosferina, hepatitis B y H. influenzae) se administra a los 2, 4 y 6 meses de edad. A los 9 meses de vida se inyecta la vacuna contra sarampión. Cuando su hijo (a) cumple 12-15 meses de edad, se procede a aplicar la vacuna triple (MMR) contra sarampión, rubéola y parotiditis. Una vacuna tetravalente (contra difteria, tétanos, tosferina y H. influenzae) se administra a los 18 meses de edad. La vacuna DPT (difteria, tétanos y tosferina) se aplica a los 4-6 años. Finalmente, se debe administrar la vacuna DT (difteria y tétanos) a los 10-12 años y la de rubéola a niñas antes de su pubertad.

4. ¿Son las vacunas seguras?

En términos generales, las vacunas son extremadamente seguras y solo raramente pueden producir efectos adversos graves. Los riesgos de contraer una enfermedad grave son mucho mayores al no administrar las vacunas en comparación con los riesgos de que las vacunas produzcan una reacción indeseable seria. La mayoría de los efectos secundarios consisten en fiebre, salpiculido o manchas rojas en la piel y dolor en el área de la inyección. El pediatra de su hijo (a) puede proporcionarle mayor información sobre estas y otras posibles molestias.

5. ¿Dónde puedo obtener vacunas gratuitas?

Los Centros de Salud y Policlínicas del país aplican todas las vacunas del calendario nacional de forma gratuita. Las vacunas contra la hepatitis A, varicela, influenza y las específicas contra infecciones neumococicas se obtienen solamente en clínicas privadas.

6. ¿Cómo funcionan las vacunas?

Primero se administra la vacuna por medio de una inyección o en forma líquida por vía oral. La mayor parte de las vacunas contienen un germen o microbio causante de la enfermedad que ya está muerto o ha sido debilitado en el laboratorio. El cuerpo de su hijo (a) responde produciendo anticuerpos (defensas) específicos contra el microbio contenido en esa vacuna. Estos anticuerpos se enfrentan con estos microbios inofensivos y se preparan para cuando su hijo (a) se exponga repetidamente al germen verdadero que causa la enfermedad. Los anticuerpos persisten en el cuerpo de su hijo (a) indefinidamente por lo que estará protegido contra esa enfermedad durante toda la vida. Este fenómeno se llama inmunidad.

7. ¿Son las vacunas 100% efectivas en prevenir estas enfermedades?

Ninguna vacuna o medicamento tiene efectividad de 100%. Aunque un niño (a) vacunado (a) puede sufrir la enfermedad que se intenta prevenir, ésta tiende a ser mucho más leve y breve que la enfermedad que se produce en el sujeto no vacunado.

8. ¿Quién debe aplicar las vacunas?

El pediatra es el profesional mejor preparado para administrar las vacunas, reconocer efectos adversos potenciales y manejar cualquier reacción indeseable que ocurra. Muchas veces, se utilizan enfermeras adiestradas en la aplicación oral o inyectable de las vacunas. Todas las vacunas aplicadas deben ser debidamente anotadas en una tarjeta especial que funciona como la cédula de identidad de su hijo (a). Esta tarjeta deberá ser adecuadamente guardada y llevada cada vez que su hijo (a) acuda a recibir atención médica.

## FIEBRE

La fiebre no es una enfermedad sino la respuesta del organismo ante una situación anormal y no debemos temerle al enfrentarla. Intentaremos aclarar las interrogantes sobre este tema de la siguiente manera:

### ¿Qué es fiebre?

La fiebre es un síntoma que se presenta con la elevación de la temperatura corporal por arriba de los 38 grados centígrados detectados por vía rectal, que corresponde a 37.6 grados centígrados por vía axilar y 37.8 grados centígrados por vía oral.

### ¿Cómo se debe interpretar el hecho de que mi hijo(a) tiene fiebre?

La fiebre es una manifestación orgánica favorable como mecanismo de defensa del organismo, durante el cual existen funciones que nos permiten enfrentar la enfermedad de una mejor manera. La presencia de la misma en forma objetiva nos indica que estamos ante una enfermedad, la cual nuestro hijo(a) se está defendiendo y con su desaparición o remisión nos señala el cese o por lo menos la mejoría de la misma. Entre las causas de fiebre más frecuentes se encuentran las de origen viral, las de reacción por vacunas y de otros orígenes: bacterianos, auto-inmunes y cánceres.

### ¿Cómo debo tomar la temperatura?

Todos debemos tener termómetros en casa para tomar la temperatura del niño(a) y debemos aprender a leer el mismo. El termómetro menos confiable es el de tacto (mano). Al termómetro de mercurio debe bajárselle, mediante movimientos de agitación, la columna por debajo de 35 grados centígrados antes de la medición. La toma rectal debe ser en los menores de 2 años y axilar en los mayores. El tiempo de toma en el termómetro oral debe ser aproximadamente 3 minutos; asegurarse de que el niño(a) no haya tomado recientemente algo muy caliente o muy frío. La toma del tiempo en la axila es de 4 a 5 minutos mínimo, debe secarse bien la axila antes de colocarlo; y la toma rectal, debe ser de 2 a 3 minutos con el bulbo no introducido más allá de 2 centímetros previa colocación de vaselina en la región anal.

Las cintillas para tomar la temperatura no son del todo fidedignas.

Los termómetros de oídos tampoco son confiables, si existen tapones de cera o si hay inflamación del mismo.

### ¿Cómo debo manejar la fiebre?

La mejor guía para tratar la fiebre es el malestar y el aspecto enfermizo del niño(a); no sólo la temperatura registrada en el termómetro.

Existen medidas generales como son:

Mantener al niño(a) con ropa muy fresca, disminuir el sobre abrigado.

Aumentar la ingesta de líquidos (la fiebre deshidrata).

Brindarle al niño(a) medicamentos indicados para bajar la temperatura recomendados por su médico. El suministro de estos medicamentos debe reservarse para temperaturas superiores acompañados de malestar, dolor de cabeza, irritabilidad, delirio, etc. El momento más desagradable de la fiebre alta es el de escalofríos.

Medios físicos con agua ligeramente tibia o normal en casos de ser necesarios para ayudar a disminuir la temperatura sin causar inconformidad al niño(a) y siempre que haya sido medicado previamente. No deben utilizarse productos que contengan alcohol ya que estos conservan el calor y puedan intoxicar el niño.

### ¿Cómo debemos medicar a nuestro hijo(a) con fiebre?

Básicamente tratamos de usar medicamentos lo menos dañinos posibles, entre estos se encuentran en primera línea:

Acetaminofén: que se encuentran en presentaciones de gotas, jarabes, supositorios o tabletas.

Diclofenac: se encuentra en presentaciones de gotas, jarabes, supositorios o tabletas.

Aspirina: no recomendado en procesos febriles por varicela o influenza por el daño hepático que pueda producir.

Otros: Ibuprofeno y Diprofeno .

Todos estos medicamentos deben utilizarse sólo bajo indicación médica por los efectos secundarios que puedan presentarse.

### ¿Cuándo consultar a mi médico?

Debe considerarse la consulta si el niño(a) no se ve bien, está muy decaído o no tiene apetito o persiste con fiebre por más de dos días.

Cuando la causa de la fiebre no esté clara y se prolongue.

Si se acompaña de otras manifestaciones tales como: pálidez, rigidez nucal, alteraciones de la conciencia, convulsiones o llanto incontrolable.

## COMENTARIOS

Debemos considerar en general, que casi toda fiebre significa una respuesta del organismo a un proceso que puede ser infeccioso o no. En los niños(as), la intensidad de la fiebre no es síntoma de gravedad de la enfermedad. Más importante que la cifra de la temperatura, es el aspecto que tiene el niño(a).

No hay que temer que una fiebre que se eleve nos lleve a nuestro hijo(a) a una convulsión febril, ya que se ha descrito que solamente el 4% de todos los niños entre 1 a 4 años, pueden tener convulsiones asociadas con fiebre, además del factor hereditario que lo compromete (familiar cercano con antecedentes de convulsiones por fiebre). Si un niño alrededor de 2 años ya ha experimentado fiebres altas sin convulsiones lo más seguro es que se encuentre dentro del 96% que nunca tiene convulsiones por fiebre.

### BRONQUIOLITIS

La bronquiolitis es una enfermedad que afecta en el aparato respiratorio a los pequeños conductos llamados bronquiolos. Es más frecuente en niños menores de dos años.

El agente causante de la bronquiolitis es el virus respiratorio sincicial (VRS) en el 50% de los casos, aunque hay otros virus y bacterias que pueden causarla.

El VRS tiene una distribución mundial, con brotes epidémicos anuales, que se extienden desde los meses invernales hasta los comienzos de la primavera, en países de climas templados.

Factores de riesgo de bronquiolitis:

- Exposición al humo de cigarrillo
- Asistir a guarderías
- Niños no alimentados con leche materna
- Bajo nivel socioeconómico

Los varones se afectan más que las niñas.

¿Cuáles son los síntomas de bronquiolitis?

Los síntomas pueden variar desde un resfriado leve hasta sintomatología muy severa.

El VRS se transmite a través del contacto de las secreciones nasales y es frecuentemente eliminado durante períodos prolongados lo que aumenta su contagio. La resolución de la enfermedad puede ser de hasta tres semanas. En promedio tiene una duración de 15 días. Inicialmente el VRS ataca el trato respiratorio superior, por lo que los síntomas son indistinguibles de un resfriado común: secreción nasal, fiebre variable, tos. Al avanzar la infección pueden haber otras manifestaciones como son: dificultad para respirar (el niño respira con mayor esfuerzo y más rápido; puede observarse como se hunde la piel entre las costillas o por debajo del esternón). Se puede oír en el pecho del niño un sonido agudo como el de un pito o silbido. En los casos más severos el paciente puede perder el apetito, tornarse irritable o vomitar.

Existe un grupo de niños en los que la enfermedad puede ser más agresiva: prematuros, antecedentes de displasia broncopulmonar, inmunodeficiencias o con enfermedades cardíacas congénitas. En estos pacientes debemos estar alertas ante la aparición de síntomas. En este caso hay que contactar al pediatra o llevarlo a la clínica u hospital más cercano para ofrecerle un tratamiento oportuno.

Tratamiento

El tratamiento depende de la condición del niño (dificultad respiratoria o no) y de la capacidad o no de alimentarse.

El mayor porcentaje de los pacientes presentan síntomas leves y pueden ser manejados en casa bajo supervisión médica. El manejo incluye hidratación, antitérmicos si es necesario, despejar las fosas nasales (solución salina) y algún otro tratamiento indicado por el médico. La minoría, que incluye a los pacientes de riesgo o lactantes pequeños (menores de tres meses de edad), serán hospitalizados y manejados en las salas de observación u hospitalización de los distintos centros pediátricos. El manejo incluye oxígeno, inhaloterapias (mascarillas) e hidratación con venoclisis.

Al egresar del hospital el niño debe ser llevado a su pediatra para una evaluación de control.

Los síntomas de bronquiolitis son similares a los del asma. No todos los niños que presentan bronquiolitis serán asmáticos. La evolución de cada paciente así como sus antecedentes familiares son importantes en la correlación de ambas enfermedades.

### DESTETE Y ABLACTACIÓN

El determinar la edad correcta para comenzar la administración de alimentos diferentes a la leche en la alimentación del lactante es uno de los temas más discutibles en la pediatría moderna.

Cabe señalar que el término "destete" se ha definido de diversas maneras. En algunas culturas se refiere al momento que cesa parcial o totalmente la lactancia materna, es decir, al momento en que el lactante deja de tomar pecho en forma exclusiva; en otras culturas, esta fase se define por la introducción de agua, de jugo de frutas o té, como inicio del destete. La combinación de ambos conceptos servirá como referencia para la mayor comprensión de los padres para el término destete. Por lo tanto el término ablactación será utilizado o definido para la introducción de alimentos sólidos o diferentes a la leche, en la alimentación del lactante.

**Destete:** Indica la suspensión de la alimentación al pecho materno. El término literalmente significa "quitar la teta" y se refiere a la sustitución de la leche materna por otros alimentos.

En general y en forma práctica, cuando la madre inicia el destete, introduce gradual o súbitamente otros alimentos, llámense fórmulas lácteas, leche de vaca u otros alimentos no lácteos incluidos agua, jugos, infusiones y té, entre otros.

Según la Organización Mundial de la Salud la leche materna contiene los nutrientes en cantidad y calidad suficientes para alimentar al bebé hasta que cumpla los seis meses y se puede prolongar hasta los 2 años de edad.

**Ablactación:** Es el proceso en el que se introducen alimentos diferentes a la leche en la dieta del bebé, de forma gradual y progresiva, hasta que logra adaptarse a la dieta de la familia.

La ablactación o la incorporación de alimentos diferentes a la leche materna y/o fórmulas de seguimiento, pudiera realizarse a partir del cuarto mes; pero para asegurar la nutrición y salud del bebé, se prefiere que se haga a partir del sexto mes; de tal forma que la lactancia materna exclusiva se pueda cumplir hasta los 6 meses de vida.

La ablactación no determinará una interrupción de la lactancia, sino que significa que se añade un complemento en la alimentación.

Existen elementos de funcionalidad y desarrollo del niño que nos orientan a los médicos pediatras y a los padres para establecer las directrices del inicio de la ablactación, según la demanda y desarrollo del niño. La podemos establecer entre los 4 y 6 meses de edad.

Debido al crecimiento y desarrollo acelerado del lactante se hace necesario introducir alimentos en forma ordenada para complementar la leche materna a partir de sexto mes, lo que facilita el inicio de una dieta balanceada y equilibrada. Asimismo, el niño tendrá la experiencia de conocer distintos sabores, olores, colores, textura y temperaturas.

De acuerdo a las prácticas modernas de nutrición infantil, es posible introducir alimentos complementarios a la leche, tan pronto como el infante necesite calorías adicionales, más por su desarrollo físico que por su necesidad cronológica (edad) y esto va a depender del

crecimiento individual de cada niño@ y la decisión particular del médico.

La alimentación complementaria del lactante se debe dar a partir del sexto mes, teniendo en cuenta que debe seguir amamantando al bebé y de ser posible, hasta los 2 años. Inicialmente cuando se ofrecen otros alimentos diferentes a la leche, debe ser de un alimento a la vez, de textura suave y preparado en forma sencilla, en dosis muy pequeñas y comprobando la aceptación y tolerancia (no se deben presentar vómitos, diarreas ni reacciones en la piel) durante tres a cinco días. Si no ocurren los problemas antes citados, puede empezar con un nuevo alimento.

La alimentación debe adaptarse a las necesidades nutricionales, emocionales y culturales, por lo que la variedad de alimentos es muy importante. A partir del sexto mes debe aprender a comer gradualmente los alimentos, pasando de los líquidos a semisólidos y de estos a los sólidos. Para el año de edad, el niño debe incorporarse a la dieta familiar y a relacionar la hora de la comida con momentos gratos y de convivencia.

La adición de nuevos alimentos a la dieta permite también complementar al aporte nutricional de la leche, elementos como la vitamina C y el hierro, que son escasos o mal absorbidos por el bebé. Por si no lo sabías, el hierro de la leche materna es absorbido en un 50%, mientras que el lactante sólo asimila aproximadamente el 5% del hierro de las fórmulas y el 4% del hierro de los cereales.

A partir de los 7 meses de vida es importante dar inicio a la etapa de la masticación aunque no se haya dado el brote de los dientes.

Entre el sexto mes y el año de edad se debe introducir gradualmente y en forma progresiva lo siguiente: cereales, frutas, legumbres, verduras, menestras, pollos - carnes y los otros alimentos de la dieta familiar. Un niño con antecedentes familiares de alergias tales como asma, rinitis y dermatitis atópica debe llevar un control estricto de su pediatra y fiel cumplimiento de las recomendaciones, por parte de los padres.

Existen muchos niños@ que les cuesta renunciar al pecho, sin embargo, no debemos preocuparnos ya que la lactancia materna puede prolongarse, pero llegará el momento en que el niño@ deberá ingerir otros tipos de alimentos y nutrientes necesarios.

Es bueno recordarles a todos los padres y sus familiares que las recomendaciones médicas en cuanto a la alimentación deben cumplirse para el beneficio de su bebé y las reorientaciones entre amistades y familiares se toman en cuenta para ser consultadas en su cita con el pediatra. Es fundamental dar al niño@ los alimentos con la preparación e higiene adecuada.

Los pediatras y el equipo de salud tienen la responsabilidad de fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad en todos los establecimientos de atención tanto públicos como privados y de la introducción posterior a los seis meses de edad la alimentación complementaria de tal forma que el niño@ al cumplir los 12 meses de edad, se encuentre incorporado a la dieta familiar.

#### LA DIARREA Y SU NIÑ@

La diarrea es una de las patologías más frecuentes en la infancia, de los cuales 1300 millones de episodios anualmente se presentan en los países en vías de desarrollo según la Organización Mundial de la Salud y en ocasiones pueden poner en peligro la vida de su niño@. Anualmente mueren cerca de 400 millones de niños@, sobretodo por deshidratación. La diarrea se define de múltiples formas, pero la más sencilla, es aquel estado en que el número de deposiciones sobre pasa 3 y sea de naturaleza líquida en un período de 24 horas. Desde el punto de vista de su duración se la define diarrea aguda cuando este tiene un período de menos de 2 semanas. La disentería es la diarrea con moco y sangre que usualmente se asocia a infecciones por amebas pero también puede ser producida por otros gérmenes.

Las causas de las diarreas son diversas; las tenemos infecciosas (bacterianas, virales, y también pueden ser por alergia a la proteína de la leche de vaca), entre las más frecuentes. Quizás el temor que llena a los padres de un niño@ con diarrea, es el peligro a la deshidratación.

El punto más importante es evitar que su niño@ se deshidrate y al mismo tiempo se desnute. Para ello tenemos que hidratar al niño@ ya sea ingiriendo mayor cantidad de líquidos, como lo son jugos de frutas, agua de arroz, caldo de pollo o caldo de papas y carnes. Estos deben ser administrados en pequeñas cantidades pero de manera frecuente sobre todo luego de cada evacuación. Los sueros de rehidratación oral han impedido la muerte de muchos niños@ alrededor del mundo. Son de bajo costo y en la mayoría de los centros hospitalarios se adquieren de forma gratuita. Su preparación es sencilla. Tome un litro de agua, hierva y deje enfriar y vierta el sobrecito, mézclelo bien y administre a su niño@ después de cada deposición, con esta medida le suministra a su bebé la cantidad de agua, sales y azúcar que está perdiendo su niño@. La forma más sencilla de hidratar a los menores de 2 años es administrarles \_ a \_ taza luego de cada evacuación, y en niños@ mayores de 2 años, \_ a 1 taza con cada evacuación. Nunca suspenda la leche materna en caso de lactantes, pues además de ser nutritiva, es el vehículo de muchos factores protectores inmunológicos. Se ha comprobado que en los casos de niños@ alimentados por leche materna exclusiva, las diarreas se presentan en menos ocasiones.

Debe evitarse el uso de bebidas gaseosas tipo cola y el uso de bebidas para deportistas ya que el estadio del niño@ puede empeorar. Si las preparaciones son muy concentradas, puede aumentar la intensidad del cuadro diarreico. Evite así mismo el automedicar a su niño@ con antibióticos pues el rotavirus (es un virus como su nombre lo dice), es la causa más frecuente de diarreas en menores de 5 años. Siempre recurra a su médico para que determine el estado de hidratación de su niño@.

Todo padre debe de estar alerta ante cualquier signo de deshidratación: si el niño@ no quiere comer, el llanto es débil, la "mollerita está hundida", llanto sin lágrimas y el niño@ no orina, estos signos hacen necesario que su bebé sea visto inmediatamente por un médico. Generalmente en estos casos los niños@ necesitan hidratarse a través de soluciones parenterales (vía intravenosa). El manejo de la diarrea de su niño@ es principalmente: evitar que su niño@ se deshidrate y se desnute. Intenté hidratarlo y nutrirlo por vía oral, siempre mantenga la lactancia materna, extreme los cuidados de lavados de manos y de los alimentos, este pendiente del estado de nutrición de su hij@ si la diarrea se prolonga, evite remedios caseros y consulte al médico de cabecera.

### OTITIS EXTERNA (OÍDO DEL NADADOR)

#### ¿QUÉ ES OÍDO DEL NADADOR?

El oído de nadador es una infección del cubrimiento del canal auditivo. Es necesario que el canal auditivo se mantenga seco. Cuando el agua queda atrapada en el canal del oído, el recubrimiento del canal se pone húmedo, hinchado y tiende a infectarse.

#### SÍGNOS Y SINTOMAS FRECUENTES

- Dolor de oído que empeora al levantar el lóbulo de la oreja.
- Picazón en el oído.
- Fiebre ligera (a veces).
- Supuración que sale del oído.
- Pérdida temporal de la audición del lado afectado.

#### CAUSAS

- Infección bacteriana o por hongos en la delicada piel que reviste el canal auditivo.
- Lesión o daño en el canal auditivo.

#### EL RIESGO AUMENTA CON

- Nadar en agua sucia o contaminada.
- Nadar excesivamente en piscinas con agua clorada. El agua clorada reseca el canal auditivo, permitiendo que las bacterias y los hongos penetren en la piel.
- Humedad excesiva por algún motivo.
- Imitación causada por un aplicador de algodón; objetos metálicos como horquillas para el cabello; o tapones para los oídos, especialmente si se los deja dentro mucho tiempo.
- Escasa producción del cerumen protector del oído.
- Infecciones anteriores de oído.
- Alergias de la piel (dermatitis).
- Diabetes mellitus o algún otro trastorno que lo predisponga a sufrir infecciones.

#### MEDIDAS PREVENTIVAS

- No limpie los oídos del niño con ningún objeto ni sustancia química.
- Después de haber sufrido una otitis externa, mantenga siempre a mano las gotitas para los oídos que le recetaron a su hijo. Si el canal auditivo se moja por alguna razón, como por nadar o lavarse la cabeza, póngale gotas en ambos oídos a la hora de acostarse.

#### PRONÓSTICO

Generalmente es curable con un tratamiento de 7 a 10 días.

#### POSIBLES COMPLICACIONES

- Dolor agudo.
- Inflamación crónica difícil de curar.
- Un fúnculo o "grano" en el canal auditivo.
- Celulitis (infección de las capas profundas de la piel).

#### TRATAMIENTO MEDIDAS GENERALES

- El diagnóstico generalmente se hace por exploración del oído. Le pueden hacer un

cultivo del líquido del oído.

- El tratamiento generalmente implica el uso de medicamentos y otras medidas para aliviar el dolor.
- Limpiar suavemente el canal auditivo.
- El dolor puede aliviarse aplicando compresas tibias sobre el oído.
- Mantenga seco el oído infectado. Coloque tapones de oídos o gorro de baño al darle la ducha a su hijo.

#### MEDICAMENTOS

- Puede usar fármacos de venta libre, tales como acetaminofén o ibuprofeno, para dolores leves.
- Gotas para oídos que contienen antibiótico y cortisona para controlar la inflamación y combatir la infección.
- Crema o ungüentos tópicos para infecciones por hongos o bacterianas.
- Antibióticos por vía oral para las infecciones más severas.

#### ACTIVIDADES

El niño podrá reanudar las actividades normales tan pronto mejoren los síntomas. No se sumerje en el agua hasta 3 semanas después que hayan desaparecido todos los síntomas. La humedad, aún la que proviene de darse una ducha o lavarse la cabeza, puede desencadenar otra infección.

#### LLAME AL MÉDICO DE SU HIJO EN HORAS DE CONSULTA SI:

- El dolor es severo.
- Los síntomas no desaparecen en 3 días.
- Usted tiene alguna otra pregunta o preocupación.

Recuerde que una pequeña cantidad de cerumen ayuda a proteger el oído de las infecciones.

#### OTITIS MEDIA

La otitis media es una infección bacteriana del oído (del espacio que se encuentra atrás de la membrana timpánica). Es usualmente, la complicación de un resfriado. Al existir un bloqueo de la Trompa de Eustaquio (el pasaje que conecta el oído medio a la parte posterior de la garganta), las secreciones atrapadas presionan sobre la membrana timpánica causando abultamiento y dolor de la misma. Otros síntomas son la irritabilidad y problemas para dormir.

La mayoría de los niños tendrán por lo menos una infección del oído; y uno de cuatro, infecciones repetidas. En 5 a 10% de los niños, la presión en el oído medio causa la ruptura de la membrana timpánica y la salida de una secreción blanco-amarillenta.

Este pequeño agujero sana aproximadamente en unas 2 semanas. Los niños son más susceptibles a tener infecciones del oído entre los seis meses y los dos años, pero puede continuar siendo un padecimiento común de la niñez hasta los 8 años de edad.

## TRATAMIENTO

- Antibióticos

El tratamiento de estas infecciones es con antibióticos que deberán ser recetados por un médico. Es importante no olvidar ninguna de las dosis. Si el niño va a la escuela o a una guardería, hay que coordinar con alguna persona las dosis que correspondan. Si la medicina es un líquido, guarde el antibiótico en el refrigerador y usar de ser posible una cuchara medidora para asegurar una dosis adecuada (es importante no guardar el antibiótico una vez reconstituido para uso futuro ya que el mismo puede haber perdido su seguridad y eficacia).

El antibiótico debe ser administrado por el tiempo establecido aunque usted note que los síntomas del niño hayan mejorado.

- Alivio del dolor

El acetaminofén puede ser empleado para ayudar a aliviar el dolor y la fiebre ( $>38.5^{\circ}$  centígrados) por algunos días hasta que el antibiótico tenga efecto. Usualmente estos medicamentos controlan el dolor por 1 a 2 horas. Generalmente el dolor tiende a empeorar en horas de la noche.

Para ayudar a aliviar el dolor, usted puede utilizar una bolsa de hielo o hielo envuelto en una toallita sobre el oído. Esto puede disminuir el edema y la inflamación. Remover en 20 minutos para evitar el enfriamiento excesivo o quemadura por frío.

- Restricciones

El niño puede salir fuera de la casa sin restricciones y no necesita cubrir los oídos. La actividad es permitida, siempre y cuando no exista perforación en la membrana timpánica o drenaje por el oído. Los vuelos por avión o viajes por las montañas están permitidos; sin embargo se recomienda que el niño ingiera líquidos o use goma de mascar durante el descenso. El niño puede retornar a la escuela una vez se sienta bien y la fiebre haya cedido. Las infecciones del oído no son contagiosas.

- Re-evaluación del oído

El médico podrá programar una cita en 2 a 3 semanas para el niño. En esta visita la membrana timpánica será observada para evaluar si ya no hay necesidad de tratamiento. El médico podrá solicitar algunas pruebas para evaluar la audición del niño. Las visitas de seguimiento son importantes, sobre todo si hubo perforación de la membrana timpánica.

### ¿Cómo puedo prevenir las infecciones del oído?

Si el niño tiene infecciones recurrentes del oído, es importante conocer cómo prevenir alguna de estas:

- Proteja al niño contra el humo del cigarrillo: el fumador pasivo, incrementa la frecuencia y la severidad de las infecciones.

- Reduzca la exposición del niño a resfriados durante el primer año de vida: la mayoría de las infecciones del oído, inician con un resfriado. Evitar en lo posible el envío del niño a

guarderías y tratar en su defecto de mantenerlo en la casa bajo el cuidado de una persona.

- Ofrezca leche materna en los primeros 6 a 12 meses de vida: los anticuerpos en la leche materna pueden reducir la frecuencia de infecciones del oído; si tú lactas, continuar. Si no, considerar la lactancia con tu próximo hijo.

- Evitar la administración de la fórmula en mamadera: al administrar la fórmula, se debe mantener al niño en un ángulo de 45 grados. La administración en posición horizontal puede causar que la fórmula u otros líquidos fluyan hacia la Trompa de Eustaquio. Si el niño toma la fórmula sólo, en posición horizontal, puede conllevar al drenaje de los líquidos hacia el oído medio. Destetar a tu niño de la mamadera entre los 9 y 12 meses de edad podría terminar con este problema.

- Control de las alergias: si el niño tiene salida frecuente de secreciones nasales, considere la alergia como un factor que contribuye con las infecciones del oído, especialmente si tu hijo tiene otras infecciones como eczema. La alergia a la proteína de la leche de vaca puede ser el causante de este problema.

- Evaluar las adenoides: si el niño ronca o respira de forma constante puede ser por adenoides aumentadas de tamaño. Las adenoides aumentadas de tamaño pueden contribuir a las infecciones de oído.

### ¿Cuándo debo llamar al médico?

Llamar inmediatamente:

- Si el niño desarrolla rigidez nucal (es difícil doblarle el cuello hasta las clavículas)
- Si el niño se ve muy enfermo
- Llamar durante horas de oficina
- Persistencia de los síntomas por más de 48 horas a pesar de la medicación.
- Si tiene preguntas o alguna preocupación.



## NEUMONÍA

### ¿QUÉ ES LA NEUMONÍA?

La neumonía es una infección del pulmón que causa acumulación de líquidos en las bolsas aéreas (los alveolos). Los síntomas incluyen:

Dificultad respiratoria

Respiración rápida

Dolor en el pecho

Tos

Fiebre, escalofríos

Parches anormales (infiltrados) en la radiografía de tórax

### ¿CUÁL ES LA CAUSA?

Aproximadamente 80% de los casos de neumonía son causados por los virus y 20% por las bacterias.

La neumonía viral es normalmente más leve que la neumonía bacteriana. La neumonía bacteriana tiende a ocurrir en forma repentina y causa fiebre alta (a menudo encima de 104°F, o 40°C).

La neumonía, normalmente es una complicación de un resfriado. Aunque el resfriado puede transmitirse de persona a persona, la neumonía bacteriana no es considerada contagiosa.

### ¿CUÁNTO TIEMPO DURA?

Antes de que los antibióticos estuvieran disponibles, la neumonía bacteriana era peligrosa. Solo la neumonía bacteriana se ve favorecida con antibióticos, mejorando dentro de 24 a 48 horas. Por otro lado, la neumonía viral puede continuar durante 2 a 4 semanas. La recuperación de la neumonía viral es gradual pero completa.

La mayoría de los niños con neumonía pueden cuidarse en la casa. La admisión al hospital para administración de oxígeno y líquidos endovenosos se requieren en menos de 10% de los casos. La mayoría de los niños admitidos al hospital son lactantes o niños que tienen compromiso extenso de los pulmones (determinado por una radiografía).

La recurrencia de la neumonía es rara.

### ¿CÓMO SE TRATA?

Solo en la neumonía bacteriana son útiles los antibióticos. Debido a que en ocasiones es difícil distinguir una neumonía bacteriana de la viral, a veces se prescriben los antibióticos para niños que tienen neumonía viral.

#### Medicamentos para la fiebre

Use el acetaminofén para la fiebre (encima de 102°F, o 38.9°C). Esto puede repetirse cada 4 a 6 horas. Estas medicinas también pueden ayudar a disminuir el dolor del pecho.

#### Líquidos tibios para los accesos de tos:

Los accesos de tos son causados a menudo por las secreciones pegajosas en la parte de atrás de la garganta. Los líquidos tibios normalmente relajan la vía aérea y aflojan las

secreciones. Ofrézcale limonada tibia y jugo de manzana. Los niños mayores de un año pueden beber líquidos tibios. Anime al niño a que beba muchos líquidos.

El aire húmedo puede aflojar la mucosidad pegajosa que puede estar obstruyendo la respiración del niño. Usted puede proveer un ambiente húmedo a su niño poniendo suavemente un paño mojado con agua tibia encima de la nariz y boca, o aplicar nebulizaciones con solución salina a temperatura ambiente permitiendo que el niño respire el aire húmedo. Evite los vaporizadores porque ellos pueden causar quemaduras.

No administre medicamentos supresores de la tos (como el dextrometorfano) a los niños con neumonía. Las secreciones infecciosas necesitan ser expulsadas.

#### Humedad

El aire seco tiende a empeorar la tos. Puede usar un humidificador en la habitación del niño.

El humo del tabaco agrava y prolonga la tos. No permita a nadie fumar alrededor del niño.

De hecho, intente no permitir a nadie fumar dentro de su casa. Recuérdelle a los adolescentes con neumonía, si son fumadores, que la tos demorará semanas en quitarse.

#### ¿Cuándo debe llamar al médico?

Llame INMEDIATAMENTE si:

La dificultad respiratoria empeora.  
Si niño se observa muy enfermo.

Llame dentro de 24 horas si:

La fiebre persiste por más de 48 horas después de que el niño empieza la toma del antibiótico.

La tos persiste por más de 3 semanas.

Si usted tiene otras preguntas o preocupaciones.

## MENINGITIS

**¿Qué es la meningitis?**

Es una enfermedad infecciosa poco frecuente, pero muy temida, en la que se afectan las membranas (meninges) que cubren el cerebro. Existen diferentes formas de meningitis dependiendo del tipo de microbio que las cause: las producidas por virus (meningitis viral) son las más frecuentes y usualmente benignas; las causadas por bacterias (meningitis bacteriana) son generalmente graves, dejan secuelas (especialmente sordera) en 15-25% de los pacientes y pueden causar la muerte; las ocasionadas por hongos (meningitis micótica) y por micobacterias (meningitis tuberculosa) son infecciones mucho más raras.

Las tres bacterias que con mayor frecuencia causan meningitis bacteriana son el *Hemophilus influenzae* tipo b, la *Neisseria meningitidis* (meningococo) y el *Estreptococo pneumoniae* (neumococo). Estas bacterias son habitantes normales de la garganta y nariz de muchas personas pero sólo en algunas penetran más adentro y producen enfermedad.

Estos gérmenes se transmiten por el aire y por contacto con secreciones respiratorias (tos, estornudos, besos, etc.). El *hemofilus* sólo provoca meningitis en los niños menores de 5 años de edad mientras que el meningococo y el neumococo afectan personas de cualquier edad. La meningitis en recién nacidos es rara pero cuando ocurre es generalmente causada por bacterias que proceden del canal vaginal materno.

La mayor parte de las meningitis virales son causadas por enterovirus. La inmensa mayoría de los niños afectados resuelven espontáneamente esta infección y evolucionan sin experimentar consecuencia futura alguna. En países tropicales como el nuestro, estas infecciones tienden a ocurrir entre los meses de diciembre a marzo de cada año y se transmiten usualmente por las heces de un niño enfermo.

**¿Cómo se diagnostica la meningitis?**

Los síntomas típicos son fiebre alta, vómitos, dolor de cabeza (irritabilidad en niños pequeños) y rigidez de la nuca (imposibilidad para flexionar completamente el cuello hacia la clavícula). El niño también puede sufrir somnolencia, confusión mental y, ocasionalmente, pequeñas hemorragias bajo su piel (petequias). Lo habitual es que además el niño no juegue, no sonríe y pierda su apetito.

En los bebés, las manifestaciones de la enfermedad son más sutiles y debe sospecharse si hay rechazo de la alimentación, mal aspecto general, respiración quejumbrosa, decaimiento y dificultad para ser consolados.

La única forma confiable para diagnosticar meningitis es mediante el análisis del líquido espinal (líquido cefalorraquídeo) obtenido mediante la inserción de una aguja en la espalda (punción lumbar). Este procedimiento es inocuo y sólo ocasionalmente deja dolor transitorio en el área de la punción.

**¿Cuándo usted debe consultar al pediatra?**

Si detecta los síntomas mencionados anteriormente en su hijo (a), usted deberá consultar inmediatamente a su pediatra ya que el diagnóstico y tratamiento rápido de la meningitis se

asocia a un mejor pronóstico.

**¿Cómo se trata la meningitis?**

La meningitis viral se cura usualmente sola y no requiere hospitalización, salvo en casos ocasionales. Es probable que su pediatra use medicamentos antitérmicos (acetaminofén) para bajar la fiebre y calmar el dolor de cabeza. La meningitis bacteriana necesita tratamiento con antibióticos y antiinflamatorios, administrados por la vena, por 1 a 2 semanas de duración.

Los niños afectados deben hospitalizarse, algunos incluso en una unidad de cuidados intensivos para evaluar por complicaciones graves. Una tercera parte de los niños con meningitis bacteriana puede convulsionar y ameritará uso de medicamentos anticonvulsivantes.

**¿Qué tengo que hacer si mi hijo ha estado en contacto con un enfermo de meningitis?**  
Si la meningitis es viral no hace falta tomar ninguna medida preventiva especial. De todas formas, es siempre importante instruir a su hijo en el lavado frecuente de manos. En el caso de contacto estrecho con enfermos con meningitis causada por meningococo y *hemofilus*, el pediatra puede recetar antibióticos preventivos durante pocos días a todas las personas expuestas.

**¿Debo vacunar a mi hijo contra la meningitis?**

No existen vacunas para prevenir la meningitis viral. En Panamá, se utiliza la vacunación contra el *Hemophilus influenzae*, la cual debe aplicarse a los 2, 4, 6 y 15-18 meses de vida de su hijo. Existen vacunas contra ciertos meningococos pero no contra el tipo que circula en Panamá (grupo B). Ya existe en Estados Unidos una vacuna efectiva contra la meningitis causada por el neumococo pero se necesitan estudios para recomendarla en nuestro país.

**¿Cuál es el pronóstico actual de la meningitis?**

La meningitis viral es usualmente benigna y no deja secuelas. La mortalidad por meningitis bacteriana oscila entre 5 y 15%, dependiendo de la bacteria causante y de la rapidez de diagnóstico y tratamiento. De los niños que sobreviven, 10-30% desarrollarán secuelas a mediano y largo plazo (retroceso mental, hidrocefalia, sordera, parálisis de extremidades, epilepsia, ceguera, problemas de aprendizaje escolar, etc.). En la mayoría de los casos de meningitis, la clave del éxito radica en el rápido diagnóstico y tratamiento oportuno.

### IMPETIGO CONTAGIOSO

Para los padres es motivo de preocupación cuando sus hij@s presentan lesiones de piel; la más frecuente de la etapa infantil es el llamado impétigo contagioso y que los abuelos a nivel popular llaman "brasa". Hay que diferenciarla de otras infecciones de piel como Varicela y el Herpes Zoster que son infecciones de tipo viral (virus que afectan la piel).

La varicela no debe repetir y tiene características de distribución en el cuerpo muy específicas. La "brasa" o impétigo por el contrario, por ser infección causada por bacterias repite cuantas veces se exponga la piel lacerada del infante al contacto de dichos gérmenes.

#### EL IMPÉTIGO

Es una infección cutánea superficial (afecta la epidermis que es la capa más superficial de la piel) causada por *Streptococcus pyogenes* (estreptococo), *Staphylococcus Aureus* (estafilococo) o por ambos. Estas dos clases de bacterias son las mismas que producen los abscesos o "granos".

Clinicamente es imposible distinguir el impétigo estafilocóctico del estreptocóctico.

Existen dos formas clásicas: impétigo no ampolloso e impétigo ampolloso.

Impétigo no ampolloso (microvesiculoso o contagioso): Pequeñas pápulas eritematosas (ronchas chicas enrojecidas) que rápidamente evolucionan a vesículas (vejiguitas o ampollitas) de pared delgada y base eritematosa (enrojecida), se rompen rápidamente y forma un exudado (secreción que brota) que se secan formando costras amarillentas melicéricas (similares al color de la miel y cera de abejas).

#### Impétigo ampolloso

Ampollas superficiales de 1 a 2 centímetros de diámetro, de paredes lisas con contenido inicialmente transparente y más tarde turbio. La ampolla se rompe con facilidad dejando una superficie erosiva eritematosa con apariencia exudativa que se cubre de una costra fina. Las lesiones aparecen agrupadas en número de 3 a 6 y limitadas a una zona.

Aunque las lesiones pueden presentarse en cualquier área de la superficie corporal, lo más frecuente es que aparezcan en zonas expuestas de la cara, alrededor de los orificios de la boca o nariz, pabellones auriculares (orejas), axilas, pliegues cutáneos y las extremidades. Existe una tendencia a la curación espontánea sin cicatriz pero pueden dejar hipopigmentación (color blancuzco) residual.

#### Diagnóstico

Se basa en el aspecto clínico de las lesiones: costras melicéricas (impétigo estreptocóctico) o ampollas flácidas (impétigo estafilocóctico) con superficie erosiva.

La confirmación se realizará en el laboratorio al tomar una muestra mediante tinción de la secreción y cultivos.

#### Tratamiento

Deben acudir a su pediatra para que confirme el diagnóstico y proceda a dar las indicaciones y tratamiento, el cual estará enfocado a:

1. Eliminación de las costras con compresas húmedas o clorhexidina (u otro jabón medicado similar), así se disminuye el riesgo de extensión.

2. Tratamiento antimicrobiano tópico indicado por su pediatra.

3. Antibióticos sistémicos, producen una curación más rápida y evitan la enfermedad supurada más profunda.

Estos últimos están indicados en:

- Formas de impétigo con múltiples lesiones o de gran extensión.
- Localizaciones difíciles de tratar como: zonas periorales (alrededor de la boca), áreas de pliegues (axilas, ingles, cuello).
- Si existen factores subyacentes como dermatitis atópica o diabetes.
- Si afecta a varios miembros de la familia o escolares.

4. Buena higiene general, recortar las uñas y evitar la asistencia a guarderías hasta la curación de las lesiones.



## PREVENCIÓN DE ACCIDENTES CASEROS

Uno de los peligros a los que están expuestos nuestros hijos son los accidentes caseros y pueden ocasionar serios daños. Paradójicamente, nuestro hogar que debiera ser considerado el lugar más seguro, muchas veces se convierte en el escenario en donde día a día el niño está expuesto a caídas, quemaduras, electrocución, ahogamientos, envenenamientos y asfixia, entre otros.

Es por esto que debemos tomar medidas para la prevención de accidentes, tomando en cuenta a cada una de las partes involucradas.

Desde que el niño nace es un ser en evolución. A lo largo de su crecimiento, observamos cómo va desarrollando distintas destrezas psicomotoras, lo cual nos alegra y emociona a los padres (gatear, dar los primeros pasos, hablar, etc.). Para cada etapa de crecimiento y desarrollo el niño estará expuesto a diversos tipos de accidentes. Debemos hacer un balance, ya que no se trata de frenar las habilidades que va adquiriendo día a día, sino de supervisar constantemente cada una de sus acciones hasta que logre la madurez y destreza motora suficiente y más adelante tenga conciencia del peligro que conlleven ciertas acciones.

En general, los accidentes caseros afectan más a niños menores de seis años, aunque en todas las edades pueden ocurrir, inclusive en adolescentes. El primer punto en la prevención de accidentes es la supervisión constante, ya sea por parte de los padres o persona encargada de cuidar al niño. Esto es particularmente importante en niños menores de tres años.

En esta etapa el niño está expuesto a gran número de accidentes. Desde el momento en que el bebé rueda y se volteas (3 a 5 meses) puede sufrir caídas, que si afecta la cabeza pueden producir daño cerebral en los casos más severos. No debemos dejar sólo al niño en la cama. Puede quedarse sólo un momento en la cuna o corral.

Ya desde el momento en que el niño gatea (7 a 10 meses) amplía su radio de acción. Puede introducir sus dedos en los tomascorrientes y pequeños objetos en la boca y padecer asfixia. Al caminar el niño (10 meses en adelante), en un inicio no mide el sentido de profundidad ni tiene una marcha estable, por lo que el área en que se desenvuelve debe estar libre de obstáculos o desniveles (escalones, dobleces en las alfombras) para evitar caídas; deben eliminarse mesas con puntas u objetos de vidrio al alcance de los niños.

Luego viene una etapa realmente difícil (1 a 3 años), debido a que el niño rápidamente adquiere destrezas motoras, en ocasiones se torna rebelde (es la etapa del "no") y cada vez tiene más libertad para ir a lugares peligrosos, por ejemplo, la cocina. Aquí estará expuesto a quemaduras por lo que los mangos de ollas y sartenes que se utilizan en ese momento deben estar hacia atrás; preferiblemente no deben entrar a la cocina si está encendida la estufa u horno.

Debe tenerse precaución con el almacenamiento de ciertos líquidos (thinner, kerosene, etc.) para evitar su ingestión.

Los juguetes deben ser cuidadosamente seleccionados y eliminar aquellos con piezas pequeñas.

A partir de los tres años podemos ya conversar con el niño y éste entenderá poco a poco que hay ciertas acciones peligrosas y lo serio de los accidentes. Debemos ser energéticos en el llamado de atención al niño si realiza algo que pone en peligro su vida. Deben establecerse reglas en el hogar.

Hacia los 5 a 6 años adquiere mayor madurez psicomotora: puede estar por períodos sólo, si se tiene la certeza de que no hay cosas peligrosas en el sitio en el que está y sin perderle de vista cada cierto tiempo.

Dos aspectos importantes relacionados a los accidentes caseros son:

Cambio en la rutina del niño: si los niños son llevados a otra casa para cuidarlos (ejemplo a casa de los abuelos), debemos enfatizar en la prevención de accidentes, ya que en su afán por explorar y experimentar nuevas cosas, pueden sufrir accidentes. Igual ocurre si va a casa de algún vecino o a otro lugar que no sea su entorno habitual.

Cambio en la persona que los cuida o en su estado anímico (ejemplo si está enferma): si se trata de una nueva nana y hay niños pequeños, antes de afanarnos por hacerle una larga lista de deberes, debemos educarla y orientarla hacia la atención del niño, en miras a evitar accidentes. Si esta persona se enferma, su estado anímico cambiará y podría descuidarse. En este caso podemos solicitar ayuda a algún familiar cercano para la supervisión del niño.

A continuación ofreceremos algunas recomendaciones para evitar accidentes caseros, dividiendo la casa en distintas secciones:

### Patio

Si se está realizando algún trabajo o construcción, evitar el acceso del niño a esta área. Tener cuidado con las excavaciones, pozos, tanques sépticos.

Tratar de tener puertas de seguridad para impedir el acceso del niño a la calle. No permitirles que jueguen en la calle. Estos juegos deben realizarse en lugares seguros: patios cercados o parques y debe utilizar la protección apropiada (cascos, codos y rodillas).

El patio debe estar limpio. Si se hace el mantenimiento de las plantas, los niños pequeños deben ser alejados de esta área. Si hay piscinas en casa, deben estar cercadas. El niño no debe tener acceso a esta área, a menos que esté acompañado. Debe aprender a nadar, así como las personas que lo cuidan.

### Habitaciones, Sala, Comedor

Utilizar protectores de seguridad en los tomascorrientes.

Evitar muebles con puntas afiladas o cortantes (colocar molduras en las esquinas o forrar las puntas).

Tratar de ocultar los cables de los distintos electrodomésticos ( hay molduras especiales para este fin).

Evitar desniveles en el piso.

Una vez que el niño@ empieza a ingerir alimentos sólo, debe ser supervisado. Los alimentos deben ser administrados en pedazos pequeños para evitar asfixia por atragantamiento.

Los juguetes deben ser apropiados para cada edad. Los niños menores de tres años no deben jugar con objetos pequeños por el riesgo de que los introduzca en la boca.

Los niño@s no deben soplar globos ya que hay riesgo de asfixia.

Cocina

La cocina debe ser un área prohibida para niño@s pequeños.

Lo ideal sería una puerta que impida el fácil acceso a la misma.

Deben mantenerse los fósforos fuera del alcance de los niño@s.

Al cocinar, los mangos de sartenes y ollas deben estar hacia atrás.

Los detergentes y productos de limpieza, así como cuchillos u objetos punzantes deben estar fuera del alcance de los niño@s.

Baños

Se deben eliminar los seguros de las puertas ( o tener llaves maestras), para evitar que niño@s pequeños queden encerrados.

A la hora del baño, el niño@ no debe saltar, ya que estaría en riesgo de caídas y golpes.

Se debe verificar la temperatura del agua ( si hay calefacción), así como la del agua de la tina del bebé para evitar quemaduras.

Se puede disminuir el riesgo de caídas en el baño utilizando superficies rugosas de caucho en el piso. Las hay de divertidos modelos para niño@s.

Los medicamentos deben estar en el botiquín, fuera del alcance de los niño@s.

Otras recomendaciones:

Prefablemente no tener armas de fuego en la casa y si se tienen, sus dueños deben responsabilizarse por colocarlas en lugares seguros y descargadas.

Si se ha utilizado la plancha debe estar fuera del alcance de los niño@s.

Si se vive en un edificio, las ventanas y acceso a balcones deben estar asegurados.

Se debe evitar el uso de andaderas.

No dejar solo al bebé en la cama o sofá Se deben almacenar las bolsas plásticas en sitios seguros para evitar el riesgo de asfixia.

No se debe permitir que los niño@s pequeños corran con alimentos en la boca u objetos con punta en las manos.

No dejar sólo al bebé con el biberón.

No se deben depositar líquidos o sustancias peligrosas en envases de gaseosas o jugos.

Debemos ser cautelosos ante la ocurrencia de accidentes.

La principal arma con que contamos es: PREVENCIÓN. En esto debemos colaborar

todos en el hogar.

Cuando el niño@ tenga la edad apropiada ( 5 a 6 años en adelante) debe ser concientizado acerca del riesgo y peligrosidad de los accidentes.

Hoy en día, inclusive se pueden tomar cursos de primeros auxilios y prevención de accidentes como por ejemplo el curso de resucitación cardiopulmonar que se dicta en escuelas y comunidades. Los padres de familia deben tomar estos cursos al igual que las personas a cargo del niño@.

Por exagerado que parezca, tratemos de seguir estas recomendaciones día a día. Ante el menor descuido, y en segundos, puede ocurrir un accidente que pudo prevenirse. Nuestros hijos son nuestro mayor tesoro y ¿quién mejor que nosotros los padres para cuidarlos y protegerlos?

MÁS VALE PREVENIR QUE LAMENTAR...



## CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

La vida es un permanente movimiento de sucesión de fenómenos que se inician en el momento de la fecundación del óvulo, concluyendo cuando el organismo muere. El crecimiento y desarrollo de un individuo es un fenómeno continuo que se inicia en el instante de la concepción y culmina al final de la pubertad, período durante el cual se alcanza la madurez en sus aspectos físico, psicosocial y reproductivo. Esta transformación involucra cambios en el tamaño, organización espacial y diferenciación funcional de tejidos y órganos.

El crecimiento es un fenómeno cuantitativo. El desarrollo es un proceso cualitativo. "El uno es ser y El otro es hacer". El desarrollo es continuo, progresivo e irreversible.

El crecimiento y desarrollo son dos fenómenos paralelos en su evolución interrelacionados el uno con el otro formando una unidad determinada por diferentes factores.

Factores que influyen sobre el crecimiento y desarrollo.

Factores genéticos. Son los aportados por ambos padres y a través de ellos por los abuelos, bisabuelos, tatarabuelos y todos los ancestros de ambas familias y que pueden ser modificados por factores ambientales.

### Factores ambientales:

Son los que rodean al niño@ en su ambiente interno y externo.

Nutrición, la estructura familiar; nivel cultural, psicológicos, condiciones socioeconómicas, salud-enfermedad, geografía y clima.

### Nutrición:

es el más importante de los factores ambientales aportados por la familia ya que brinda los requerimientos necesarios para el crecimiento.

### Psicológicos:

son aportados por la familia y la sociedad. Una depravación en esta área implica retardos importantes en su crecimiento y desarrollo.

Factores Neuroendocrinos (neuroológicos y hormonales).

Características generales del crecimiento y desarrollo.

El crecimiento y desarrollo tienen características propias y son universales para todos los seres vivos. Esta transformación involucra cambios en el tamaño, organización espacial y diferenciación funcional de tejidos y órganos. El aumento en el tamaño y masa corporal es el resultado de la multiplicación y aumento de volumen celular; proceso conocido como crecimiento. Los cambios en la organización y diferenciación funcional de tejidos, órganos y sistemas son el resultado del proceso de desarrollo o maduración.

Durante el primer año de vida el crecimiento más importante es el de tipo neural que es rápido al principio y al cual se le da seguimiento a través del crecimiento del perímetrocefálico como consecuencia del crecimiento cerebral del niño@. El crecimiento del cerebro del niño@ es básico para tener un desarrollo y aprendizaje adecuados. Durante sus dos primeros años de vida el cerebro del niño@ crece el 85% aproximadamente del crecimiento total que alcanzará en su vida adulta.

### Recién nacido:

Es altamente vulnerable. Todos los cambios que ocurren en este lapso son de orden biológico y están encaminados a lograr la supervivencia y sobreponer la crisis del nacimiento.

El recién nacido se adapta a la vida extrauterina venciendo las dificultades adicionales a la crisis del nacimiento, como pueden ser:

- I- Desarrollo prenatal anormal.
- 2- Alteraciones durante partos distóxicos (partos difíciles)
- 3- Agresiones del ambiente y
- 4- Falta de cuidados durante el período neonatal.

La más urgente e inmediata adaptación que realiza el niño@ al nacer es la respiratoria ya que hasta antes de este momento el intercambio gaseoso estuvo a cargo de la placenta. Y debe asumir la respiración por sí mismo, como el primer reto de supervivencia. El corazón es el primer órgano que funciona desde la vida embrionaria y está bien desarrollado en el recién nacido.

Después del nacimiento el aparato digestivo se convierte en funcionalmente activo. Todas las enzimas digestivas están presentes en proporciones suficientes en el tubo digestivo del recién nacido normal. La digestión de proteínas y carbohidratos se efectúa con facilidad, no así la de las grasas, que resultan de difícil digestibilidad durante las primeras semanas. De allí surge la inmadurez digestiva para recibir alimentos diferentes a la leche humana.

La maduración funcional y anatómica del hígado culmina en la primera o segunda semana de vida y esto explica la tendencia a bajarse el azúcar y la ictericia fisiológica, entre otros. Al nacer, el sistema nervioso del niño@ no está bien mielinizado aún (mielina: sustancia fundamental en la maduración del sistema nervioso), actúa por reflejos primarios pre establecidos, propios de la especie y de su calidad de primate, que le permiten la supervivencia y que pueden agruparse dentro de los reflejos de conservación de la especie.

En este período el niño@ presenta ciertos automatismos primarios que son transitorios, limitados al primer mes de vida, como son: el reflejo de presión, el de extensión cruzada, el de Moro, el de la marcha y de la reacción de enderezamiento. A medida que la maduración del sistema nervioso central progresa, estos reflejos desaparecen paulatinamente y son sustituidos por otras funciones. La presencia de los reflejos de Moro, de marcha y tónico del cuello, son importantes porque ayudan al pediatra a evaluar la integridad del sistema nervioso de su bebé. Estos tres reflejos desaparecen normalmente a los 4 ó 5 meses.

### Lactante:

Se considera lactante al niño@ que se encuentra en el período de la vida en el que el alimento principal es la leche. Cronológicamente se acepta que esta etapa de la infancia se extiende desde el trigesimo (30) día de su nacimiento (recién nacido), hasta los dos años de vida. Dentro de sus características, la más espectacular es el rápido crecimiento y

desarrollo, que es de dos tipos, general y especializado, y sigue una dirección céfalo-caudal (cabeza a terminación de la columna sacro-coccígea) y próximo-distal (próximo al tronco y distante al mismo).

El lactante duplica su peso a los cuatro meses de edad y lo triplica a los 12 meses, y aumenta 750 gramos por mes en el primer cuatrimestre, 500 gramos en el segundo y 250 gramos en el tercero. La talla aumenta del primero al tercer mes, tres centímetros mensuales; del cuarto al octavo, dos centímetros mensuales; y del noveno al duodécimo, un centímetro por mes de tal manera que su talla al año se incrementa 50% con relación a la que tenía al nacer.

La fontanela anterior (mollera) puede aumentar de tamaño durante varios meses después del nacimiento pero por lo general disminuye a partir del 6º mes y puede cerrarse totalmente entre el 9º y el 18º mes de edad.

El perímetrocefálico que es de 34 a 35 centímetros en el momento del nacimiento, aumenta aproximadamente a 44 centímetros alrededor del sexto mes y alcanza 47 centímetros al año. Al nacimiento el perímetrocefálico es algo mayor que el torácico, pero al año los dos suelen ser aproximadamente iguales.

Los dientes caducos (de leche) aparecen en la mayoría de los niños entre el 5º y el 9º mes. Los primeros en aparecer son los incisivos medios inferiores seguidos de los incisivos medios superiores y laterales, los primeros molares y los caninos. Al cumplir el año de edad la mayor parte de los niños tienen seis a ocho dientes, aunque algunos pueden tener únicamente dos dientes sin que esto signifique que el crecimiento es anormal.

El lactante en términos generales no posee inmunidad natural sino que debe desarrollarla a medida que se pone en contacto con agentes adversos. Esta situación da como resultado que la etapa del lactante es un período con elevada morbilidad (posibilidad de enfermarse) por padecimientos infecciosos.

Por esto es importante completar el esquema de vacunación, que le permite desarrollar defensas, dar lactancia materna, e incluir otros aportes nutricionales programados acordes al desarrollo digestivo del niño. En esta etapa es importante tener hábitos higiénicos adecuados y evitarle al niño contacto con otras personas que tengan enfermedades infecciosas.

#### Desarrollo motor en el primer año de vida:

Otra característica importante del lactante es la rápida maduración motora. Así, en el primer mes de la vida en que sólo existen muy pocos movimientos incapaces de permitirle cambiar de posición, al segundo mes, le es posible ya, liberar la nariz y la boca cuando es puesto boca abajo. Al tercer mes manifiesta movimientos organizados y voluntarios en forma de presión y puede levantar la cabeza hasta la posición erguida. A los cinco meses reconoce objetos y trata de tomarlos, y es capaz de mantener la posición sentado con apoyo. A los seis meses es capaz de voltearse. Del 7º al 8º mes se sienta sin

ayuda y puede mantenerse en esa posición por más de 10 minutos.

De los 8º a los 9º meses desarrolla visión binocular, puede ya gatear y transferir objetos de una mano a otra. A los 10 meses es capaz de poner en oposición al pulgar y al índice (agarré de pinza). A los 11 meses inicia bipedestación (se para en dos pies) con ayuda. De los 12 a los 15 meses puede iniciar la marcha. Junto con este desarrollo motor va paralelo el intelectual y afectivo mediante el cual el lactante supera la adaptación del recién nacido, logrando las habilidades que le permiten iniciar la adquisición del significado del mundo y de sí mismo (sentido del yo y del no yo).

El primer nivel organizador ocurre a los tres meses con la sonrisa de contenido emotivo. Entre los cuatro y los seis meses el niño comienza a responder de acuerdo con el tono emocional de las personas con quienes trata y ya reconoce a la madre. Es capaz de emitir vocales repetidas a los seis y medio meses y es probable que a los ocho ya pronuncie consonantes repetidas como ma-ma, da-da, ne-ne. La preferencia por la madre que ya se manifestó a partir de los seis meses de edad, al llegar a los ocho meses se traduce por un disgusto cuando ella sale de la habitación y corresponde al segundo nivel organizador de la etapa del lactante, "la angustia de los ocho meses".

De los nueve a los 10 meses, el niño comienza a ser menos dependiente de la presencia física de la madre e inicia el balbuceo. El tercer nivel organizador lo alcanza a los 12 meses, el del "no" con sentido semántico de tal.

Al término de la lactancia, el niño normal inicia la capacidad de discriminar distancias, volúmenes y colores, es capaz de imitar, entiende gran parte del lenguaje hablado y lo inicia con el uso del NO.

El lactante deja de serlo cuando la leche no es ya el alimento predominante, alcanza la capacidad para caminar y para manejar la cuchara, para pronunciar palabras, percibe "el yo y el no yo" y como consecuencia es capaz de imitar, pero sobre todo de tomar iniciativas.

Durante el primer año de vida, es importante que las madres estén orientadas en cómo van madurando los niños, de tal manera que puedan identificar cuáles son las habilidades esperadas a determinadas edades. Si ella encuentra retardos en el desarrollo psicomotor de su niño, debe consultar a su pediatra, para diagnosticar si realmente existen los mismos e iniciar la terapia necesaria en forma oportuna.

**MI HIJ@ NO QUIERE COMER**

La inapetencia o falta de apetito es uno de los motivos más frecuentes de consulta pediátrica.

La función del pediatra en este problema es más la de educador que la de médico, ya que es necesario brindarle a los padres cierta información acerca del comportamiento de los niños con respecto a la alimentación y el por qué muchas veces de estas batallas campales a la hora de comer:

Primero que todo es importante conocer los aspectos fisiológicos del desarrollo y crecimiento del niño. Hay dos períodos de rápido crecimiento, por consiguiente las demandas nutricionales y el apetito se incrementan. Estos períodos son: 1. el primer año de vida 2. La adolescencia. Luego del primer año de vida decrece el ritmo del crecimiento, las demandas nutricionales y el apetito del niño.

Los buenos hábitos de la alimentación se forman desde que el niño nace. No debe interpretarse siempre el llanto del recién nacido como hambre, ya que puede ser por otras causas y el niño puede empezar a rechazar la alimentación.

A lo largo del primer año de vida y durante el segundo año fomentaremos más los buenos hábitos de la alimentación. Los adultos debemos dar el ejemplo ingeriendo alimentos sanos que formen parte de una dieta balanceada. La introducción de los alimentos debe ser gradual (entre los 4 y 6 meses de vida) para que el niño se familiarice y acepte cada alimento por su sabor y textura. La meta es una dieta completa al año de vida.

Una vez el niño tenga las habilidades y el adecuado desarrollo neurológico para alimentarse por sí sólo, debe compartir la mesa con el resto de la familia para hacer de éste un momento agradable.

Cuando el niño cursa con alguna dolencia aguda, siendo las más frecuentes las enfermedades virales (respiratorias o gastrointestinales) es normal que el niño curse con inapetencia, lo cual debe ser transitorio.

Las causas orgánicas de inapetencia representan un pequeño porcentaje. Estas incluyen la desnutrición y las enfermedades crónicas. La anorexia nerviosa puede presentarse en adolescentes del sexo femenino y generalmente hay un factor psicológico de fondo.

Ahora mencionaremos algunos de los errores más frecuentes que cometemos los padres en la alimentación del niño y que pueden interpretarse como falta de apetito:

Seguir ofreciendo grandes cantidades de leche a un niño mayor de un año o pensar que la leche sustituye a los alimentos sólidos. Esto puede resultar más fácil y menos tedioso para los padres, ya que el niño ingiere la leche más rápido que los alimentos.

No tomar en cuenta el criterio del niño o sus gustos en cuanto a la selección de alimentos. Tan pronto el niño es independiente y puede alimentarse sólo, se le debe explicar la importancia de la alimentación. El niño no debe ser presionado, de lo contrario desafiará a sus padres y querrá manipularlos. Esto sí, se debe mantener y

respetar los horarios de las comidas y siempre con criterio flexible.

Se debe supervisar a los niños en edad preescolar y escolar, ya que al tener cierta autonomía, pueden ingerir golosinas o alimentos chatarra entre comidas o pueden invertir más tiempo en jugar o realizar otras actividades (como ver televisión), lo que se puede interpretar como falta de apetito.

No debe siempre atribuirse la falta de apetito en niños a la presencia de parásitos intestinales.

No pensar que hay vitaminas mágicas o estimulantes del apetito que serán la respuesta a este problema.

No se debe gratificar al niño con golosinas o juguetes por comer. Se les debe convencer que si come es por su propio beneficio y no por hacernos un favor a los padres. Una manera objetiva con la que contamos los pediatras para evaluar y a la vez tranquilizar a los padres son las citas periódicas del niño. En estas citas revisamos exhaustivamente al niño y llevamos un control de sus medidas corporales como el peso y la talla y las comparamos con medidas estándares en gráficos existentes. Esto lo complementamos con exámenes de laboratorio.

Luego de realizado esto y confirmado que el niño no tiene algún tipo de padecimiento, conversamos con los padres, tratando de convencerlos, lo cual no es fácil ya que debemos enfrentarnos a un sin número de creencias y costumbres.

Como vemos, detrás de la frase "Mi hijo no quiere comer" hay diversos aspectos. Con una adecuada orientación y educación por parte de nosotros los pediatras, ayudamos a suprimir en parte la preocupación que traduce en los padres el hecho de que su hijo no quiera comer; pues al fin y al cabo todos los padres deseamos lo mejor para nuestros hijos.



### ES CABIASIS

Es un desorden contagioso, causado por un ácaro pruriginoso, Sarcoptes scabiei, el cual ataca, tanto, a infantes como a niños y adultos. Aunque su descripción clínica, data desde comienzos de la civilización, no fue hasta 1687 cuando BONONO, separó pequeños fragmentos con una aguja de una lesión escabiosa y con la ayuda de un microscopio de luz, describió al organismo responsable y su papel etiológico en la escabiosis. Desafortunadamente, tal vez por ignorancia o prejuicios, dos centurias pasaron, antes de que el parásito fuera oficialmente reconocido como tal.

#### Cómo se contagia?

El contagio se efectúa especialmente en la cuna o cama del niño debido a la permanencia del ácaro en la ropa de cama. No respeta edad, sexo, ni raza; no cura espontáneamente. En el sujeto parasitado, con el tiempo y por el rascado, las lesiones se pueden infectar.

#### Cómo son los síntomas?

Se inicia con mucha picazón, que se hace más evidente cuando el paciente se halla en la cuna o cama. Luego aparecen los signos típicos: surcos, vesículas perladas, excoriaciones por el rascado y posteriormente las lesiones infectadas, que son una complicación muy frecuente.

La afección es simétrica y generalmente no afecta la cara. Los lugares de elección son: espacios interdigitales y palma de la mano, zona cubital de la muñeca, codos, cara anterior más que la posterior de las axilas, abdomen, nalgas y cara de flexión de brazos y piernas.

Hay sitios de predilección según la edad y el sexo; así tenemos: en las mujeres, areola del pezón, en el hombre, el pene y ambas bolsas escrotales; en los niños, los pliegues glúteos, y en los lactantes, la planta del pie.

#### Cómo se hace el diagnóstico?

Se basa en las siguientes características:

Por lo general existe en la familia otro miembro con el parásito.

Picazón generalizada (sobre todo al acostarse)

Afección que respeta la cara

Sitios de elección antes señalados.

#### Modo de transmisión:

Los humanos son la fuente de infestación. La transmisión usualmente ocurre a través de un contacto prolongado; contacto personal. La infestación adquirida de perros u otros animales es poco común. La escabiosis puede ser transmitida todo el tiempo que el paciente permanezca infectado y sin tratamiento, incluyendo el intervalo antes de que los síntomas se desarrollen.

La escabiosis es endémica en muchas ciudades. La escabiosis afecta a personas de todos los niveles económicos, sin distingo de edad, sexo o estándares de higiene

personal.

La escabiosis puede ser transmitida, vía vestuarios, ropa de cama y colchones. El contacto directo a la piel, es la manera predominante de transmisión, sobre todo en las escuelas. El parásito sobrevive en la ropa durante tres o cuatro días.

#### Tratamiento:

La terapia para la escabiosis consiste en aplicaciones tópicas de medicamentos que indicarán su médico.

Los niños y adultos infectados deberán aplicar la loción o crema, en todo el cuerpo, de acuerdo a las indicaciones de su pediatra.

#### Precauciones:

A causa de que las lesiones escabiásicas son el resultado de una reacción de hipersensibilidad al ácaro, el prurito puede durar por varias semanas, independiente de un tratamiento eficaz. El uso de antihistamínicos orales y cremas con esteroides pueden ayudar a aliviar esta picazón.

Como medidas de precaución, se recomienda evitar el contacto con el niño infectado, hasta que el paciente haya sido tratado, sobre todo en aquellos hospitalizados. En las escuelas no se les debe permitir la entrada, hasta que el tratamiento haya sido completado.

### PESADILLAS Y TERRORS NOCTURNOS

Es importante señalar que las pesadillas y los terrores nocturnos son dos cosas distintas y para su mejor comprensión las mencionaremos por separado.

#### ¡QUÉ SON LAS PESADILLAS!

Se define como sueños que causan miedo y espanto, que despiertan a los niños y les produce ansiedad y dificultad para volverse a dormir ya que recuerdan la misma. Las pesadillas ocasionales son normales en todas las edades después de los seis meses de edad; aunque su pico máximo es entre las edades de cuatro a seis años.

A menudo se ha encontrado que estas pesadillas se relacionan con ciertas etapas en que se encuentra en desarrollo el niño; así por ejemplo, un lactante que inicia su marcha puede soñar sobre la separación de sus padres; los preescolares sueñan sobre monstruos en la oscuridad; los de edad escolar sobre muerte o ciertos peligros reales.

#### ¡CUÁNDO OCURREN LAS PESADILLAS?

Normalmente se producen durante la tercera parte del sueño, durante la fase REM (sigla en inglés de "Rapid Eye Movement" o movimiento rápido del ojo, o "Tiempo del Sueño").

#### ¡CÓMO PUEDO AYUDAR A MI HIJO(A) CON PESADILLAS?

Tranquícelo, consúlelo y abrácelo al momento de la pesadilla, pero no demuestre que le presta mucha importancia.

Haga que su hijo(a) le relate la pesadilla durante el día.

Regular los horarios de sueño; así ayudamos a desarrollar un patrón de sueño más maduro y que descansen lo suficiente.

Evitar a toda costa programas de televisión que muestren algún grado de violencia o de terror.

Permita que su hijo(a) se acueste en su propia cama.

Permita la puerta de su habitación abierta.

Brindele seguridad con una luz débil en su habitación.

Relájelo con un baño nocturno antes de acostarse.

Haga una rutina al momento de acostar a su hijo(a) con la lectura de cuentos agradables o conversaciones divertidas antes de acostarse.

Sea previstor y prepare al niño con antelación para acontecimientos que sea capaz de causarle tensión, como por ejemplo: cambio de escuela, regreso a clases o el salir de viaje.

Permitale dormir con su juguete o peluche preferido.

#### ¡CUÁNDO CONSULTAR AL MÉDICO DE SU HIJO(A)?

Si las pesadillas se hacen cada vez más frecuentes o empeoran más.

Si el miedo interfiere con las actividades diarias de su hijo(a).

Si usted tiene otras preocupaciones o preguntas acerca de las pesadillas de su hijo(a).

#### ¡QUÉ SON LOS TERRORS NOCTURNOS?

Es un despertar parcial del sueño acompañado de comportamientos como gritar, patinar, pánico, sonambulismo y agitar el cuerpo. El niño usualmente se sienta en la cama sin responder a estímulos externos. Estos son más aparatitos y no están relacionados con los sucesos diurnos, ni con el contenido del sueño. Aparece sobre

los dos años y es más frecuente en varones.

#### ¡CÓUALES SON LAS CARECTERÍSTICAS COMUNES DE LOS TERRORS NOCTURNOS?

El niño se encuentra confuso y desorientado, presenta respiración agitada y ruidosa, sudoración, ritmo cardíaco acelerado. Impresiona estar aterrizado. Puede presentar en esta etapa: sonambulismo (caminar dormido) y encontrarse en riesgo de daño físico.

Por lo general no recuerda el sueño motivo de su temor.

Existe un factor hereditario.

Casi todos los casos desaparecen antes de los siete años.

En ocasiones hay factores predisponentes como: fiebre, privación del sueño y el uso de medicamentos depresores del sistema nervioso.

#### ¡CUÁNDO OCURREN LOS TERRORS NOCTURNOS?

Los terrores nocturnos se producen durante el primer tercio de la noche en la fase cuatro del sueño (fase no REM, sin movimientos oculares o de sueño profundo). Normalmente se producen en el periodo de dos horas después de irse a dormir el niño.

#### ¡CÓMO PUEDO AYUDAR A MI HIJO(A) DURANTE LOS TERRORS NOCTURNOS?

No debe intentar despertar a su hijo ya que no podrá despertarse y mejor intente regresarlo(a) a un sueño normal.

No le grite o zarandee, esto lo perturba más; recuerde que debe esperar a que cesen ya que no causarán efectos traumáticos ni duraderos para el niño.

Debe proteger a su hijo de lesiones, ya que en ocasiones el terror nocturno puede producirle caídas o caminar hacia escaleras.

Intente prevenir los terrores nocturnos. Este puede desencadenarse si su hijo está muy cansado. Regule la hora de dormir para que descansen lo suficiente.

Inicie una jornada de prevención:

Observar los minutos que pasan desde la hora que se duerme hasta el inicio del terror nocturno.

Luego empiece a despertar a su hijo cada 15 minutos antes de la hora esperada del terror nocturno por aproximadamente 5 minutos.

Se debe despertar durante 7 noches seguidas.

#### ¡CUÁNDO LLAMAR O CONSULTAR AL DOCTOR DE MI HIJO(A)?

Si el niño tiene baba, espasmo o rigidez.

Si los terrores nocturnos se vuelven a presentar después de despertarlos las siete noches.

Si los terrores nocturnos duran más de 30 minutos.

Si tiene miedo durante el día.

Si se producen durante la segunda mitad de la noche.

Si logra hacer algo peligroso durante un episodio de terror nocturno.

Si usted tiene otras preocupaciones o preguntas sobre el terror nocturno.

## EL ASMA INFANTIL.

### INTRODUCCIÓN

El Asma es la enfermedad crónica más frecuente en pediatría. Se puede presentar a cualquiera edad, en ambos sexos y en todas las razas. Ocasiona gran ausentismo escolar y afecta el desempeño de las actividades físicas del niño. Se considera una enfermedad con gran impacto social y con significativas implicaciones en salud pública. A nivel mundial se considera que hay un incremento en la morbilidad y mortalidad, independiente de los múltiples consensos y reuniones con expertos en Asma, ya que actualmente la enfermedad continúa subdiagnosticada y subtratada.

Nuestro país no escapa de la realidad mundial, a pesar que desde hace más de 10 años se ha estado capacitando, orientando y educando a los pacientes asmáticos y a sus familias, como al personal médico y otros profesionales de la salud. Esperamos y confiamos que los conceptos sobre el Asma Infantil que emitiremos permita a los familiares como al personal de salud actualizarse y así ayudar al niño asmático a tener una mejor calidad de vida.

El Asma es una enfermedad caracterizada por un estrechamiento u obstrucción de los bronquios con edema e inflamación de los mismos. Es ocasionada por varios estímulos o factores y puede mejorar con terapia específica. En el asma la vía aérea se reduce y el calibre de los bronquios disminuye, bloqueando el paso del aire, produciendo que los bronquios sean más voluminosos y difíciles de desinflar. Hay edema y engrosamiento de los músculos lisos bronquiales, como también hay taponamiento con secreciones mucosas de los bronquios mayores y pequeños.

### FACTORES PRECIPITANTES DEL ASMA

#### Infecciones

Virales (Resfriados o Gripe) son los más frecuentes que precipitan el asma en niños. Sólo administrar antibióticos en infecciones bacterianas comprobadas y no profilácticamente. Se debe considerar la vacuna contra la Influenza en la época de lluvia.

#### Alergenos Inhalados

Los alergenos ambientales son causa frecuente de crisis asmática.

El control ambiental para eliminar los alergenos dentro y fuera del hogar es importante y básico en el manejo del niño asmático.

El asma no solamente debe ser considerada una enfermedad alérgica, ya que no todos los niños alérgicos tienen asma, ni todos los niños asmáticos tienen alergia.

#### Irritantes Inhalados

Se deben evitar los perfumes, insecticidas, repelentes de los mosquitos, pinturas, químicos, etc, ya que han sido implicados como precipitantes del asma.

#### Alimentos

En 2-3% el asma puede ser ocasionado por alimentos, principalmente en menores de 2 años. Por lo general el asma es precipitada por más de un alimento.

Sólo elimine los alimentos que usted observó que le provocan asma a su hijo.

Ofrézcale una alimentación bien balanceada.

#### Ejercicios Físicos

Las actividades físicas continuas son un factor desencadenante importante de asma.

No hay motivo en la actualidad para evitar que los niños asmáticos realicen deportes.

Se recomiendan períodos breves de calentamientos previos al ejercicio, como también el uso de broncodilatadores 10-15 minutos antes del ejercicio. La natación es el mejor deporte para los niños asmáticos.

#### Cambios de Temperatura

El asma se puede presentar en cualquier época del año.

Ningún clima es ideal.

Se deben evitar los cambios bruscos de temperaturas.

Humo de cigarrillos y contaminantes atmosféricos

Si los padres fuman, los niños tienen riesgos de desarrollar asma y aumentan la frecuencia de las crisis asmáticas y las hospitalizaciones por asma.

Se debe evitar la inhalación pasiva de humo particularmente si los padres fuman, como también el humo de la quema de basura, mante y/o madera y de las mechitas.

#### Medicamentos

Algunos medicamentos como la aspirina, antiinflamatorios no esteroideos (Indometacina e Ibuprofeno) pueden agravar y producir asma.

#### Aspectos Psicológicos

El estrés emocional, llorar y reír; entre otros, pueden precipitar el asma.

No sobreproteja al niño asmático ni se deje manipular.

### SÍNTOMAS Y SIGNOS DEL ASMA

Tos seca de predominio nocturno

Rinorrea (Secreción Nasal)

Fiebre baja

Dolor de garganta

Estornudos o picazón nasal frecuente

Disnea (dificultad para respirar)

Secreciones o flemas en el pecho

Sibilancias (pito o silbido en el pecho)

Retracción intercostal y tiraje (hundimiento de las costillas)

Deformidades en el tórax.

### SÍNTOMAS Y SIGNOS DE PELIGROS EN EL ASMA

Sibilancias

Retracción intercostal y tiraje

Disnea

Respiración rápida y corta.

El niño asmático tiene una variedad de presentación desde escasa sintomatología como los ataques nocturnos y resfriados frecuentes hasta la forma severa con dificultad para respirar. No todos los niños con asma tienen iguales síntomas, por eso es necesario que los padres se familiaricen y reconozcan los síntomas que su hijo presenta cuando va a desarrollar una crisis de asma.

De no mejorar acuda al hospital, no espere que el niño empeore o se agrave. Solamente se reducirán las crisis de asma cuando los padres se eduquen en forma adecuada sobre todo lo referente al asma, reconozcan los síntomas y signos de agravamiento y utilicen bien los

medicamentos. Es importante recordar que no todo lo que sibra es asma. Los padres deben aceptar el diagnóstico de asma en su hij@ para que así pueda recibir un tratamiento adecuado y obtener los mejores resultados. La pruebas de función pulmonar se deben realizar en todos los niños asmáticos mayores de 5 años ya que no sólo son necesarias para el diagnóstico sino también para evaluar la severidad y las respuestas al tratamiento.

#### EDUCACIÓN

El objetivo de la educación del paciente asmático es proveer de información escrita y adecuada de todo lo relacionado al asma para lograr que el niño@ asmático y su familia puedan tener una vida lo más normal posible. Es importante que acudan a seminarios, charlas cortas, talleres sobre asma y deben estar informados sobre las sociedades del asma, grupos de auto-ayudas y apoyos, o líneas de comunicación y ayuda para el asma, con miras a que el niño@ asmático tenga una mejor calidad de vida.

#### CONTROL AMBIENTAL

El control ambiental es una medida esencial en el manejo del asma, se debe realizar dentro y fuera de la casa, en la escuela y en cualquier lugar donde se encuentre el niño@. Los medicamentos no son tan efectivos si no se modifican los factores ambientales negativos. Las medidas de control deben ser aplicadas siempre aunque el niño@ se encuentre sin síntomas y no esté recibiendo medicamentos.

#### MEDIDAS DE CONTROL AMBIENTAL

Limpiar estrictamente las camas, ventanas, muebles, rincones y esquinas periódicamente. Utilizar almohadas y colchones de espumas (foams), o forrados con plásticos. La recámara del niño@ sólo debe tener los muebles necesarios e indispensables; deben ser de madera, metal o plástico. Deben eliminarse cortinas, peluches, libros, alfombras y cualquier objeto que recoja polvo. Usar sobrecama de material sintético y cambiarlo cada semana. Debe limpiarse el cuarto del niño@ en ausencia de él. No se recomiendan mascotas tales como perro, gato, pájaros, etc. No usar desodorantes ambientales, perfumes, aerosoles, tizas, insecticidas y repelentes de insectos frente al niño@. No fumar dentro ni fuera de la casa. Evite el humo. No usar juguetes rellenos o forrados en piel. Usar sólo lavables, antialérgicos, de plásticos o madera. Limpiar bien los abanicos, si tiene aire acondicionado limpiar bien el filtro.

#### TERAPIA INMUNOLÓGICA EN EL ASMA

En el asma la inmunoterapia específica o vacunas se recomiendan cuando no es posible prevenir los alégenos y cuando los medicamentos fallan en controlar los síntomas de asma. Es importante recordar que las vacunas también pueden causar efectos secundarios severos. Las vacunas antibacterianas orales o inyectadas no están justificadas en el asma, ya que los virus son los que frecuentemente desencadenan las crisis asmáticas.

#### ASMA Y EJERCICIO

Un gran porcentaje de niños@ con asma presentan crisis cuando hacen una actividad física

vigorosa. Se recomienda administrar 10-20 minutos un Beta Agonista (medicamento broncodilatador), antes de realizar una actividad física vigorosa.

#### DEPORTES RECOMENDADOS PARA NIÑOS ASMÁTICOS

Natación Golf  
Tenis Baseball

#### DEPORTES NO RECOMENDADOS PARA NIÑOS ASMÁTICOS

Carrera Libre Football  
Basketball Bicicleta

#### ASMA Y LA ESCUELA

Los padres del niño@ asmático deben enterar a los maestros y profesores de la enfermedad de su hij@. Explicarle todo lo referente al asma. Los maestros y profesores deberán seguir todas las recomendaciones e igualmente los entrenadores y profesores de educación física deben estar familiarizados y enterados sobre el asma en pediatría.

Debe existir una interrelación entre los padres, el personal escolar y el médico para que el niño@ asmático esté bien controlado.

#### RECOMENDACIONES PARA EL PERSONAL ESCOLAR

El niño@ no deberá borrar el tablero, ni sentarse cerca del tablero. Los útiles escolares del niño@ deberán ser antialérgicos dentro de lo posible. El niño@ no deberá sentarse debajo del abanico o frente al aire acondicionado. Evitar estar en lugares con polvo, pinturas y materiales de construcción. La enfermería de la escuela deberá tener medicamentos broncodilatadores en el botiquín.

#### ASMA OCUPACIONAL

Algunos adolescentes trabajan y son portadores de asma. Los síntomas se producen en el lugar del trabajo por la exposición a un agente ambiental. Además de la prevención, se debe tratar médicaamente a estos pacientes.

#### RECOMENDACIONES PARA PADRES DE ASMÁTICOS

El asma en el niño@ se puede presentar a cualquier edad y es importante estar seguros que es asma y no otra enfermedad parecida al asma.

Al diagnosticarle asma a su hij@ acuda a todas las citas médicas aunque su niño@ no tenga ninguna sintomatología.

Siga todas las recomendaciones estrictamente que el médico le señale, reconociendo y evitando los factores que le provocan el asma a su hij@, para así lograr un mejor control. Trate a su hij@ con todos los medicamentos que su médico le ha recetado. Siga todas las instrucciones proporcionadas por su médico.

No cambie usted el tratamiento de su hij@ sin previa autorización de su médico, todos los niños@ con asma no se tratan igual.

Acuda a todos los programas educativos sobre asma y consulte con su médico sobre sus dudas para aclararlas.

Los padres deben de permitir que su hij@ asmático realice su vida lo más normal posible.

No espere que su niño@ tenga crisis severa para acudir al médico.

### HERNIAS INGUINALES E HIDROCELES

Son patologías muy frecuentes en el recién nacido y el infante. De hecho, las hernias inguinales son la condición quirúrgica más común en el recién nacido y su reparación es la operación que se efectúa con mayor frecuencia en el primer año de vida.

Ambos problemas tienen su origen en alteraciones en el desarrollo de la región inguinoescrotal. En los recién nacidos hay un "canal" abierto entre la cavidad abdominal y el escroto en el varón o los labios mayores en la niña; este camino (cuyo nombre es proceso vaginalis) se sella durante las primeras semanas de vida. Cuando este proceso de cierre no ocurre y queda una comunicación de suficiente ancho para permitir el paso de órganos desde la cavidad abdominal, hacia el escroto o los labios mayores, esto constituye una hernia inguinal.

El órgano más común es el intestino delgado y en la niña son frecuentes los ovarios y las trompas. Si el camino permanece abierto, pero es tan delgado que sólo permite el paso de líquido peritoneal, que existe en una pequeña cantidad normalmente en la cavidad abdominal, este defecto se denomina hidrocele comunicante. El hidrocele que no tiene ninguna comunicación con la cavidad abdominal, no comunicante, es sólo líquido alrededor del testículo y es muy común en el recién nacido.

La inmensa mayoría de las hernias inguinales se manifiestan o pueden apreciarse en los primeros seis meses de vida. Son mucho más comunes en los varones y especialmente comunes en los niños y niñas prematuros. También son más frecuentes en pacientes que tienen problemas que ocasionan aumento de la presión intrabdominal, como asma, estreñimiento o aumento del líquido peritoneal (por drenaje de líquido cefalorraquídeo en las derivaciones ventrículoperitoneales o "shunts").

Aunque no son hereditarias, son más frecuentes en los hijos de personas a quienes se les han operado este tipo de hernias o en los hermanos en igual circunstancia. La hernias ocurren con mayor frecuencia en la región inguinal derecha que en la izquierda y un 10% son bilaterales.

A menudo la madre, o la encargada del cuidado del bebé, es la primera en notar un aumento en la región inguinal. En el caso de las hernias inguinales se trata de un bulto suave que aparece cuando el bebé hace un esfuerzo y desaparece cuando se relaja. Si el problema es un hidrocele, lo cual ocurre exclusivamente en el varón, se nota un aumento de volumen alrededor del testículo, que no varía tan fácilmente y que a veces impide que se pueda sentir el testículo.

Para confirmar que se trata de un hidrocele o una hernia rara vez se ordenan exámenes especiales, ya que el diagnóstico lo hace el pediatra al examinar al paciente o el cirujano de niños a quien es referido.

Afortunadamente, los hidroceles no comunicantes, que son los más comunes, no requieren en su mayoría ningún tipo de tratamiento. Su resolución espontánea debe ocurrir en el primer año de vida o, cuando más, dentro de los dos primeros años.

Por otro lado, las hernias muy rara vez desaparecen, crecen y, como pueden tener complicaciones importantes, necesitan ser operadas con prontitud. Los órganos que se introducen por el defecto pueden quedarse atascados fuera de la cavidad peritoneal, lo que se denomina hernia incarcerada.

Cuando esto ocurre hay hinchazón de los órganos, lo cual hace que aumenten su volumen, lo que a su vez hace que se vayan comprimiendo hasta que no les pueda entrar sangre adecuadamente, con lo cual se produce isquemia y muerte de los tejidos si no se resuelve en pocas horas. En el varón, esto ocasiona igual compresión de los vasos que llevan la sangre al testículo, el cual, si es afectado durante un cierto tiempo, también recibe un daño irreparable y va desapareciendo poco a poco.

El tratamiento de las hernias inguinales y los hidroceles comunicantes es la reparación, la cual se efectúa como proceso ambulatorio (sin hospitalización) aunque se lleva a cabo bajo anestesia general. Cuando usted sospecha que su niño tiene una hernia inguinal debe llevarlo a evaluación con su pediatra tan pronto le sea posible. Si sospecha un hidrocele, mencionóselo a su pediatra en su próxima cita.



## CIRCUNCISIÓN

### ANATOMÍA

El pene está formado por dos estructuras tubulares cuya consistencia es como una "esponja" llamados cuerpos cavernosos que se llenan de sangre durante la erección. También existe otra estructura tubular y de menor grosor que contiene en su interior la uretra y se llama cuerpo esponjoso. En la parte final de los cuerpos cavernosos existe otra estructura llamada glande que tiene un orificio al final llamado meato uretral que es la terminación de la uretra.

La división entre el glande y el resto del pene se llama surco. La piel del pene se continúa hacia adelante y cubre el glande. La parte de piel que cubre el glande se llama prepucio. El prepucio tiene una parte externa que se llama la piel del prepucio y una parte interna que se llama la mucosa del prepucio y que está en contacto con el glande.

### ANATOMÍA DEL PREPUCIO Y SUS RELACIONES

#### DESARROLLO DEL PENÉ Y EL PREPUCIO

Durante el desarrollo del niño en el útero materno el prepucio y el glande están fusionados como una sola estructura (adherencias del prepucio). Posteriormente la mucosa interna del prepucio se separa del glande y el orificio del prepucio se va agrandando hasta que se puede retraer totalmente (retracción del prepucio). El mecanismo como ocurre esto es variado. Las células de la superficie del glande y de la mucosa interna del prepucio se van regenerando y descartando continuamente y se acumulan entre el prepucio y el glande en forma de unas "perlitas" blancuzco amarillentas como "queso" llamado esmegma que eventualmente salen hacia donde el prepucio se une con el glande dejando una separación entre éstos que facilita que se continúe despegando.

La acumulación del esmegma, las erecciones espontáneas y el mismo niño al "descubrir" sus genitales pueden ayudar a la dilatación del prepucio y despegarlo del glande.

La separación completa entre el prepucio y el glande y la abertura total del orificio del prepucio permitiendo retraerlo completamente pueden ocurrir desde el nacimiento hasta alrededor de los 5 años de edad. Debe comprenderse que es normal que al momento del nacimiento y por algún tiempo el niño tenga el prepucio adherido al glande y el orificio del prepucio estrecho y no se pueda retraer. Con el tiempo y de forma espontánea se abrirá y se podrá retraer. Esto debe ocurrir en los primeros 5 años de vida.

El prepucio tiene en la parte mucosa una gran cantidad de nervios y terminaciones nerviosas especializadas mayormente en un área específica llamada "banda en anillo". Estas terminaciones nerviosas complejas son sensivas al tacto de "enrolamiento" que se produce cuando el prepucio se retrae y estira sobre el glande durante el acto sexual.

### FUNCIONES DEL PREPUCIO

Existen tendencias opuestas hacia la práctica de la circuncisión y también en su realización en niños recién nacidos. El desarrollo de investigaciones y conceptos puede

estar condicionado por estas tendencias. Los que abogan por la conservación del prepucio enfatizan las siguientes funciones:

Protege el glande de las heces y la orina en el niño

Protege el glande de摩擦es del pañal y de la ropa

Mantiene el glande humectado con una capa oleosa y lubricante

Permite la erección del pene al estirarse y descubrir el glande

Sirve como órgano erógeno por su rica innervación y receptores complejos sensitivos

No todos los autores concuerdan con estos conceptos y los que abogan por las ventajas de la circuncisión consideran que el niño circuncidado tiene mejor aseo y algunos estudios demuestran que tienen menos incidencia de infecciones y desarrollo de cáncer.

### CUIDADOS DEL NIÑO NO CIRCUNCIDADO

La mayoría de los niños (95%) nacen con el prepucio aun adherido al glande (separación incompleta del prepucio y el glande) y el orificio del prepucio estrecho por delante del glande (fimosis fisiológica) impidiendo su retracción. Esto es normal. Para la edad de 5 años el 80-90% de ellos tendrán el prepucio despegado del glande y el orificio del prepucio abierto lo suficiente para permitir una retracción normal.

Es importante recalcar que en este período no debe hacerse nada salvo lavar los genitales del niño igual que el resto del cuerpo. Nunca se debe retraer el prepucio en forma forzada. Esto produce dolor y sangrados por desgarros en la mucosa interna que al cicatrizar producirán adherencias verdaderas que impedirán que ocurra la separación natural.

Lo único que los padres deben hacer aparte del lavado normal es observar como evoluciona naturalmente el proceso de separación del glande y el prepucio y como se va ensanchando el orificio del prepucio. Cuando se forman las "perlitas" de esmegma los padres pueden ayudar al niño a asearse y facilitar que se separen el glande y el prepucio retrayendo suave y gentilmente el prepucio hasta donde el padre note que comienza a sentir algo de dolor y no más. Posteriormente el mismo niño lo hará espontáneamente.

Si este proceso natural de apertura y despegamiento del prepucio no se ha dado alrededor de los 5 años de edad o cuando el orificio del prepucio está extremadamente estrecho (como la punta de un bolígrafo) y dificulta el calibre del chorro urinario, debe solicitarse evaluación por el Pediatra del niño quién considerará si es necesaria la evaluación por el Cirujano Pediatra para hacer la circuncisión.

### CIRCUNCISIÓN: ASPECTOS HISTÓRICOS Y EVOLUCIÓN

La circuncisión se estableció como una práctica religiosa Hebreo desde los tiempos de Abraham hace aproximadamente 3,500 años. En un mural en Shalkara, Egipto, de 2,400 años antes de Cristo, aparece una referencia sobre la circuncisión. En el siglo XVIII los médicos preconizaban la circuncisión como prevención a la masturbación en el joven. En la segunda mitad del siglo XX se publicaron muchos artículos que estudiaban los beneficios de la circuncisión con respecto a enfermedades infecciosas, higiene personal y reducción de la incidencia de cáncer. En la década de los 80' se inicia un movimiento en

los Estados Unidos en pro de la defensa de lo que han llamado la autodeterminación del individuo y en contra de la "mutilación masculina".

Se han desarrollado múltiples organizaciones en "defensa del prepucio" quienes argumentan las desventajas de la circuncisión y sus peligros. Diversas investigaciones han encontrado que la circuncisión neonatal disminuye hasta en 10 veces la incidencia de infecciones urinarias en los primeros años de vida, disminuye la incidencia de cáncer de pene a largo plazo y de cáncer cervicouterino en la pareja. En un estudio de las fuerzas armadas de los Estados Unidos (1975-1979) se encontró que la incidencia de infecciones urinarias en 427,698 infantes nacidos en ese periodo era de 1.03% en varones no circuncidados, 0.10% en circuncidados y 0.52% en niñas, reforzando las ventajas de los circuncidados sobre los no circuncidados. Sin embargo los estudios no han demostrado que estadísticamente se justifique adoptar esta medida como una política de salud pública rutinaria en los neonatos.

#### CIRCUNCISIÓN: PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Es el procedimiento de extirpación quirúrgica del prepucio. Puede realizarse en el recién nacido y hasta alrededor del mes de vida con el método de "campana" (circuncisión neonatal) y si se realiza a mayor edad la técnica empleada es la Circuncisión quirúrgica. En general es un procedimiento inocuo de baja morbilidad y que requiere de pocos cuidados postoperatorios.

La incidencia real de complicaciones relacionadas a la circuncisión es desconocida. Se estima que debe ser menor del 1% en manos experimentadas. Las complicaciones reportadas más comunes son sangrado, infección local, trauma quirúrgico, infección urinaria y bacteremia. En un estudio de 136,086 niños se encontró una incidencia de complicaciones y problemas genitourinarios en el primer mes de vida en pacientes circuncidados del 0.19% en comparación con 0.24% de problemas urinarios generales en niños no circuncidados.

#### CIRCUNCISIÓN NEONATAL

Actualmente no existe una indicación médica absoluta para la circuncisión neonatal. Las razones son principalmente religiosas o sociales. El procedimiento se puede realizar con diferentes dispositivos de metal o plástico con anestesia local y un "consuelo azucarado" en el cuarto de recién nacidos. Este procedimiento toma menos de 10 minutos y es indoloro cuando se aplica la anestesia local. Es importante anotar que no se debe circuncidar al niño recién nacido si presenta hipospadía (el orificio urinario no está en la punta sino fuera de posición, más frecuentemente hacia el escroto), sindactilia (dedos fusionados) o alguna condición que haga presumir que se puede requerir el prepucio como piel donadora para injertos.

#### CIRCUNCISIÓN CON CAMPANA

Recomendaciones de los cuidados en casa:

Es recomendable dejar al niño descubierto de la cintura hacia abajo el primer día y lo

más restringido en su cuna que sea posible.

Puede aplicarse ungüento con antibiótico 2 ó 3 veces al día por 3 a 4 días como medida profiláctica para evitar infecciones y para evitar que se adhiera al pañal.

Puede bañarse al día siguiente evitando el contacto directo de objetos sobre el pene y la campana.

Luego de tres o cuatro días se suspende la colocación del ungüento para permitir que el área se seque y se continúa con los baños rutinarios diarios del niño.

La campana se despondrá sola alrededor del quinto al décimo día.

Puede que el niño presente algo de fiebreña (entre 37.5° - 38° C) y algo de inquietud las primeras 24 - 48 horas. Se le puede administrar acetaminofén si es necesario.

Debe vigilarse por sangrado. Puede que "manche" el pañal con sangre lo cual es normal. Lo que no debe ocurrir es un "goteo" continuo de sangre.

Debe vigilarse por signos de infección: enrojecimiento progresivo en el pene hacia la base, dolor y fiebre alta sostenida (mayor de 38.5°C) que no mejora con el acetaminofén.

Lamar al médico si tiene dudas o si el niño presenta:

sangrado tipo "goteo" continuo

fiebre alta de más de 38° C con enrojecimiento progresivo hacia la base del pene no desprendimiento de la campana después de 10 días

#### CIRCUNCISIÓN QUIRÚRGICA

En los niños mayores de un mes el mecanismo de la campana no es tan efectivo y en estos casos la circuncisión debe hacerse como un procedimiento quirúrgico realizado en el salón de operaciones bajo anestesia general. Aunque también se aplica anestesia local, se usa algo de anestesia general para mantener al niño tranquilo. Generalmente se hace como un procedimiento ambulatorio excepto cuando hay alguna indicación para hospitalizar al paciente (ej: trastornos hematológicos). En adolescentes mayores puede hacerse como en el adulto con anestesia local solamente.

Las indicaciones más frecuentes son:

Fimosis que no mejora durante los primeros 5 años de vida

Fimosis en el niño mayor de 5 años de vida

Infecciones urinarias

Infecciones del prepucio a repetición (después del segundo episodio)

Social o religiosa

Recomendaciones de los cuidados en casa: son semejantes a los expuestos anteriormente.

### EL JUEGO Y LOS NIÑ@S

El juego es una actividad natural y espontánea de los niñ@s de todas las edades ya que, aunque pudiera parecer trivial, en realidad les provee la oportunidad de adquirir y desarrollar destrezas manuales, físicas, mentales y sociales. Por eso es importante fomentar en ellos esta actividad, facilitándoles los instrumentos necesarios; es decir, los juegos y juguetes. Sin embargo, para lograr que los niñ@s obtengan los mayores beneficios del juego debemos considerar los siguientes factores:

el juego o juguete debe ser interesante y atractivo para el niñ@; debe ser adecuado a las habilidades físicas del niñ@; debe adaptarse al desarrollo mental y social del niñ@; y debe ser seguro, y en el caso de juguetes, éstos deben estar bien construidos, ser fuertes y duraderos, para que puedan resistir el uso y el abuso del niñ@, según la edad para la cual fueron diseñados.

Considerando los factores anteriormente expuestos, es por lo que algunos fabricantes responsables, como guía para padres y parientes, han establecido la política de proveer en las cajas de sus juguetes el rango de edad para el cual fueron diseñados. Poner atención a estas indicaciones es importante porque muchos adultos tienden a seleccionar los juguetes según sus propias preferencias personales y luego éstos resultan inadecuados para las habilidades del niñ@. Estas preferencias pueden ocasionar frustración en el niñ@, en vez de satisfacción. En forma general, los juguetes o juegos pueden clasificarse de la siguiente manera:

**Juegos de acción:** Juguetes de hilar y empujar, de montar (caballitos, carros, bicicletas y patinetas entre otros) y equipos para actividades gimnásticas o deportivas.

**Juegos manuales:** Juguetes para armar, rompecabezas, juegos para aprender a abotonar y desabotonar ojales, hacer lazos y nudos, palas y cubos.

**Juegos de simulación:** Muñecos, peluches, títeres, marionetas, casas de muñecas, similes de artefactos domésticos, carritos y camiones a escala, entre otros.

**Juegos creativos:** Manualidades diversas, instrumentos musicales, equipos audiovisuales, entre otros.

**Juegos de aprendizaje:** Juegos de química o astronomía y aquellos diseñados para el desarrollo de actividades específicas, libros, etc. Debido a la gran diversidad de juguetes disponibles en el mercado, para su selección, como anotamos anteriormente, se recomienda tomar en cuenta las habilidades del niñ@ según su rango de edad, aunque esto no constituye un patrón rígido, ya que cada niñ@ tiene su propio ritmo de desarrollo de habilidades, dentro de lo que se considera normal.

Así tenemos la siguiente clasificación.

**Desde el nacimiento hasta los 6 meses:** Debe estimularse el uso de los sentidos tales como la vista, el oído y el tacto ya que el niñ@ a esta edad muestra progresivo interés en tocar, agarrar y sacudir objetos. Es usual a esta edad, llevarse los objetos a la boca para reconocerlos, por lo tanto, los juguetes apropiados en esta etapa pueden ser los móviles en

la cuna, sonajeros sencillos y juguetes de trapo livianos. Deben evitarse aquellos con sonidos estridentes y con bordes afilados y partes desprendibles. Prefiera aquellos juguetes que el niñ@ puede agarrar fácilmente y con música melódica.

**De los 7 meses al año de edad:** Durante este periodo el niñ@ aprende a sentarse sólo, a gatear, a levantarse y a caminar agarrado de los muebles. Desarrolla habilidad para tomar objetos haciendo el agarre de pinza con el índice y el pulgar. Disfruta jugar golpeando los juguetes, tirarlos, hilar y empujar. Le gusta abrir y cerrar cajas, llenarlas y vaciarlas y jugar en la tina del baño. Los juguetes apropiados para él serán los carritos para empujar, bolas suaves para tirar, bloques plásticos o cubos de madera para apilar o meter uno dentro del otro y arcos plásticos para morder y juguetes para el baño. Debido a la fuerte tendencia durante esta etapa de llevarse los objetos a la boca, debe cuidarse de que sus juguetes tengan el tamaño adecuado para que no puedan ser tragados con facilidad. Tampoco se recomiendan con partes desprendibles ni filos cortantes. A esta edad, pueden disfrutar al ser mecidos en columpios, con la debida supervisión de un adulto.

**Del año a los 2 años:** Debido a su desarrollo progresivo, el niñ@ va creando la capacidad de concentrarse por mayor tiempo en sus juegos. El aumento de su motilidad lo induce a abrir cajones y alacenas, mete y saca objetos de ellos y trata de subirse a las sillas y muebles. Los juguetes adecuados serán pelotas grandes, juguetes que flotan en el agua, palitas y cubos, entre otros. A los dos años muestra interés en dibujar y pintar y le gusta que le lean historias sencillas con rimas y cantos repetitivos. Los libros apropiados para ellos deben tener figuras grandes y sencillas, de colores muy vivos.

**De 2 a 4 años:** Al comienzo de esta etapa, el niñ@ no muestra mucho interés para jugar con otros niñ@s, pero va adquiriendo cada vez mayor desarrollo del lenguaje. Se le puede facilitar pinturas para aplicar con los dedos, masilla para moldear figuras, rompecabezas de piezas grandes y sencillas, muñecas y muñequitos. De los tres años en adelante se inicia la socialización con otros niñ@s y tiende a imitar las acciones de los adultos. Es conveniente facilitarle juegos que estimulen su imaginación y sus habilidades manuales. A esta edad pueden ser útiles los juegos de carpintería, de construcción, jardinería, rompecabezas sencillos, casas de muñecas y figuras para recortar con tijeras. Se recomiendan tijeras de punta redonda. Disfrutan mucho los juegos en la piscina los cuales recomendamos sólo bajo la supervisión de un adulto.

**De 4 a 6 años:** Este es un periodo de crecimiento mental acelerado; el niñ@ muestra gran avidez por adquirir nuevos conocimientos, habilidades y destrezas físicas y creativas. Se deben estimular los juegos al aire libre, afinar la destreza para abotonar y desabotonar, para atar y soltar. Al niñ@ le interesa en este periodo parear objetos por color, formas y figuras; reconocer las letras y los números y los juegos de simulación. En esta edad es importante introducirlos en el mundo de los instrumentos musicales sencillos tales como silbatos, flautas, armónicas, xilófonos y pianos. Se puede introducir el uso de lápices crayones de colores.

**De 6 a 8 años:** Durante estos primeros años de inicio de su educación escolar formal, el niñ@ muestra creciente interés en desarrollar las habilidades musculares tales como patinar;

escalar, montar bicicletas y ejecutar deportes acuáticos. Le interesa las habilidades manuales como dibujo, labores con aguja ( bordado, tejido, ensartar cuentas de colores) y la lectura, aritmética y ciencias. Los juguetes y juegos apropiados serían objetos con partes motorizadas, rompecabezas de menos de 100 piezas, juegos gimnásticos (deslizadores, aros, barras paralelas, trapezios y juegos de ping-pong). La madre debe incorporar al niño a labores sencillas del hogar, no como obligación, sino como juego y puede ser capaz de usar una bicicleta de dos ruedas.

**La bicicleta debe tener el tamaño apropiado:** el niño alcanza fácilmente el asiento, al estar parado con ambos pies en el suelo.

**De 9 a 12 años:** En este periodo el niño ha individualizado sus intereses y habilidades y empieza a mostrar sus preferencias personales. Para algunos, la lectura es su preferida, otros se dedican a pasatiempos, coleccionar objetos, prefieren determinados deportes o música y otros prefieren armar rompecabezas más complejos. En estos tiempos, los juegos electrónicos juegan un papel importante al igual que el uso del Internet; el niño puede usar la computadora, pero esta actividad debe estar supervisada por sus padres. En resumen, teniendo el debido cuidado de escoger los juegos del niño, lograremos que éstos no sólo sirvan para entretenarlo, sino que sean elementos de aprendizaje. Pero también debemos asegurarnos de que no ofrezcan peligro para la vida o salud, recordando lo siguiente:

Debemos supervisar sus juegos y siempre que sea posible, participar con ellos para reforzar los vínculos familiares y cuidar el desempeño adecuado del niño. Debemos evitar los juguetes peligrosos y los juegos violentos que puedan causar daño al niño. Debemos tener cuidado al desechar las bolsas plásticas y envoltorios de los juguetes ya que pueden representar un riesgo de asfixia. Y por último, debemos desechar todo juguete con desperfectos o rotos que representen un peligro para el niño.



#### EL DEPORTE Y LA INFANCIA

Con el pasar de los tiempos nos hemos olvidado de la importancia que tiene el practicar deportes durante la infancia, de tal forma, que en la actualidad vemos más niños y niñas sedentarios(as), con mayor riesgo a padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes e incluso con trastornos psicológicos (depresión, ansiedad e insomnio).

El advenimiento de juegos electrónicos, la televisión, computadoras y controles remotos, ha traído como consecuencia, que nos enfrentemos a niños(as) menos saludables, menos fuertes y con una actitud pobre para el desempeño de cualquier deporte o actividad física.

Es probable que nosotros mismos como padres, hemos pasado por alto, el que nuestros hijos(as), realicen actividades tan sencillas como arreglar la cama, cortar el césped, caminar al colegio, la ayuda en la limpieza del hogar; ya que queremos evitar que ellos "pasen por lo que nosotros pasamos".

Gran error hemos estado cometiendo y debemos iniciar un ajuste a toda nuestra conducta.

Lo primero es diferenciar entre ejercicio y deporte, debemos motivarlos(as) sin esperar tener entre nosotros otro Michael Jordan, Mariano Rivera o Eileen Coparropa. Es fácil iniciar una rutina de caminatas en familia, que nos servirá para compartir un momento agradable e incluso para acercarnos más a nuestros hijos.

Si deseamos involucrarlos(as) dentro de un deporte, no debemos olvidar pedir la opinión del niño o niña, su deseo de participar; inclusive su madurez para recibir y seguir instrucciones y lo más importante: No esperemos de ellos(as), lo que no pudimos realizar nosotros.

Es de suma importancia que previo a cualquier inicio de actividad deportiva se realice un examen médico y se consulte si existe algún impedimento para su hijo para realizar determinado deporte, por ejemplo: la natación en un niño con epilepsia.

Debemos conocer quien o quienes estarán brindando la capacitación en el deporte, con el fin de evitar lesiones y que el entrenamiento sea seguro y diseñado de acuerdo a la edad; por ejemplo: no se debe levantar pesas hasta después de los 14 años y de forma progresiva y supervisada; no olvidar la importancia de los estiramientos y calentamientos previos al inicio de la rutina de ejercicios con el fin de adecuar la frecuencia cardíaca y respiratoria. De esta manera se favorecerá el aporte de oxígeno a los músculos y la respuesta del sistema nervioso, así como, a mejorar el rendimiento y coordinación del pequeño deportista.

Evitemos como padres, suministrar complementos de nutrición sin el conocimiento del entrenador; ya que muchos dentro de sus componentes, tienen incluidas sustancias

prohibidas por el Comité Olímpico, tal es el caso si lo hace representando al país. Debemos evitar convertirnos en "especialistas" de ese deporte e inmiscuirnos en el entrenamiento del atleta.

Como padres no debemos olvidar que los deportes ayudan a mejorar la destreza física, a divertirse, a hacer más amistades, más responsables y a trabajar en equipo; para ello tenemos que tener siempre presente que debemos apoyarlos emocionalmente, inculcando a nuestros niños el siguiente lema:

**"TENER ÉXITO NO ES LO MISMO QUE GANAR Y PERDER NO ES LO MISMO QUE FRACASAR"**, a ser honrados, a jugar limpio y sobretodo a compartir con ellos(as) sus experiencias y a felicitarlos(as) en sus aciertos y desaciertos.

Manteniendo presente estas premisas, de incentivar las actividades físicas y/o deportivas, podemos asegurarles a nuestros niños y niñas una vida con menos riesgos de sobrepeso, de problemas emocionales, con mayor autoestima y ayudarlos(as) a formar sus valores para la vida de adulto.



#### DETECCIÓN TEMPRANA DE PROBLEMAS HEREDITARIOS O GENÉTICOS

La Genética Médica es la ciencia que se encarga de estudiar las enfermedades que se originan como consecuencia de alteraciones de la información que heredamos de nuestros padres a través del óvulo y el espermatozoide. Esta información está contenida en unos estudios llamados cromosomas, que usualmente son 46, aportando el padre 23 y la madre 23, dando las órdenes de cómo seremos: nuestra talla, color de piel, ojos y cabello, así como que enfermedades tendremos a lo largo de nuestra existencia. Dentro de los cromosomas hay partículas más pequeñas llamadas genes y por medio de una intensa investigación científica llamada Proyecto Genoma Humano, se descubrió recientemente que tenemos aproximadamente 30,000 genes. Se ha reportado la existencia de unas 12,000 enfermedades genéticas, hasta el año 2002, contenidas en esos genes, con diferentes mecanismos hereditarios y modos de transmisión.

Es importante saber que todas las parejas sanas, sin antecedentes de niños con problemas genéticos en la familia y ambos menores de 35 años tienen riesgo de 3% de tener alguno de sus hijos con una de esas 12,000 enfermedades. En pocas palabras todos los seres humanos tenemos riesgo de tener un bebé con una alteración genética o hereditaria, no importa la edad, raza, país de origen y nivel socioeconómico. Aunque no existan antecedentes similares en nuestra familia, seamos jóvenes y físicamente sanos, TODOS tenemos información genética que no es correcta.

Si alguno de los miembros de la pareja tiene más de 35 años entonces los riesgos aumentan, pero afortunadamente en nuestro país ya tenemos métodos para detectar riesgo genético antes, durante y posterior al embarazo, es decir cuando nace el bebé, los cuales explicaremos posteriormente. Los riesgos aumentan un poco más si la pareja tiene algún grado de parentesco o consanguinidad.

Un problema Genético es aquel cuya orden para que ocurra, está en la información de herencia. Una Enfermedad Hereditaria es aquella en la que el padre, la madre o ambos, están transmitiendo a sus hijos ese problema genético. No todos los problemas genéticos son transmitidos por los padres. A veces ellos dan la información de herencia correcta, pero en el momento que el niño se forma ocurre un cambio nuevo en el material de la herencia, llamado neumotación lo cual hace que el niño nazca con una malformación o un problema genético a partir de ese hijo afectado, esa enfermedad tendrá riesgo de ser hereditaria.

Por otra parte, congénito, es todo con lo que nacemos. No todos los problemas congénitos son genéticos, por ejemplo un recién nacido que nace con rubroto congénita, enfermedad causada por un virus, es congénita al nacer el niño con los efectos del virus, pero no es de causa genética, ni hereditaria. No todas las enfermedades genéticas o hereditarias son congénitas, algunas se expresan meses o años después como la diabetes, la hipertensión o el colesterol elevado que también son enfermedades genéticas.

Podemos sospechar que hay una alteración genética o hereditaria en la familia una vez excluidas las causas comunes de estos trastornos, cuando hay:

talla baja	talla alta
sordera	ceguera
lento aprendizaje (retardo mental)	convulsiones
genitales ambiguos o no definidos claramente	problemas del corazón desde el nacimiento
articulaciones más elásticas de lo normal	parejas con más de dos abortos a repetición

bebés fallecidos dentro de su madre sin causa establecida o nacidos malformados  
polidactilia (más dedos de lo usual en manos o pies)

Fistula o apéndice preauricular (agujeros o masa de piel delante de la oreja)

Malformaciones de los pulmones (hernia diafragmática)

Malformaciones de órganos digestivos (atresia esofágica, omfalocleíte)

Varios familiares afectados con una misma entidad (cáncer; trastornos sanguíneos, etc.)

Los genetistas estudian las personas con sospecha de una alteración genética para tratar de diferenciar si la enfermedad que tiene el paciente es de causa genética o ambiental. Para ello elaboramos una historia clínica completa, un examen físico orientado a buscar signos de alteración genética como los antes mencionados y otros, un pedigree o árbol genealógico donde se estudian todas las generaciones posibles de la familia y finalmente se decide que estudios genéticos requiere la persona para determinar el origen de la entidad. Es importante determinar si la pareja tiene consanguinidad, es decir si son parentes (por ejemplo primos) o si hay otros afectados iguales en la familia.

Tenemos disponibles en Panamá un gran número de pruebas genéticas que nos permiten hacer diagnósticos más finos y precisos, con el objetivo de explicar a la pareja por qué su niño(na) nació afectado, cuál es el riesgo de repetición para un siguiente embarazo, cuál es el riesgo de transmisión para otros familiares aparentemente no afectados (hermanos, primos, tíos, etc.).

Una de esas pruebas es la que se recomienda efectuar a todos los niños(nas) recién nacidos de más de 7 días de edad llamada tamizaje metabólico, la cual consiste en una pequeña cantidad de sangre y orina que se extrae al bebé con el propósito de descartar un grupo de enfermedades que se llaman metabólicas y que en los países desarrollados todos los niños(nas) tienen derecho a ella. Cuando ingerimos los alimentos, sean azúcares, grasas o proteínas, éstas llegan como largas cadenas que deben ser cortadas para poder utilizarse en el cuerpo humano. Las tijeras que cortan esas cadenas se llaman Enzimas. La deficiencia de una enzima es lo que se conoce como una enfermedad metabólica. Existen más de 400 enfermedades metabólicas y sus síntomas de presentación pueden ser tan variados como convulsiones, lento aprendizaje, coloración amarilla de piel y esferas (ictericia), vómitos que no mejoran con tratamientos usuales, diarrea crónica, falta para progresar (niño que no crece bien), etc. El principal objetivo de hacer el tamizaje metabólico es evitar el retraso mental o lento aprendizaje. Estas pruebas están disponibles en nuestro país.

Otro dato importante a notar es si el niño(na) tiene talla baja, la cual puede ser familiar, constitucional o propiamente causada por síndromes genéticos, displasias óseas (problemas en genes para la formación y modelamiento de los huesos) o alteraciones de los cromosomas (en número o su estructura). Si es muy llamativa la falta en el crecimiento y su pediatra descartó las causas más comunes de talla baja, entonces su médico lo podrá enviar al genetista para hacer estudios más profundos y determinar la causa del problema.

Cuando se detecta que un niño(na) o persona tiene una enfermedad genética o hereditaria, efectuamos un seguimiento del niño afectado hasta que sea un adulto con el fin de detectar posibles complicaciones, aplicar el tratamiento que le beneficie para mejorar su calidad de vida y cuando es adulto darle una explicación a esa persona afectada y su pareja, sobre que riesgo tendrán de tener niños(nas) igualmente afectados.