

MANUAL DE PUERICULTURA

TERCERA EDICIÓN
2026





MANUAL DE PUERICULTURA

TERCERA EDICIÓN 2026

JUNTA DIRECTIVA 2025-2027

Dra. Geraldine Norte Lanza

Presidente

Dr. Manuel Alvarado

Vice-Presidente

Dra. Ana G. Lucas

Tesorera

Dra. Mitzila Rosas

Secretaria Asuntos Internos

Dra. Cristina Batista

Secretaria Asuntos Externos

Dra. Yesenia Williams

Vocal

COMITÉ EDITORIAL

Dr. José Cristóbal Almario

Editor

Dr. Iván Wilson

Editor asociado

Dr. Martín Lasso

Editor asociado

Dra. Geraldine Norte Lanza

Editora asociada

Dra. Yesenia Williams

Editora asociada

CONTENIDO

Presentación – Dra. Lucia Medina
Prólogo - Dr. José Cristóbal Almario

I. Consulta y Generalidades	
¿Quién es el pediatra y cuándo consultar? - Dra. Mirna Caicedo	1
II. El Recién Nacido	2
Esta sección cubre los cuidados y condiciones inmediatamente posteriores al nacimiento.	
• Preparación para el parto, lo que hay que saber y todo lo que la familia debe llevar al hospital – Dra. Geraldine Norte	2
• Cuidados del bebé recién nacido prematuro y del bebé bajo peso al nacer - Dra. Geraldine Norte	4
• Cuidados del recién nacido de término - Dra. Geraldine Norte	6
• Condiciones normales y variantes del recién nacido sano – Dr. Martín Lasso	7
• Importancia de los estudios de tamizaje neonatal - Dr. Martín Lasso	9
• El baño del recién nacido - Dr. Pedro Vargas	11
• ¿Cómo debe dormir el recién nacido? Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante - Dr. Iván Wilson	12
• Importancia de la estimulación temprana, contacto piel a piel y masajes Dr. Rodolfo Iturralde	13
• Importancia del apego: la hora dorada - Dra. María Elisa Dejuane	14
• Método Canguro en el recién nacido a término y en el prematuro Dra. María Elisa Dejuane	15
• Colecho seguro – Dra. Geraldine Norte.....	16
• Uso de fular, cargadores, coches y otros - Dra. Analinda de Díaz	17
• Crecimiento mamario temprano en niñas en los primeros meses de vida Dra. Liliana Neil	19
• ¿Se debe reducir el prepucio en todos los bebés? - Dra. Esther Soto	21
• Cuidados poscircuncisión - Dra. Esther Soto	22
III. Lactancia y Alimentación	23
Estos temas se centran en la nutrición inicial del bebé y la transición a la alimentación complementaria.	
• Lactancia materna - Dra. Esther Toala	23
• Inicio temprano y los primeros días de la lactancia - Dra. Natividad Caballero	25
• Extracción, conservación y transporte de la leche materna - Dra. Mitzila Rosas	27
• Medicamentos y lactancia - Dr. Max Ramírez	29
• Alimentación complementaria - Dra. Ana Karina Coronado	31
• Seguridad alimentaria - Dra. Thagrid Natsheh	33
IV. Cuidado General e Hitos del Bebé/Lactante	34
Temas relacionados con el cuidado diario, el desarrollo, y la salud preventiva en la primera infancia.	
• Reconociendo lo que transmite el llanto del bebé – Dr. Iván Wilson	34
• Uso del chupete o pacificador: indicaciones, limpieza y retiro de este Dr. Alberto Mizrachi	36

- Importancia de las inmunizaciones - Dr. Pedro Vargas38
- Odontopediatría básica - Dra. Ana Lucas40
- Características de una adecuada silla de retención infantil - Dra. Yenibeth Córdoba43
- Importancia del juego en los niños - Dra. Yesenia Williams Alvarado45
- Higiene del sueño - Dra. Ana Carolina Araúz de Noel47
- Estreñimiento en el niño pequeño - Dr. Roderick Bejarano49
- Desviaciones fisiológicas de las extremidades del lactante y preescolar.
¿Cuándo referir? - Dr. Albino Salas51
- Recomendaciones para la prevención y manejo del pie plano - Dr. Albino Salas53

V. Infancia y Pre-Escolar (Crecimiento y Seguridad)54

Temas centrados en la transición a la niñez, incluyendo el entrenamiento y la seguridad en el hogar.

- Guía para el acompañamiento del control de esfínteres - Dra. Ileana Ceballos54
- Seguridad en casa y prevención de accidentes - Dra. Yesenia Williams Alvarado55
- Importancia de la disciplina y los límites en la infancia - Dr. José Almario58
- Prevención de abuso infantil - Dr. Pedro Buitrago59

VI. Salud Ambiental y Prevención de Enfermedades61

Temas de salud que se aplican a lo largo de la infancia y la niñez.

- Cuidados en el uso de los espaciadores y presurizados de dosis medida
Dra. Lisbeth Benítez61
- Control ambiental en asma bronquial y alergias - Dra. Edilma Riquelme, Dr. Néstor Ruíz, Dra. Estella Ducruet63
- Escogiendo el adecuado protector solar para la edad de mi hijo – Dra. Ana Leandro65
- Uso de repelentes en niños - Dr. Franz Barnes68

VII. Niñez y Adolescencia (Desarrollo Psicosocial)69

Temas enfocados en el bienestar psicológico, el comportamiento y el uso de la tecnología.

- Recomendaciones para los padres sobre el uso de pantallas - Dra. Yila Centella69
- Seguridad en internet y redes sociales - Dr. Georgie Thomas71
- Prevención de bullying escolar - Dra. Ivonne de Regalado73
- Prevención de los trastornos de alimentación y problemas emocionales de los adolescentes - Dra. María Elisa Dejuane75



PRESENTACIÓN

“No hay causa que merezca la más alta prioridad que la protección y el desarrollo del niño de quien dependen la supervivencia, la estabilidad y el progreso de todas las naciones y de hecho de la civilización humana”

**Plan de acción de la Cumbre Mundial a favor de la infancia
30 de septiembre de 1990**

Las acciones en Salud Materno Infantil, según la OMS tienen el mayor de los impactos en la morbilidad de los menores de 18 años, la edad pediátrica por sus características de crecimiento y desarrollo y la velocidad de diferenciación celular constituye la prioridad más alta para la acción de salud. Un valioso grupo de Pediatras de reconocida trayectoria presentan la tercera edición del Manual de Puericultura que estamos seguros contribuirá al impacto en la salud de la niñez en su crecimiento y desarrollo y lograr su mejor capacidad de aprendizaje.

Igualmente se convierte en un material clave, para que por medio del pediatra y del equipo de salud, se mantenga vigente la educación de los padres o tutores, que a la vez constituyen el verdadero primer nivel de atención en salud.

Los contenidos del Manual de Puericultura que se presentan en esta edición, sumado a la capacitación de los padres o tutores constituyen la mejor estrategia para lograr el mayor impacto en los indicadores de salud, a través de los objetivos planteados: “Protección de la salud del niño, detección temprana desde un menor nivel de atención, la familia, demanda y referencia oportuna a la atención pediátrica”.

El más alto reconocimiento para todos los profesionales que se esfuerzan en forma permanente por compartir sus experiencias en bien de la niñez de nuestro país.

Dra. Lucia Medina

PRÓLOGO

La Sociedad Panameña, comprometida con el bienestar de la niñez y adolescencia panameña ha realizado dos manuales, uno en el 2005 y otro en el 2009 los cuales buscaban orientar y educar a la población en general.

“La puericultura es el arte de criar y cuidar a los niños”. Como padres, no hay tarea más importante que asegurarnos de que nuestros hijos crezcan fuertes, sanos y felices. Sin embargo, la paternidad puede ser un desafío abrumador, especialmente para aquellos que están empezando su camino como padres. Este manual de puericultura está diseñado para proporcionar a los padres las herramientas y conocimientos necesarios para criar a sus hijos de manera efectiva. Desde la alimentación y el sueño, hasta la disciplina y la educación, el manual cubre todos los aspectos importantes de la puericultura.

Nuestro objetivo es proporcionar a los padres la confianza y la seguridad que necesitan para tomar decisiones informadas sobre la salud y el bienestar de sus hijos. Queremos que los padres se sientan apoyados y empoderados para criar hijos felices de manera que se ajusten a sus valores y necesidades individuales.

El Manual de Puericultura es una herramienta en la que encontrarás consejos prácticos, información actualizada y apoyo emocional para ayudarte a navegar por el emocionante viaje de acompañar a tus hijos. Esperamos que sea un recurso valioso para ti y tu familia, y que te ayude a criar a hijos felices, saludables y exitosos.

Dr. José C. Almario



I. Consulta y Generalidades

¿Quién es el Pediatra y cuándo debo consultar?

Conocer qué significa pediatría y quien es un pediatra, es fundamental para saber por qué consultarlo y cuando debemos consultar en forma oportuna.

El vocablo pediatra deriva de las voces griegas Paidós que significa niños e latreia que significa curación. La pediatría es la rama de la medicina dedicada a la salud integral de niños y adolescentes, desde el nacimiento hasta el final de la adolescencia. Abarca el estudio del crecimiento y desarrollo, así como la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

El pediatra valora en primera instancia al niño y después a su patología o enfermedad. En su valoración incluye el aspecto psicológico y social del niño y del adolescente. Si usted quiere que el profesional que atienda a su hijo conozca todos los aspectos clínicos, psicológicos, sociales y patológicos relacionados con el bienestar de este, debe acudir al pediatra, quien es el mejor capacitado para evaluar la salud de su hijo de manera integral.

El pediatra, médico de niños y adolescentes, es un médico con preparación especializada que le permite resolver problemas clínicos, promover la salud de la población infantil y adolescente, debe trabajar como integrante de equipos multidisciplinarios de salud para los casos que así lo requieran. Tiene formación adecuada, información actualizada y dominio de la tecnología.

El objetivo de todo pediatra es guiar, acompañar al niño y su familia en la consecución del bienestar total. Para esto procura ser tolerante, paciente, lleno de sencillez, orientando su nutrición; controlando el crecimiento y desarrollo; vigilando su desarrollo biopsicosocial.

El pediatra acompaña a las familias en la crianza de los niños, niñas y adolescentes. Integra estrategias de prevención, como la lactancia materna, las vacunas correspondientes, así como el diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades en su consulta. El responsable del menor (padre, madre, cuidador) debe darles seguimiento a los cuidados y/o indicaciones del pediatra para garantizar el éxito del tratamiento.

“El niño no es un adulto pequeño”.



II. El Recién Nacido

Esta sección cubre los cuidados y condiciones inmediatamente posteriores al nacimiento.

Preparación para el parto, lo que hay que saber y todo lo que la familia debe llevar al hospital.

Llegar al parto con calma y claridad transforma la experiencia, aunque a veces puede ser estresante saber a qué nos vamos a enfrentar, ya sea el primer parto o hayamos tenido uno previo. Lo esencial no cabe en una maleta: tu bebé necesita, por encima de todo, a mamá y a papá, su calor piel con piel, su voz y su presencia. Todo lo demás es complemento. Prepararse para el nacimiento de un hijo significa tejer un entorno seguro y amoroso, que ocurra con respeto, información y ternura, sabiendo que hay un equipo dispuesto a acompañar y que el cuerpo sabe el camino.

En las semanas finales, conviene tener un plan conversado con el obstetra y el pediatra o neonatólogo, incluyendo las preferencias sobre acompañamiento, contacto piel con piel y lactancia. Se debe tratar de organizar quién te acompañará, cómo llegarán al hospital de día o de noche, y quién cuidará de hijos mayores o mascotas. Es importante tener a mano los documentos de identidad, la tarjeta de control prenatal, los laboratorios y estudios que se han realizado durante el embarazo. La maleta sencilla y lista desde la semana 34-36 evita carreras de último minuto, no necesitamos llevar muchas cosas al hospital, recuerden que uno regresa a casa con un nuevo bebe más los obsequios recibidos de ser el caso.

Para mamá, piensa en prendas cómodas que se abran al frente para facilitar el contacto con tu bebé y la lactancia materna, ropa interior postparto, toallas sanitarias y artículos de higiene personal. Para bebé: prepara dos o tres mudas suaves de algodón, gorrito es opcional (recordemos que Panamá es caliente), medias, una mantita ligera, pañales y toallitas de agua o algodón. La silla de retención infantil correctamente instalada antes del gran día, es tan importante como cualquier prenda, puede demorar instalarla y hacerlo a última hora no es buena idea. Para el acompañante, ropa cómoda, abrigo ligero, agua y algo de comer ayudan a sostener con serenidad.

El momento de ir al hospital no se decide con una alarma rígida, sino con señales claras: contracciones regulares que se hacen más intensas y frecuentes, ruptura de membranas, aunque no haya dolor, sangrado como menstruación, disminución marcada de movimientos del bebé o síntomas maternos que alertan como fiebre, dolor intenso, cefalea con visión borrosa o presión arterial elevada, si previamente presentó cifras altas. En embarazos de alto riesgo, sigue las indicaciones personalizadas de tu equipo médico. Escuchar al cuerpo y acudir sin demoras cuando algo cambia es un acto de cuidado.

Ya sea el primer parto o se haya tenido uno previo, después del parto, el primer gesto de bienvenida para tu bebé es simple y poderoso: piel con piel inmediata y continua con mamá, y con papá si mamá necesita recuperarse, siempre y cuando la condición del bebé lo permita. El contacto piel con piel regula la temperatura, estabiliza el ritmo cardíaco y respiratorio, disminuye el llanto y fortalece el vínculo. La lactancia en la primera hora de vida, a libre demanda, aprovecha la intuición del recién nacido para buscar el pecho y succionar. Un entorno con luz tenue, poco ruido y la menor separación posible es medicina de primera línea.

Cuando la situación clínica lo permite, el pinzamiento tardío del cordón aporta hierro y beneficios circulatorios. De rutina, se indicará vitamina K intramuscular para prevenir sangrados, profilaxis ocular según protocolo local para prevenir conjuntivitis del recién nacido y, vacunas de nacimiento como Hepatitis B y BCG. Antes del egreso se realizan tamizajes esenciales: el metabólico entre las 24 y 48 horas para pesquisar enfermedades hereditarias a nivel enzimático, el auditivo para descartar deficiencias auditivas y el tamizaje cardíaco para detectar cardiopatías.

El rol del acompañante es más que estar presente. Sostiene el plan de parto con respeto, facilita el silencio y la intimidad, ofrece ayuda y consuelo, protege la primera hora de vida de interrupciones innecesarias, y puede hacer piel con piel si mamá no está disponible. En los primeros días, evita chupón y biberones salvo indicación médica, ya que pueden interferir con el aprendizaje de la succión y la lactancia materna. Recuerda que la comodidad emocional de mamá y bebé, su calma y su descanso, son tan terapéuticos como cualquier equipo.

Antes de salir a casa, pide que te muestren señales de buen agarre al pecho, cómo reconocer deglución efectiva y cómo prevenir dolor. Confirma que recibiste todos los documentos relacionados al nacimiento, la tarjeta de control pediátrico y

vacunas, la constancia de tamizajes, que hayan enseñado la higiene del cordón y el baño seguro, y que tienes una cita de control pediátrico en los primeros días de vida. Observa que el bebé orine y evacue acorde a la edad, que el color de la piel y la actividad sean adecuados. Nunca automediques a un recién nacido.

Todo bebé tiene derecho a ser registrado en el Tribunal Electoral luego del nacimiento.

En el hogar, la seguridad se construye con sencillez. La cuna necesita un colchón firme, sábanas ajustadas y nada más; sin almohadas, cobijas sueltas ni peluches. El bebé duerme siempre boca arriba, en su propio espacio, en la habitación de los padres al menos durante los primeros meses si así lo desea. Mantén el ambiente libre de humo y fragancias. Lava tus manos antes de cargarlo y limita las visitas. Organiza una red de apoyo para que mamá coma bien, tome su baño y pueda descansar y dormir; cuidar al cuidador es cuidar al bebé. Celebra cada pequeña victoria y busca ayuda a tiempo si aparece tristeza persistente, ansiedad que no cede o dolor que inquieta.

Todo lo importante cabe en pocas líneas y en muchos abrazos: mamá y papá presentes, información clara, decisiones compartidas, un equipo que escucha y una maleta práctica. Confía en tu capacidad. Tu bebé no necesita perfección, necesita tu mirada, tu voz y tus brazos.



Cuidados del bebé recién nacido prematuro y del bebé bajo peso al nacer.

Un bebé que nace antes de tiempo o con bajo peso inicia una historia de cuidados adicionales y de victorias silenciosas. En ese comienzo, lo más valioso no está en una máquina, en una medicina o una cita: está en la mamá, el papá, en los abuelos y en cada familia que recibe un bebé prematuro o de bajo peso. El amor cotidiano, sostenido y simple, lo que a veces parece imposible hace nuestros días más llevaderos.

El hospital se convierte en un sinónimo de cuidados de todo tipo. El método canguro, el bebé piel con piel sobre el pecho de mamá o papá, no es algo simbólico, al contrario, tiene muchísimos beneficios: estabiliza la temperatura, regula la respiración, reduce el dolor, favorece la lactancia y mejora el sueño. La temperatura adecuada es medicina. Los padres no deben ser una visita: son parte del equipo.

La leche materna es alimento y tratamiento. Es una defensa contra infecciones, ayuda a la maduración intestinal, al crecimiento e impacta positivamente en el neurodesarrollo. Cuando el bebé aún no coordina succión, deglución y respiración, la leche extraída por mamá es más que oro líquido; establecer una rutina frecuente, también de noche, protege la producción. La succión efectiva y el contacto piel con piel abren el camino al pecho; la transición se logra con paciencia, posturas que facilitan el agarre y pausas para respirar. Algunos bebés necesitan fortificación de la leche humana, una ayuda temporal para alcanzar proteínas, calorías y minerales para ganar peso adecuadamente. Hay que recordar que no es necesario dar agua, la lactancia materna tiene la cantidad requerida.

La prevención de infecciones empieza en los gestos simples: lavado de manos antes de tocar al bebé, superficies limpias, equipos de extracción bien lavados y no visitas de personas enfermas. El humo del cigarrillo o tabaco y los perfumes intensos no tienen lugar cerca del bebé. Las vacunas son necesarias en prematuros y se debe seguir el esquema nacional de vacunación. Los tamizajes se completan a su tiempo: metabólico, auditivo, cardíaco. Si nació muy pequeño o prematuro, se programan evaluaciones oftalmológicas (retina) para prevenir y tratar oportunamente y de ser necesario ultrasonido cerebral.

El “listo para casa” llega cuando el bebé mantiene su temperatura sin ayuda, se alimenta de forma segura al pecho o con apoyo, gana peso de manera continua y ha superado los eventos de apnea (suspensión momentánea de la respiración) clínicamente relevantes. La enseñanza a la familia, desde señales de buen agarre hasta higiene del cordón, se entrega de manera clara y escrita; cuando es posible, practicar reanimación cardiopulmonar básica, brinda una tranquilidad que no está de más. La primera cita de control se agenda pronto: el seguimiento cercano es parte del éxito.

En el hogar, la seguridad es primordial, a veces menos, es más. La cuna debe tener un colchón firme y sábanas ajustadas; sin almohadas, sin posicionadores, sin peluches. El bebé duerme boca arriba y comparte habitación con los padres, en su propio espacio. El método canguro continúa sumando: regula, calma, estimula el pecho. Las tomas se guían por señales y no por relojes rígidos. Nunca se recomienda automedicar; el termómetro digital es la herramienta para dudas de fiebre y evitar visitas de personas enfermas.

La red familiar debe asegurar el descanso de mamá y la logística del día a día: comer, ducharse, dormir, llorar si hace falta. El cuidado amoroso también es autocuidado.

El crecimiento se acompaña con metas realistas. Muchos prematuros y bebés pequeños reciben vitamina D y hierro por un tiempo definido; algunos necesitan medicamentos adicionales según la evolución y la condición en la cual se encuentren. El peso, la talla y el perímetro cefálico se interpretan en curvas adecuadas y con “edad corregida”, que es un instrumento para medir avances. Los programas de seguimiento del neurodesarrollo, terapia física y deglución, así como los controles de visión y audición, suman oportunidades; intervenir temprano es cambiar el destino. Cada logro, por pequeño que parezca debe celebrarse, para algunos será insignificante, pero para los padres de prematuros es una conquista.

La salud emocional de la familia importa tanto como la saturación de oxígeno. El camino puede traer cansancio y temores: pedir ayuda es un acto de amor. El papá y los cuidadores cercanos son el sostén real ya que, protegen los tiempos de piel con piel, filtran visitas, se ocupan del hogar, y su presencia y colaboración continuada aligeran la carga. Si aparece tristeza persistente, ansiedad o pensamientos que asustan, hay equipos para acompañar; cuidar a quien cuida es cuidar al bebé.

Si el bebé presenta fiebre, respiración rápida o con esfuerzo, coloración azulada, rechazo repetido de la toma, vómitos persistentes, somnolencia extrema o menos movimiento que lo habitual, se debe buscar atención sin demora. La prudencia y la confianza caminan juntas.

Día a día, el vínculo se va a fortalecer. Un prematuro o un bebé de bajo peso no es sinónimo de fragilidad eterna: es sinónimo de tiempo, de acompañamiento y de posibilidades. Con ciencia que guía y ternura que sostiene, el camino se hace. Lo esencial ya está en casa: sus brazos, su voz, su paciencia. Lo demás llega a su ritmo.



Cuidados del recién nacido de término.

Cuidar a un recién nacido a término es una vivencia llena de amor y responsabilidad. A veces con temores por lo que venga, más si somos padres por primera vez. Es esencial comprender que cada bebé es único y que, a pesar de haber reglas y cuidados generales, hay que amoldar los cuidados a las demandas específicas de cada recién nacido. Cada bebé es distinto. El lazo afectivo es trascendental e impacta para toda la vida, y el contacto piel con piel es vital en los primeros días. Este contacto no solo ayuda a regular la temperatura del bebé sino, que igualmente robustece ese vínculo emocional entre los padres y el recién nacido. La lactancia materna proporciona todos los nutrientes que el bebé requiere en sus primeros meses de vida y refuerza su sistema inmunológico. El contacto en la lactancia, de igual manera estimula la conexión emocional y la seguridad del bebé. No se requiere dar agua, la lactancia materna contiene la cantidad requerida, su pediatra le indicará el tiempo oportuno.

La higiene es un aspecto crucial en el cuidado del recién nacido. Iniciar el baño está bien después de que el cordón umbilical se caiga, eso ocurre usualmente entre la primera y segunda semana de vida. Se puede usar agua tibia y se recomienda tener todo listo y a la mano antes de iniciar el baño. Si el cordón no se ha desprendido, una toallita y agua, son suficientes para lavar la cabeza y resto del cuerpo del bebé. No es necesario bañarlo a diario en las primeras semanas.

Cambiar los pañales seguido es clave; una buena higiene ayuda a evitar irritaciones en su piel. Limpiar al bebé con toallitas húmedas o agua y jabón suave es recomendable. También se puede utilizar algodón y agua. Se le puede colocar crema protectora para evitar irritaciones, pero no todos los bebés la necesitan.

Los recién nacidos deben comer cuando ellos quieran; no son necesarios horarios rígidos cada 2 a 3 horas. Importante es atender a las señales de hambre como movimientos de cabeza, chupar sus labios, el llanto o manitas empuñadas. Es imperativo durante la succión al pecho materno que el bebé se enganche correctamente al pezón; esto no solo facilita el proceso de alimentación, también previene posibles lesiones y grietas en los pezones de la madre.

Para dormir, los bebés recién nacidos requieren un ambiente sereno y confortable; pues pasan entre 16 a 18 horas diarias en esta tarea. Se sugiere dormir boca arriba, disminuyendo el peligro del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). Formar una rutina de sueño puede ayudar al bebé a tener ritmos de descanso estables.

Es importante mantener al bebé a la temperatura adecuada. Se puede vestir al recién nacido con una capa adicional a la que usa un adulto, asegurando calor, pero no demasiado abrigado, sobre todo en nuestro país. El entorno debe ser acogedor, evitando corrientes y ambientes muy calientes. En países tropicales, no se necesitan gorros y guantes de lana, si regulamos la temperatura de la habitación logramos mantener al bebé en un ambiente agradable.

Las visitas periódicas al pediatra, ¡son fundamentales! Ayudan a monitorear el crecimiento y desarrollo del bebé. En estas citas, se examina la salud del pequeño y se administran las vacunas recomendadas, esenciales para resguardar al bebé de enfermedades prevenibles por vacunas.

Hay que prestar atención a cualquier señal que sugiera que el bebé no está bien. Algunos síntomas para vigilar son, por ejemplo: fiebre, si la temperatura supera los 38 grados, problemas al respirar, llanto que no para, o falta de ganas de comer. Si observas alguno de estos signos, consulta urgentemente al pediatra o acude a atención médica.

Cuidar a un recién nacido a veces, puede ser algo agotador; si sus cuidadores están extenuados buscar ayuda emocional y social es vital. Contar con familiares y amigos es un consuelo y compartir lo que pasa con otros padres, es de gran valor. Puede ser útil, unirse a grupos de apoyo, porque allí se pueden compartir consejos y experiencias en esta nueva fase de la vida. Hay que recordar que el mejor guía es el pediatra.

Cuidar a un recién nacido es un desafío lleno de alegrías y nuevos aprendizajes. La dedicación y el amor ofrecidos en esta etapa son cruciales, para el crecimiento y bienestar del bebé. Cada día es una oportunidad diferente para explorar y comprender mejor las necesidades del pequeño, creando un entorno seguro y muy amoroso en casa. Disfrutemos cada momento que el tiempo pasa rápido.

Condiciones normales y variantes del recién nacido sano.

El recién nacido es un niño que se encuentra en un período adaptativo y esto produce que ocurran ciertas situaciones particulares en su cuerpo. Todos estos hallazgos son transitorios, adaptativos, benignos y normales; por lo tanto, les llamamos variantes normales del recién nacido. El hallazgo de estas variantes le genera a las familias ansiedades, dudas, preguntas e inseguridades que debemos los pediatras resolver en las citas del primer mes. El objetivo es informarte sobre ellas y resolver sus dudas.

La forma de la cabeza: por las presiones generadas durante la labor y nacimiento la cabeza sufre una serie de deformaciones fisiológicas que producen formas extrañas de la cabeza que le llamamos moldeamiento. Puede ocurrir una hinchazón en la parte posterior llamada caput succedaneum, que debe resolverse en las siguientes 24 horas después del nacimiento y finalmente la cabeza puede tener formas redondas, ovalada y otras dependiendo de cómo se van uniendo los huesos del cráneo.

Edema: los bebés nacen hinchados y esto es visible en el rostro, párpados, manos, pies. El recién nacido de término pierde aproximadamente un 7% de su peso al nacer en los primeros cinco días.

“Manchas rojas en la parte blanca de los ojos”: llamadas hemorragia subconjuntival, son observadas en las escleras y desaparecen en las primeras dos semanas. Se producen por la presión ejercida sobre el rostro del bebé durante la labor de parto vaginal primordialmente.

Eritema tóxico del recién nacido: son pequeños puntos rojos que pueden tener un centro amarillento que recuerda una picada por mosquito. Aparecen desde el primer día, aparecen y desaparecen en distintas partes del cuerpo, no necesitan tratamiento.

Cianosis periférica o acrocianosis: es la coloración azul o violácea que se observa en las manos, pies y alrededor de la boca por la exposición al frío en las primeras semanas.

Milia: pequeños puntos de color blanco que se observan en la nariz, mentón, mejillas que pueden observarse desde las primeras 24 horas de vida. Son glándulas sebáceas que se hipertrofian y lubrican la piel de la cara. Desaparecen sin intervención.

Cutis marmorata o lívido reticularis: aspecto moteado de la piel por la exposición a cambios de temperatura.

Miliaria: son vesículas que aparecen en áreas como el cuello, tronco, espalda, cara por obstrucción de las glándulas sudoríparas por la aplicación de aceites o exceso de ropa.

Hemangioma plano o nevus flammeus: manchas de color rojizo que aparece en la línea media especialmente en la nuca, frente, párpados, nariz, labio superior. Se enrojecen aún más con el llanto o en ambientes calientes. No aumentan de tamaño y pueden observarse durante años. Son las llamadas marcas de la cigüeña o beso del ángel.

Acné neonatal: es un hallazgo de la piel de la cara, especialmente en las mejillas que es común observar en los recién nacidos alimentados con leche materna y es visible cerca del final del primer mes de vida. Se ha relacionado con hormonas femeninas de la madre presentes en la leche materna. Desaparece sin necesidad de intervención.

Descamación fina de la piel: esto se produce por la “deshidratación fisiológica adaptativa” de la primera semana de vida, en la que el bebé puede llegar a perder hasta un 10% de su peso de nacimiento. Es completamente normal. Mejora con la aplicación de cremas humectantes.

¿Se pueden prevenir?

Estos hallazgos de la piel no son prevenibles debido a que son parte de un proceso adaptativo. Estas lesiones de la piel son inofensivas. Algunas pueden acentuarse si su bebé está muy abrigado. Los entornos bien ventilados, la ropa de algodón y el cuidado de la piel pueden mejorar rápidamente el aspecto de la piel en estas situaciones.

¿Cuándo debo consultar al Pediatra?

- Si las erupciones están acompañadas por fiebre o algún síntoma sistémico.
- Si su bebé no quiere comer.
- Si su bebé se encuentra irritable.
- Si las lesiones de la piel aumentan en extensión o tamaño de forma significativa en poco tiempo.
- Si los hallazgos de la piel le pican.
- Las preguntas y dudas que tienen los padres sobre dichas variantes deben ser escuchadas y resueltas por su pediatra bajo la premisa de un concepto eminentemente científico.



Importancia de los estudios de tamizaje neonatal.

En nuestro país, desde hace algunos años, escuchamos con frecuencia que las madres nos refieren que aún no tienen el resultado del estudio de tamizaje neonatal, en la primera cita del recién nacido. El estudio de tamizaje neonatal es una herramienta de diagnóstico temprano que reduce la discapacidad en la infancia, porque nos permite realizar diagnósticos tempranos y ofrecer tratamiento oportuno a cientos de niños. En el pasado, esta prueba sólo era realizada por algunos pediatras en las clínicas privadas.

Desde el 8 de enero del 2007 con el esfuerzo y empuje de un grupo de genetistas y pediatras de esta sociedad, se promulgó la Ley número 4 que crea en nuestro país, el Programa Nacional de Tamizaje Neonatal y se establece la realización de estas pruebas en todos los nacimientos a nivel público y privado en nuestro país. El tamizaje neonatal, no es más que la búsqueda temprana de enfermedades de tipo metabólico, algunas con un componente hereditario y, que no son fácilmente detectadas con el examen físico del bebé, ni siquiera en las primeras semanas de vida. La presentación clínica de estas enfermedades se observa cuando la enfermedad está muy avanzada, los síntomas son inespecíficos y raros, no son patologías frecuentes. Todos estos factores dificultan el diagnóstico. La evolución de las enfermedades metabólicas causa graves consecuencias en un futuro, como por ejemplo una lesión cerebral permanente o discapacidad intelectual.

Desde el punto de vista de la salud pública, los programas de tamizaje neonatal se utilizan para descubrir patologías en recién nacido en apariencia sanos, que tienen una enfermedad grave, y poder diagnosticar esta enfermedad antes que se manifieste y tratarla para evitar sus consecuencias.

¿Qué enfermedades podemos evitar?

En el Programa Nacional establecido por la Ley en mención, podemos diagnosticar desde el primer mes de vida, varias enfermedades como: hipotiroidismo congénito primario, fenilcetonuria, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de glucosa 6 fosfato, hemoglobinopatías y fibrosis quística, cuya estrategia debe estar implementada en todas las unidades ejecutorias de nuestro país, a nivel público y privado. Estas enfermedades metabólicas son las más prevalentes, de acuerdo con las características de nuestra población. Esta prueba en centros privados es conocida como prueba de tamizaje neonatal básica, pero existe la posibilidad de hacer un tamizaje neonatal ampliado en busca de más de 60 enfermedades, algunas muy raras y poco frecuentes en nuestro medio.

Los programas de tamizaje neonatal son dinámicos, evolutivos, es decir que deben irse modificando de acuerdo con los años, con la evolución de la población y con la aparición de nuevas enfermedades. Además, el progreso tecnológico y los descubrimientos científicos han permitido una gran ampliación en los programas de detección sistemática de recién nacidos. En los Estados Unidos, cada año, más de 100,000 recién nacidos tienen resultados anormales en una de estas enfermedades.

¿Todos los hospitales de Panamá están habilitados para realizar esta prueba?

Todos los hospitales y clínicas de salud a nivel público y privado cuentan con los elementos para realizarlo. Es una prueba sencilla que no requiere preparación especial y cuyos resultados se obtienen aproximadamente en 2-3 semanas. Se le solicitará una información básica de sus datos generales, el día que es tomada la muestra.

Esto es necesario para poder ubicar a los pacientes que tengan resultados alterados y requieran estudios de confirmación, en algunas ocasiones, se producen errores o fallos procesando la muestra y se debe repetir la misma.

¿Es necesario repetir la prueba?

Es necesario repetir la prueba de tamizaje neonatal si:

- La muestra de sangre del bebé se tomó antes de las 24 horas de vida del bebé.
- Ocurrió algún problema con el modo en que se tomó la muestra.
- Ocurrió algún accidente con la manipulación del papel filtro o el procesamiento de la muestra en el laboratorio.
- La primera prueba indica una posible afección y hay que realizar una prueba confirmatoria.

El médico del bebé o un representante del programa nacional de tamizaje neonatal se comunicarán con la madre o el padre, para repetir la prueba. Esto sí es muy importante, hay que repetir la prueba lo antes posible, porque el recién nacido está en riesgo hasta no definir la prueba. Como pediatras debemos ser persuasivos y lograr que los padres acudan con prontitud, para realizar el examen de confirmación, en el mismo laboratorio en donde se realizó el primer estudio, para lograr la confiabilidad de los resultados y para mejorar los estándares de control de calidad del laboratorio.

¿Qué deben hacer los padres con los resultados?

Una vez que les entreguen los resultados a los padres o ellos descargan los resultados en plataformas disponibles en línea, ellos deben ser conscientes de la importancia de la interpretación de estos, por parte de nosotros los pediatras. Es el médico, el profesional de la salud facultado, para ofrecerte la información de una manera sencilla. En caso de que existan alteraciones en los resultados de estas pruebas, nosotros los pediatras, debemos orientar a los padres, sobre las posibles consecuencias, la evolución clínica con el tratamiento adecuado de la enfermedad y referir al bebé hacia una evaluación especializada con endocrinología pediátrica, genética, hematología pediátrica, si es el caso. Si se le indica que debe acudir con el endocrinólogo, apoye en los trámites y el tratamiento lo antes posible, ya que el tiempo es vital en estos casos. Solicite la orientación que necesite respecto a la urgencia con la que debe acudir y el sitio en donde debe ir. Existe el recurso a nivel institucional y a nivel privado en los diferentes centros médicos del país.

¿Existen otros estudios de tamizaje para el recién nacido que deben realizarse?

¡Por supuesto! que los hay, una de estas pruebas es el tamizaje neonatal auditivo. Esta prueba nos permite realizar la detección de hipoacusias desde el mismo primer mes de vida, para realizar intervenciones terapéuticas oportunas en los recién nacidos. El propósito del diagnóstico temprano es reducir el impacto de estas, evitando los trastornos en el neurodesarrollo y así los del aprendizaje en el futuro

Tenemos también la oportunidad de realizar en nuestros centros hospitalarios, la tecnología para realizar el tamizaje neonatal cardíaco, que consiste en la determinación de la saturación de oxígeno en el brazo derecho del bebé (pre-ductal) y compararlo con la saturación de oxígeno de otra extremidad (post-ductal), si la saturación de oxígeno es superior a 95% en las extremidades o si la diferencia de la izquierda de saturación es menor de 5% entre ambas, se considera que el bebé no tiene ningún tipo de cortocircuito a nivel cardiovascular. La prueba nos permite descartar la presencia de alguna cardiopatía congénita cianógena, que no haya sido diagnosticada en el control prenatal con los ultrasonidos obstétricos de última generación. Actualmente el tamizaje cardíaco se realiza en casi todos los hospitales públicos y privados de nuestro país.

A los recién nacidos pretérmino, menores de 32 semanas se les realiza de rutina en las unidades neonatales de tercer nivel, “un tamizaje” de la retina para detectar de forma oportuna algún nivel de inflamación y neo proliferación de vasos en la retina que llamamos retinopatía del prematuro. Esta enfermedad es una de las primeras tres patologías que con mayor frecuencia produce ceguera en la infancia.

Conclusión:

El Programa Nacional de Tamizaje Neonatal constituye el instrumento de reconocimiento temprano de diversas patologías que producen enfermedad, discapacidad y muerte en nuestra población pediátrica. Posiblemente, es la herramienta de prevención más importante en pediatría después de las vacunas.



El baño del recién nacido.

La higiene del recién nacido es su primera barrera contra las infecciones. En el útero, la piel del bebé está protegida por el vernix caseoso, un recubrimiento blanco, blando y cremoso que funciona como lubricante y humectante para la piel; este recubrimiento ayuda a mantener la temperatura de la piel y a protegerla de irritaciones. No es necesario retirarlo de inmediato y puede permanecer horas o días tras el nacimiento, lo que facilita la transición a la vida fuera del útero.

El baño inicial puede realizarse entre 12 y 24 horas después del nacimiento, siempre que la temperatura corporal sea estable, el bebé respire con normalidad y ya haya sido alimentado. Si el bebé ha estado en contacto piel con piel con la madre o el padre, este puede ser un buen momento para bañarlo, ya sea en casa o en el hospital, manteniendo la seguridad y la supervisión necesaria. No urge limpiar el vernix caseoso antes de que se retire naturalmente.

La presencia del cordón umbilical no impide el baño. Si se moja, se seca con cuidado. Aunque bañar puede parecer simple, conviene planificar el baño con calma para que el bebé esté cómodo y bien sujeto. Es útil recordar algunas pautas simples: el bebé suele ensuciarse principalmente para defecar, orinar y alimentarse; el agua reseca la piel y la piel seca puede picar; no es necesario bañar al bebé todos los días; no hay evidencia de que bañar por la noche ayude a dormir mejor.

En los primeros meses, un baño de cuerpo entero dos veces por semana es suficiente; aproveche para hacerle un suave masaje en el cuero cabelludo y limpiar la fontanela, esa zona blanda en la parte superior del cráneo que recibe un cuidado suave durante el baño. Con agua tibia, sostenga al bebé con una mano en la nuca y la otra en el tronco para evitar movimientos bruscos, y use una toalla suave para secar cuidadosamente cada pliegue.

A partir del momento en que el bebé empieza a moverse con mayor independencia, como gatear, caminar o correr, un baño de cuerpo entero puede hacerse de forma diaria si es necesario, pero no es obligatorio antes. Use jabones neutros y un champú suave para el cuero cabelludo que no irrite los ojos, y preferiblemente agua templada para el confort del bebé y de la familia. Diviértase durante el baño y conviértalo en un momento de vínculo, calma y cuidado compartido.

Si tienes dudas específicas sobre el cuidado del área genital o alguna condición particular de tu bebé, consulta siempre con tu pediatra para adaptar estas pautas a la orientación pertinente.



¿Cómo debe dormir el recién nacido? Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante.

Como pediatras debemos orientar y educar a los padres de nuestros pequeños pacientes, con el fin de optimizar sus cuidados y promover su salud integral. Debemos romper con los mitos y costumbres transmitidos por generaciones. Uno de estos es la posición que debe adoptar el lactante al dormir.

Tradicionalmente se ha pensado que el bebé debe dormir boca abajo (decúbito prono) o de lado (decúbito lateral), sin embargo, la evidencia científica, avalada por las más renombradas organizaciones internacionales relacionadas a la salud del menor: Organización Mundial de la Salud, Academia Americana de Pediatría y diversas asociaciones Europeas de Pediatría, recomiendan la posición boca arriba (decúbito supino), como la posición más segura para que el lactante duerme. Muchas personas relacionan la posición boca arriba, con mayor riesgo de ahogo por vómitos o asfixia en el bebé. Por el contrario, se sabe que la anatomía de las vías respiratorias del lactante (la tráquea posicionada encima del esófago) y los mecanismos de protección (reflejo nauseoso), protegen contra la aspiración, incluso en bebés con reflujo gastroesofágico. La posición de lado es considerada inestable, ya que el bebé puede rodar fácilmente sobre su abdomen y quedar boca abajo.

Existe una condición llamada Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), relacionada con la posición al dormir boca abajo. Cada año en los Estados Unidos, aproximadamente 3,500 bebés mueren por muertes infantiles relacionadas con el sueño, incluyendo el SMSL. Esta entidad se define, de acuerdo con la Academia Americana de Pediatría, como la muerte repentina e inesperada de un lactante menor de un año, sin una causa aparente, luego de una evaluación exhaustiva, incluyendo detalles de historia clínica y autopsia. Desde los años 90 se lanzó una campaña mundial (Boca arriba para dormir), con lo cual las tasas de SMSL han caído más de un 50%.

La Academia Americana de Pediatría recomienda un entorno de sueño seguro para reducir el riesgo de todas las muertes relacionadas con el sueño. Estas incluyen:

1. Posición boca arriba para dormir (decúbito supino)
2. Superficie firme para dormir (colchón)
3. Evitar ropa de cama blanda, almohadas, juguetes tipo almohada, ropa de cama suelta)
4. Se puede compartir la habitación (colecto), sin compartir la misma cama en que duermen los padres.
5. Lactancia materna
6. Evitar sobrecalentamiento (utilizar exceso de abrigo en el bebé)
7. Habitación bien ventilada
8. Evitar exposición al humo de cigarrillo
9. Evitar consumo de alcohol, marihuana, opioides y drogas ilícitas en los padres
10. Mantener esquemas de vacunas al día
11. No se recomiendan los dispositivos para sentarse, como sillas de retención infantil, cochecitos, columpios portátiles para el sueño rutinario en casa
12. Los consensos internacionales apoyan el uso del chupete, solo al inicio del sueño (una vez establecida la lactancia) y siempre y cuando el lactante lo acepte. No debe estar sujeto a correa. No se debe reinsertar, una vez que el bebé esté dormido.

La mayoría de estas recomendaciones, son medidas preventivas, hábitos que debemos poner en práctica a diario y que benefician a nuestro más preciado tesoro: nuestros hijos...nuestros pacientes.

Importancia de la estimulación temprana, contacto piel a piel y masajes.

Los primeros años de vida son fundamentales para el desarrollo integral de los niños. La estimulación temprana, el contacto piel con piel y el masaje infantil son herramientas sencillas y poderosas que favorecen este desarrollo desde los primeros días de vida.

La estimulación temprana consiste en ofrecer al niño experiencias adecuadas para su edad que favorezcan su exploración, movimiento, comunicación y relación con su entorno. No se trata de forzar aprendizajes ni de adelantar etapas, sino de acompañar su desarrollo natural a través del juego, el afecto y la interacción diaria.

Hablarle, cantarle, mirar a su hijo a los ojos, permitirle moverse libremente y responder a sus gestos y sonidos fortalecen el desarrollo cerebral y promueven habilidades motoras, cognitivas y emocionales.

El contacto piel con piel es una de las primeras y más importantes formas de estimulación. Colocar al bebé, con solo un pañal, sobre el pecho desnudo de la madre o del padre le brinda seguridad y bienestar.

Esta práctica ayuda a regular la temperatura corporal, la respiración y la frecuencia cardíaca del recién nacido, además de favorecer la lactancia materna. A nivel emocional, fortalece el vínculo afectivo y reduce el estrés tanto del bebé como de los cuidadores, creando una base sólida para un apego seguro.

El masaje infantil complementa de forma ideal la estimulación temprana y el contacto piel con piel. A través del contacto amoroso y respetuoso, el masaje estimula el sistema nervioso, mejora la circulación, favorece la digestión y contribuye a un mejor descanso. Además, ayuda al bebé a integrar respuestas de su cuerpo, fortaleciendo su desarrollo sensorial y motor. El masaje no solo tiene beneficios físicos, sino también emocionales, ya que transmite calma, seguridad y afecto. Para los padres y cuidadores, el masaje infantil es una oportunidad única de conexión. Realizado en un ambiente tranquilo, con movimientos suaves y respetando el ritmo del niño, el masaje se convierte en un momento de comunicación profunda, en el que el bebé se siente escuchado y amado.

La combinación de estimulación temprana, contacto piel con piel y masaje infantil favorece el desarrollo integral del niño. Los bebés que crecen en un entorno afectuoso y estimulante suelen mostrar mayor seguridad emocional, mejor capacidad de comunicación y una relación más positiva con su entorno. Además, estas prácticas ayudan a detectar tempranamente posibles dificultades en el desarrollo y permiten una intervención oportuna. Es importante recordar que los padres y cuidadores son los principales estimuladores de sus hijos.

Consulta con el pediatra si hay condiciones médicas que limiten estas prácticas. Evita masajes si hay fiebre, enfermedades contagiosas, erupciones o zonas lesionadas; no masajear cerca de la zona umbilical si hay complicaciones. Realiza el masaje en un ambiente cómodo, limpio y seguro, con las manos limpias y uñas cortas. Usa una crema solo si es necesaria; evita productos irritantes. Observa signos de cansancio o irritabilidad y detén la sesión si el bebé llora en exceso o se pone inquieto.

Cada caricia, palabra y mirada contribuye al bienestar presente y futuro del niño.

Importancia del apego: la hora dorada.

La hora dorada representa el rol fundamental del contacto piel con piel en la salud y el desarrollo neonatal. El nacimiento de un bebé es un momento único y profundamente significativo para toda la familia. Cuando un bebé nace antes de tiempo, especialmente si es prematuro o prematuro extremo, este momento suele vivirse con miedo, incertidumbre y muchas preguntas. Sin embargo, incluso en este contexto delicado, el amor, el contacto y la presencia de los padres juegan un papel fundamental en la salud y el desarrollo del recién nacido.

“La hora dorada: el primer contacto que salva vidas”

La hora dorada se refiere a la primera hora de vida del bebé después del nacimiento. Durante este tiempo, siempre que la condición clínica lo permita, se recomienda el contacto piel con piel entre el bebé y su madre o padre. Este contacto temprano no es solo un gesto emocional, sino una práctica respaldada por evidencia científica. Ayuda al recién nacido a regular su temperatura corporal, su respiración y su ritmo cardíaco, disminuye el estrés y favorece una mejor adaptación a la vida fuera del útero.

En los bebés prematuros, la hora dorada adquiere aún mayor importancia. Aunque algunos requieren atención médica inmediata, cuando es posible, el contacto piel con piel temprano ha demostrado mejorar la estabilidad clínica y aumentar las probabilidades de supervivencia, incluso en recién nacidos de muy bajo peso. Además, este contacto favorece el inicio de la lactancia materna y fortalece el vínculo afectivo desde los primeros momentos de vida.

El método canguro: prolongando el apego y sus beneficios

El método canguro es la continuación natural del apego iniciado en la hora dorada. Consiste en colocar al bebé, generalmente solo con pañal, en contacto piel con piel sobre el pecho del cuidador durante periodos prolongados y repetidos. Este método puede realizarse tanto en el hospital como en el hogar, siempre siguiendo las indicaciones del equipo de salud.

Los beneficios del método canguro están ampliamente documentados. Se ha demostrado que reduce el riesgo de infecciones graves, mejora la oxigenación, favorece una ganancia de peso más adecuada y contribuye al desarrollo neurológico del bebé prematuro. Asimismo, los bebés que reciben este tipo de cuidado suelen llorar menos, dormir mejor y presentar mayor estabilidad emocional.

El impacto en los padres y el vínculo afectivo

Desde el punto de vista de los padres, el método canguro permite participar activamente en el cuidado de su hijo. La hospitalización prolongada puede generar sentimientos de distancia o impotencia; el contacto piel con piel devuelve a los padres un rol central, fortalece la confianza y refuerza el vínculo afectivo, incluso en entornos de cuidados intensivos.

Apego seguro: base del desarrollo emocional sano

Es importante aclarar que responder a las necesidades de contacto del recién nacido no lo “malacostumbra”. Por el contrario, el apego seguro es la base de un desarrollo emocional sano. Los bebés que se sienten protegidos y contenidos desarrollan una mejor autorregulación emocional y relaciones más saludables a lo largo de su vida.

En conclusión, la hora dorada y el método canguro no son solo prácticas recomendadas, sino verdaderas intervenciones terapéuticas basadas en evidencia científica. Su implementación en el recién nacido prematuro mejora la supervivencia, el desarrollo integral, el bienestar emocional del bebé y su familia.

Método Canguro en el recién nacido a término y en el prematuro.

El método canguro es una forma de cuidado en la que el bebé permanece en contacto piel con piel con un cuidador, habitualmente colocado desnudo o con mínima ropa sobre el pecho, envuelto en una manta ligera. Surgió como una extensión natural de la hora dorada y puede aplicarse tanto a recién nacidos a término como a prematuros. En los bebés prematuros, sus beneficios suelen ser especialmente prominentes, pero también aporta ventajas para los recién nacidos a término.

¿Qué es y cómo se realiza? Durante periodos prolongados y repetidos, el bebé se coloca en contacto piel con piel sobre el pecho del cuidador, con pañal y, si es posible, con mínima ropa para facilitar el contacto directo. El cuidador debe sentirse cómodo y en una posición que permita sostener la espalda, la cabeza y el cuello del bebé. En el hospital, esta práctica se realiza bajo supervisión médica; en casa, debe adaptarse a pautas de seguridad y a la recomendación del equipo de salud. Se busca mantener un contacto continuo que permita leer las señales del bebé, responder a sus necesidades y favorecer un vínculo afectivo profundo entre la familia y el bebé.

Beneficios para recién nacidos a término: para los bebés a término, el método canguro favorece la regulación de la temperatura y la respiración, facilita la lactancia y promueve un vínculo afectivo profundo. Este contacto cercano ayuda a calmar al bebé, reduce el llanto y favorece un sueño más tranquilo, lo que a su vez aporta seguridad y estabilidad para la familia. Los padres y cuidadores, al participar activamente en el cuidado, ganan confianza, fortalecen la relación con su hijo y se sienten más capaces de interpretar sus señales, gestos y necesidades. El método canguro, cuando se practica de forma adecuada, se convierte en una experiencia de cercanía que acompaña al bebé desde el inicio de la vida y sienta las bases de un apego seguro.

Beneficios para recién nacidos prematuros: el impacto del método canguro es aún más significativo. El contacto piel con piel ayuda a estabilizar funciones vitales, mejora la oxigenación y favorece una ganancia de peso adecuada, lo que puede influir en la duración de la estancia hospitalaria y en la transición a casa. Además, se ha asociado a una reducción del estrés fisiológico y un mejor desarrollo neurológico, así como una mayor estabilidad emocional del bebé. Los padres que participan en estas sesiones reportan sentirse más conectados con su hijo y más tranquilos ante la incertidumbre del cuidado en las primeras semanas, lo que también contribuye a un entorno más sereno para la familia.

El método canguro ofrece a la familia una oportunidad de participar activamente en la atención del bebé, incluso cuando este permanece hospitalizado. Este vínculo cercano refuerza la confianza, el sentido de control y la relación afectiva, aspectos que perduran más allá del periodo neonatal y fortalecen la dinámica familiar. Leer las señales del bebé, responder a sus necesidades y acompañar sus periodos de descanso son habilidades que se desarrollan con la práctica y la experiencia compartida, promoviendo un apego seguro y una interacción temprana positiva con el mundo que lo rodea.

Se recomienda iniciar: cuando el bebé esté estable, la evolución clínica lo permita, manteniendo al bebé en contacto piel con piel y usando una manta para conservar el calor. Es fundamental evitar movimientos bruscos y buscar una postura cómoda para el cuidador, de modo que la espalda y el cuello soporten bien al bebé y se reduzca la fatiga. Se deben observar signos de cansancio o incomodidad y ajustar la sesión en consecuencia, deteniendo la práctica si el bebé llora en exceso o muestra irritabilidad. En prematuros, es clave seguir las indicaciones del equipo de salud con respecto a la duración y la frecuencia de las sesiones, y adaptar el cuidado a las necesidades individuales del bebé y del entorno, ya sea hospitalario o domiciliario.

El método canguro es una práctica simple y poderosa que beneficia tanto al bebé como a la familia. Al promover el contacto piel con piel, favorece la estabilidad, el crecimiento y el vínculo afectivo, fortaleciendo la base para una vida saludable y segura, tanto en recién nacidos a término como en prematuros.

Colecho seguro.

Querer dormir cerca de nuestros bebés es un deseo real, profundo, a veces una necesidad y más después de haber esperado varios meses. Se ha demostrado que facilita la lactancia, trae calma al binomio mamá-bebé y, muchas veces, hace más llevaderas las noches que parecen ser interminables. A la vez, es importante recordar que no todas las formas de dormir con el bebé tienen el mismo nivel de seguridad.

Por definición, colecho es dormir con el bebé a una distancia en que lo podamos alcanzar durante la noche. Puede ser compartir la misma superficie o dormir en la misma habitación con el bebé en su propia cuna o moisés. Existe también el colecho adosado, cuando la cuna o moisés se acopla firmemente a la cama de los cuidadores, sin huecos. Cuando hablamos de colecho seguro, nos referimos a aplicar medidas estrictas de reducción de riesgos para el sueño del bebé, priorizando que descanse boca arriba, en una superficie firme, plana y despejada. La forma más segura, según la evidencia, es dormir en la misma habitación sin compartir la misma cama, especialmente durante los primeros meses de vida.

La Academia Americana de Pediatría (AAP), en su guía actualizada en 2022, recomienda que el bebé duerma en su propia superficie segura, firme y plana en la misma habitación de sus cuidadores al menos durante los primeros 6 meses e idealmente hasta el año. Siempre debe colocarse al bebé boca arriba para dormir, con la cabeza descubierta, sin almohadas, cobertor o protectores acolchados, posicionadores o nido. No se debe usar mantas o sacos con peso añadido. Mantener el ambiente libre de humo es mandatorio antes y después del nacimiento, hay que evitar también el sobrecalentamiento y debemos vacunar según esquema de vacunación estipulado ya que esto reduce riesgos. La lactancia materna es protectora, y ofrecer un chupete al dormir, una vez establecida la lactancia, también puede ayudar; no es necesario insistir si el bebé lo rechaza y nunca debe sujetarse con cordones al cuello o la ropa.

Los dispositivos comerciales o monitores caseros que se promocionan para prevenir la muerte súbita no sustituyen estas medidas y no han demostrado mayor eficacia. Es importante hablar de los pros y los contras del colecho. Entre los beneficios, el colecho cercano facilita las tomas nocturnas, favorece la lactancia a demanda y muchas madres prefieren descansar mejor al responder rápidamente a su bebé. La proximidad puede fortalecer el vínculo mamá-bebé y mejora la percepción de seguridad. Entre los riesgos, compartir la misma cama aumenta la probabilidad de asfixia accidental, atrapamiento o caídas, sobre todo en menores de 4 meses, bebés prematuros o con bajo peso, y en contextos de consumo de alcohol, drogas o sedantes, o de cansancio extremo de la madre. Los sofás y los sillones son escenarios particularmente peligrosos y deben evitarse por completo. También incrementan el riesgo los colchones muy blandos, la ropa de cama voluminosa, las almohadas cerca del bebé, dormir con más de un adulto, con otros niños o con mascotas.

Si una familia decide compartir cama, es esencial aplicar la reducción de los riesgos. La superficie debe ser firme y plana, la sábana debe estar bien ajustada, sin cobertores voluminosos, almohadas sueltas, peluches ni cordones. No debe haber huecos con la pared o el cabecero. El bebé siempre debe dormir boca arriba, con la cabeza descubierta, vestido con ropa ligera o en un saco de dormir adecuado a la temperatura, mejor que con mantas sueltas. Es preferible que el bebé se ubique junto a la madre lactante y no entre dos adultos; el cabello largo debe recogerse y deben retirarse joyas o prendas con tiras. Una cuna o moisés adosado y firmemente anclado a la cama ofrece cercanía con menor riesgo que compartir la misma superficie.

Si se usan mosquiteros, deben estar tensos y lejos de la cara del bebé. Si se decide envolver al bebé, hágalo con las caderas libres, siempre boca arriba, y suspenda el envuelto cuando intenta voltearse.

No existe una única forma de organizar las noches, pero sí hay maneras más seguras. La opción más protectora y segura es que el bebé duerma boca arriba, en su propia cuna o moisés, firme y despejado, en la misma habitación de sus cuidadores durante los primeros meses. Si su familia decide compartir cama, aplique con rigor todas las medidas de reducción de riesgos y evítalo en situaciones de alto peligro. Su cercanía, su respuesta sensible y un entorno seguro son la mejor base para un descanso tranquilo y saludable.

Uso del fular, portabebés, coches y otros.

El término “fular” en el contexto neonatal se utiliza para referirse a un portabebés de tela que facilita el contacto piel con piel y sirve como apoyo para el cuidado madre-canguro.

Beneficios: El uso de fulares y portabebés favorece el contacto piel con piel, lo que se asocia con una mejor regulación térmica, mayor estabilidad fisiológica y fortalecimiento del vínculo madre-hijo. En neonatos prematuros, puede reducir el riesgo de hipotermia y favorecer la regulación de la temperatura corporal central. Se ha asociado con efectos biológicos y conductuales positivos, como mayor proximidad, mejor respuesta materna, apego seguro y confort tanto para el lactante como para la madre.

Contraindicaciones y riesgos: El uso inadecuado del fular puede aumentar el riesgo de hipertermia, especialmente si se abriga en exceso al lactante o se cubre la cabeza, lo que se asocia con un mayor riesgo de muerte súbita del lactante. Se debe evitar el sobrecalentamiento y la cobertura de la cabeza.

El fular debe permitir una posición segura. La vía aérea debe estar libre; el bebé debe estar en posición adecuada para respirar y la tela no debe comprimir el tórax ni restringir la respiración. El uso incorrecto puede causar asfixia posicional. En el caso de envolver al lactante con tela, existe el riesgo de displasia de cadera si se restringe la movilidad natural de caderas y rodillas.

Las poblaciones que más se benefician del uso del fular son principalmente: las madres de recién nacidos prematuros o de bajo peso, que presentan mayor inseguridad en el vínculo madre-hijo, favoreciendo la interacción y la regulación emocional del binomio. Madres con trastornos por uso de sustancias opioides, el uso del fular se ha vinculado con una reducción significativa en los impulsos de recaída durante el periodo posparto; el contacto cercano y la rutina del uso del fular parecen tener un efecto protector en este grupo.

En padres y cuidadores de recién nacidos con síndrome de abstinencia neonatal, el uso del fular facilita la regulación autonómica entre el adulto y el lactante, lo que puede contribuir a la estabilización de parámetros fisiológicos y al manejo del estrés en estos binomios vulnerables. En madres de recién nacidos sanos a término, el uso del fular durante el primer mes de vida se asocia con mayor duración de la lactancia materna exclusiva. El fular facilita el acceso al pecho y la proximidad física, lo que favorece la frecuencia y el éxito de la lactancia materna.

El uso prolongado del fular puede asociarse con varios efectos adversos, entre ellos: hipertermia en el lactante, especialmente en ambientes calurosos o con exceso de abrigo; displasia de cadera, ya que el uso prolongado de envolturas que





mantienen las piernas del lactante en extensión y aducción aumenta el riesgo de displasia del desarrollo de la cadera; infecciones respiratorias asociadas al uso prolongado y ajustado del fular, probablemente por la restricción del movimiento torácico y la limitación de la expansión pulmonar; asfixia posicional, especialmente si la cabeza del lactante queda flexionada hacia el pecho o cubierta por tela; riesgo de muerte súbita: el uso del fular cuando el lactante empieza a girar incrementa el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante; retraso en la ganancia de peso: el uso inmediato y prolongado de fular tras el nacimiento puede, en ciertas condiciones, retrasar la ganancia de peso posnatal, aunque no parece afectar la lactancia materna.

Sistemas de retención infantil (sillas de auto)

Las colisiones de vehículos de motor representan el 30% de todos los fallecimientos relacionados con lesiones en menores de 20 años globalmente. Desde el 2018, estos accidentes han causado 1,35 millones de muertes en el mundo, y constituyen la primera causa de mortalidad en niños con edades comprendidas entre los 5 y 14 años.

América Latina y el Caribe no escapan de esta realidad. En estas regiones la tasa de mortalidad en niños entre 5 a 14 años por accidentes de tránsito es casi el doble que el promedio mundial.

El uso de las sillas de auto constituye un instrumento clave para disminuir estas lesiones cuando son utilizados para transportar recién nacidos y niños en los vehículos.

Los estudios demuestran que se previenen hasta un 90% de las lesiones infantiles graves, así como hasta un 75% de la pérdida de vidas en menores.

En Panamá, actualmente el artículo 127 del Reglamento de Tránsito Vehicular contempla que los menores de 5 años no podrán viajar en el asiento delantero del vehículo, excepto en vehículos de una sola cabina, y en el caso de menores de 2 años que viajen solos en el asiento trasero, deben hacerlo utilizando una silla que garantice su seguridad y permita su fijación a la misma.

Para las sillas de auto, el uso es obligatorio según la edad, peso y altura del niño, instalándose correctamente con el cinturón de seguridad o sistemas ISOFIX/LATCH del vehículo.

Siga las instrucciones del fabricante para fijar la silla al coche usando el cinturón de seguridad o los anclajes ISOFIX/LATCH del vehículo.

Asegúrese que el arnés esté bien ajustado, a la altura correcta de los hombros del niño, y que abroche correctamente.

Nunca dejes a un niño sólo en el auto, ni siquiera en la silla, y úsala sólo para viajar, no para dormir o comer fuera del vehículo.

Crecimiento mamario temprano en niñas en los primeros meses de vida.

El crecimiento mamario en las niñas durante los primeros meses de vida es un proceso normal y benigno; no debe interpretarse como pubertad. En algunas niñas, al nacer, puede verse un pequeño bulto o masa mamaria, flujo vaginal blanquecino o transparente e incluso sangrado vaginal. “Estas manifestaciones son parte de un proceso fisiológico temporal en donde las hormonas maternas que recibía el bebé a través de la placenta disminuyen tras el nacimiento”.

La activación a nivel del cerebro del eje Hipotálamo-Hipófisis-Gonadal (HHG) con estimulación de las hormonas sexuales ocurre en fases a lo largo de la vida.

La primera fase se inicia ya en la vida fetal y, hacia el final del embarazo cambia por la influencia de las hormonas maternas.

La segunda fase, llamada “minipubertad”, sucede en los primeros 6 meses en etapa de lactante, cuando las hormonas placentarias se reducen y el eje hormonal HHG a nivel del cerebro realiza una pequeña activación que puede verse como un ligero aumento de tejido mamario.

La tercera fase es la pubertad, que llega más adelante en la adolescencia y representa una activación mayor y sostenida.

El estrógeno presente en el entorno prenatal estimula los tejidos en el feto, y al nacer, la mayor parte de los bebés a término conserva algo de tejido mamario. Aun así, la diferencia de sexo en el tamaño de la glándula mamaria al nacer es mínima. Más adelante, durante la infancia, el tamaño de la glándula mamaria tiende a ser mayor en las niñas que en los niños, lo cual refleja los efectos biológicos de los estrógenos en las niñas. El crecimiento mamario en los primeros meses también está relacionado con una reducción rápida del tamaño uterino tras el nacimiento, que disminuye en los primeros meses de vida.

A nivel cerebral el eje HHG está activo en el feto desde la mitad de la gestación, pero se silencia hacia el término del embarazo debido a la retroalimentación de las hormonas placentarias. Después del nacimiento, puede haber una activación posnatal del eje HHG: conocido como minipubertad. Y se debe a que los niveles de las hormonas placentarias se eliminan de la circulación del recién nacido en los primeros días pero a partir de la primera semana de vida, los niveles de las hormonas conocidas como GONADOTROPINAS que son las LH (hormona luteinizante o madurante) y FSH (hormona estimulante de folículos ováricos) son liberadas por la hipófisis o pituitaria y viajan por la sangre hacia los ovarios de las niñas estimulando la producción de estrógenos que a su vez estimula el desarrollo de tejido mamario. En los niños, los niveles de LH y FSH disminuyen entre los 6 y 9 meses, mientras que en las niñas la FSH puede permanecer elevada durante más tiempo, hasta los 3 o 4 años. Por lo que en algunas este tejido mamario puede palparse hasta esa edad.

La activación ovárica posnatal implica que los niveles de estradiol son altos en la sangre al nacer, disminuyen en los primeros días y luego vuelven a subir en las niñas durante los meses siguientes, contribuyendo a un desarrollo folicular que se observa sobre todo durante el primer año. A diferencia de la testosterona en los niños, que presenta un pico entre 1 y 3 meses y luego desciende, los niveles de estradiol en las niñas fluctúan; pueden verse picos o variaciones que son parte del proceso normal. Los niveles de estradiol tienden a disminuir durante el segundo año de vida, pero pueden permanecer relativamente altos en algunas niñas durante los años prepuberales. Esto, en general, forma parte de un desarrollo benigno y transitorio.

¿Qué se observa a consecuencia de estos cambios hormonales que se presentan en los primeros meses de vida? En la activación gonadal, los niveles de testosterona aumentan en los niños y pueden provocar un crecimiento genital, pero no suele alarmar a los padres. En las niñas, la producción de gonadotropinas y estrógeno aumenta después de aproximadamente una semana, y es normal que el tejido mamario se palpe con mayor o menor consistencia a lo largo de los meses, las hormonas disminuyen gradualmente entre los 2–4 años de vida. Y después el eje HHG permanece en reposo hasta el inicio de la pubertad.

En el periodo prepuberal, alrededor de dos años antes de la aparición de la pubertad, el eje HHG se reactiva y se incrementa la secreción pulsátil de GnRH (hormona estimulante de Gonadotropinas), con un aumento de LH y FSH, lo que prepara el cuerpo para la pubertad.

En resumen, el crecimiento mamario que se presenta en los primeros meses de vida en algunas niñas se considera parte

de una “minipubertad”: una elevación temporal de las hormonas de la hipófisis, que estimulan los folículos ováricos y producen estrógeno, responsable del crecimiento mamario. Es importante enfatizar que este tejido mamario no es una masa peligrosa; generalmente es normal y disminuye entre los 2 y 4 años.

Por lo que es importante NO manipular o apretar porque es realmente tejido mamario. Si aparecen dudas, dolor persistente, enrojecimiento, notan un crecimiento mamario muy importante, hay secreciones inusuales o signos que preocupen, consultar con el pediatra para una revisión suave y orientada a la edad de la niña. Este enfoque amable y claro ayuda a entender que lo que ocurre en los primeros meses no es signo de problemas graves, sino una etapa natural del crecimiento.

Por ser un tema muy de mucho interés para los padres se ha tratado de exponer en la forma más sencilla, pero por lo complejo de los conceptos fisiológicos y hormonales, les aconsejamos que, ante alguna duda, su pediatra de cabecera le tendrá la respuesta para resolver sus dudas.



¿Se debe reducir el prepucio en todos los bebés?

¿Se debe reducir el prepucio en todos los bebés? No. El prepucio es la piel que recubre el glande del pene y, en muchos recién nacidos, puede estar adherido a él; esto forma parte del desarrollo normal y suele resolverse sin intervención. La circuncisión no se recomienda de forma rutinaria en niños sanos; se debe considerar solo si existe una condición médica clara que lo justifique.

La higiene del área genital debe ser suave y respetuosa. En los primeros meses, al limpiar al bebé, no se debe retraer el prepucio; se lava solo la parte externa con agua tibia y, si se usa, un jabón neutro suave, evitando frotar con fuerza. Después del baño, se seca con una toalla limpia sin irritar la piel. Si el prepucio se desenvuelve de manera natural con el tiempo, puede observarse una apertura gradual; es normal que la piel esté más o menos adherida al glande durante varios meses o años. Si notas secreciones blancas bajo el prepucio, esto puede corresponder al esmegma, una sustancia normal que se elimina con el baño suave y sin forzar la piel.

Intentar retraer el prepucio de forma forzada puede provocar dolor, irritación, sangrado y cicatrices que dificulten su retracción futura, incluso aumentar el riesgo de fimosis patológica. Por ello, es preferible dejar que el prepucio se vaya separando de forma natural, bajo supervisión médica si surgen dudas o cambios inusuales.

¿Cuándo se recomienda la circuncisión? La circuncisión es una cirugía en la que se retira el prepucio y se deja expuesto el glande. No se recomienda rutinariamente para niños sanos; se contempla sólo en situaciones médicas específicas, como infecciones urinarias recurrentes, dolor intenso, balanitis o dificultad constante para orinar, o cuando el prepucio rígido o cicatrizado interfiere con la micción. También pueden influir motivos religiosos o culturales, o preferencias familiares, pero estas decisiones deben discutirse con el pediatra y, si corresponde, con un equipo de salud que asesore sobre riesgos y beneficios. Durante el periodo neonatal, la circuncisión puede realizarse si así lo decide la familia y el equipo médico, pero la recuperación suele ser más rápida cuando se realiza más adelante. Si se plantean opciones no médicas por motivos culturales o personales, es importante informarse bien sobre cuidados postoperatorios y posibles complicaciones.

Se recomienda mantener un diálogo abierto con el pediatra para valorar cada caso individual. En el cuidado diario de un bebé no circuncidado, es fundamental vigilar signos de inflamación, enrojecimiento, secreciones dolorosas, fiebre o cualquier molestia persistente que requiere consulta médica. En caso de dudas sobre la normalidad de determinadas señales, es mejor consultar y no asumir que todo forma parte de un proceso natural.

En resumen, la reducción forzada del prepucio no debe realizarse en bebés y niños que no presenten indicación médica clara. El desarrollo del prepucio sigue un ritmo propio y, en la mayoría de los casos, se completa con el tiempo sin necesidad de intervención. Mantener la higiene adecuada, observar con atención y acudir al pediatra ante cualquier señal de alarma permitirá acompañar de forma segura este proceso natural, respetando el ritmo de cada niño y evitando experiencias que puedan generar miedo o malestar futuro.

Cuidados poscircuncisión.

La circuncisión es una cirugía en la que se retira el prepucio, tejido que cubre el pene, dejando expuesta la punta redondeada del pene, conocida como el glande. Es una de las cirugías más realizadas en recién nacidos y niños alrededor del mundo. Existen estudios que señalan beneficios en la salud de algunos niños circuncidados, especialmente en la reducción de ciertas infecciones; sin embargo, estas indicaciones deben evaluarse de forma individual y con el consejo del pediatra.

Las indicaciones médicas habituales incluyen infecciones urinarias recurrentes, infecciones del glande o del prepucio que no respondan a tratamiento tópico y fimosis sintomática. Por otro lado, hay condiciones en las que no se recomienda realizar circuncisión, como en bebés prematuros, niños muy enfermos, con infecciones graves, bajo peso extremo, trastornos de coagulación, anomalías urinarias como hipospadias o epispadias, o alteraciones relevantes de la curvatura del pene. Aunque algunas guías mencionan beneficios de la circuncisión, no se recomienda de forma rutinaria en niños sanos; la decisión debe basarse en circunstancias médicas, culturales o personales, y discutirse con el pediatra.

Antes de la cirugía, es crucial que los padres reciban información clara sobre los motivos e indicaciones, el procedimiento, la preparación previa y los cuidados posteriores. Esto facilita tomar decisiones informadas sobre beneficios y riesgos.

Cuidados poscircuncisión: el objetivo es favorecer una cicatrización adecuada y minimizar el malestar, manteniendo el área limpia y seca. Si hay un vendaje, por lo general el cirujano indicará no retirarlo antes de 24–48 horas; pasado ese tiempo, se retira con cuidado y se lava suavemente la zona con agua tibia y jabón neutro, reduciendo el riesgo de irritación. Después de la limpieza se puede aplicar una capa delgada de vaselina o ungüento antibiótico, según indique el cirujano o el pediatra que la practique, para evitar que el pañal se adhiera a la herida. No se deben usar productos no recetados en la herida. En cuanto al dolor, suele ser leve o moderado; se puede indicar analgésico, como acetaminofén, siempre siguiendo las indicaciones del médico y sin automedicar al niño. Si persiste el dolor o aumenta, consulta de inmediato.

En cuanto a la vigilancia, hay señales que requieren atención médica: enrojecimiento, calor o hinchazón que empeoren; sangrado que no cede con presión suave; secreción maloliente o fiebre; irritabilidad significativa; dolor que no mejora con la analgesia; rechazo de los alimentos; o dificultad para orinar. Ante cualquiera de estos signos, es importante contactar al pediatra o acudir a un centro de salud.

Cuidados generales tras la circuncisión: durante los primeros días, el niño debe descansar y realizar actividades de bajo impacto; evitar deportes de contacto o esfuerzos intensos durante al menos 2 semanas, o según indicación médica. También se recomienda evitar sumergirse en piscinas, playas o ríos y evitar baños prolongados hasta que la herida esté curada. Si se utiliza la técnica de campana plástica o anillo desechable (usado en recién nacidos), este anillo suele desprenderse solo en los primeros 5–8 días y no requiere suturas. Entre los cuidados prácticos se incluye cambiar el pañal con frecuencia, limpiar suavemente con agua y evitar toallitas con fragancias; aplicar vaselina o crema antibiótica según indicación médica con cada cambio de pañal. No intente retirar el anillo antes de que esté preparado; avise si se cae antes de 3 días o si no se ha caído en más de 10 días.

Vigile cualquier sangrado, cambios de color de la punta del pene (azul o negro), disminución de la micción, desplazamiento del anillo, fiebre, irritabilidad, dolor intenso o secreción purulenta.

El seguimiento es clave: después de la circuncisión, asista a la consulta de revisión en el momento indicado para evaluar la evolución de la herida y detectar posibles complicaciones.

En resumen, la circuncisión es una opción que debe evaluarse cuidadosamente. Si se realiza, el cuidado adecuado de la herida, el manejo del dolor y la vigilancia de signos de alarma ayudarán a asegurar una recuperación segura y confortable para el niño. Mantenga un diálogo abierto con el pediatra para adaptar las indicaciones a las necesidades específicas de cada caso. Si surge cualquier duda, no dude en consultar de inmediato con el profesional de salud que lo acompaña.

III. Lactancia y Alimentación

Estos temas se centran en la nutrición inicial del bebé y la transición a la alimentación complementaria.

Lactancia materna.

La leche humana es una sustancia viva y compleja producida por la glándula mamaria materna, diseñada para ser el alimento ideal y completo para el recién nacido, que le proporciona al lactante nutrientes específicos, protección inmunológica, información genética y estímulos sensoriales. ¡Amamantar es el mejor comienzo de la vida!

La lactancia materna es un tema importante en la salud pública del mundo, es una forma eficaz de garantizar la salud y la supervivencia de los niños.

Sus beneficios son innegables y los estudios consolidan su importancia.

Hay una gran cantidad de evidencias que respaldan sus beneficios y éstos se van a relacionar con los niveles actuales de evidencia.

IA: Evidencia alta (múltiples estudios controlados y aleatorizados)

IB: Evidencia moderada (estudios controlados y aleatorizados con limitaciones)

IIA: Evidencia limitada (estudios observacionales y de cohortes)

IIB: Evidencia débil (estudios de casos y controles)

III: Evidencia muy débil (opiniones de expertos y reportes de casos)

Beneficios para los bebés y su nivel de evidencia:

1. Reducción del riesgo de infecciones respiratorias y gastrointestinales en un 50-70%. (IA)
2. Reducción del riesgo de alergias (IA) y asma. (IB)
3. Mejora del desarrollo cognitivo y del lenguaje, los bebés amamantados pueden tener un coeficiente intelectual 3,4 puntos más alto que los no son amamantados. (IB)
4. Reducción del riesgo de obesidad y diabetes tipo 2 en un 35%. (IA)
5. Reducción del riesgo de leucemia linfoblástica aguda infantil en un 19%. (IB)
6. Mejora del desarrollo emocional ya que promueve el apego y el desarrollo emocional saludable. (IIA)

Beneficios para las madres y su nivel de evidencia:

1. Reducción del riesgo de cáncer de mama y ovarios en un 32% y 37%, respectivamente. (IA)
2. Mejora de la salud mental ya que reduce el riesgo de depresión posparto y ansiedad. (IB)
3. Promoción del apego y el desarrollo emocional saludable. (IIA)
4. Pérdida de peso después del embarazo. (IIA)
5. Reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares. (IB)

La leche humana contiene nutrientes esenciales y factores bioactivos que fortalecen el desarrollo del cerebro del bebé, modelando la estructura cerebral y el desarrollo cognitivo a largo plazo.

Cuando se amamanta al nacer se estimulan los sentidos. Se libera oxitocina, la hormona del apego, que contribuye al fortalecimiento del vínculo afectivo, se disminuye el estrés del nacimiento, mejora la termorregulación, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria. La interacción madre-hijo, favorece la seguridad emocional, el microbiota y todos los estímulos que el lactante necesita para su adecuado neurodesarrollo.

La succión es un reflejo vital para la supervivencia, ya que, permite la alimentación, la nutrición, además, proporciona estabilidad y autorregulación emocional; favorece el vínculo afectivo, la maduración neurológica, regula el sueño, el estado de ánimo y contribuye al desarrollo de los músculos orofaciales que contribuyen a la masticación y al habla.

El contacto piel con piel en la primera hora de vida es determinante para las conexiones nerviosas ya que, a mayores conexiones, mayor capacidad intelectual.

Algunas evidencias científicas de los beneficios de los componentes de la leche humana.

1. **Proteínas:** La lactoferrina tiene propiedades antimicrobianas y antiinflamatorias. (IA). La caseína y la lactoalbúmina son fáciles de digerir y proporcionan aminoácidos esenciales. (IB)
2. **Grasas:** Los ácidos grasos poliinsaturados son importantes para el desarrollo del cerebro y la retina. (IA). Los ácidos grasos de cadena media tienen propiedades antimicrobianas y antiinflamatorias. (IB)
3. **Carbohidratos:** La lactosa es una fuente de energía para el bebé. (IA)
Los oligosacáridos promueven el crecimiento de bacterias beneficiosas en el intestino. (IB)
4. **Vitaminas y minerales:** La vitamina D es importante para el desarrollo óseo (IA). El hierro es esencial para la producción de hemoglobina (IB).
5. **Hormonas:** La prolactina regula la producción de leche. (IA), la oxitocina promueve el apego y la relajación (IB).

Una preocupación frecuente de las madres es la falta de suficiente leche para sus bebés.

Algunas recomendaciones prácticas para producir suficiente leche:

1. Colocar el/la bebé al pecho desde la primera hora del nacimiento (HORA DORADA).
2. Amamantar de día y de noche, cada vez que el/la bebé lo pida a través de las señales de hambre.
3. Amamantar en una posición cómoda hasta que el/la bebé quede satisfecho. Asegurarse de que se vacía cada pecho para ofrecer la leche inicial y final, que es la que contiene las proteínas y las grasas que van a satisfacer al bebé.
4. Cuando él bebé suelta el pecho y termina de comer es recomendable realizar una extracción de la leche restante de ambos pechos y guardarla en su banco de leche personal.
5. Durante los primeros 6 meses dar sólo pecho y nada más. No dar te ni otros líquidos o alimentos.
6. Evite el uso de biberones, chupones o chupetes porque estos dispositivos podrían producirle al bebé una confusión con el pezón y posteriormente podría rechazar el pecho materno.
7. La mamá debe tener una dieta saludable, consumir alimentos nutritivos, frutas, verduras, granos, proteínas magras y grasas saludables, ya que el aumento de la ingesta calórica asegura la producción de leche materna de alta calidad. La OMS recomienda un aumento de 450- 500 calorías adicionales durante los primeros seis meses de lactancia.
8. La hidratación adecuada es muy importante para la producción de leche y la madre debe tomar suficientes líquidos para mantener adecuados volúmenes.
9. La mamá debe estar relajada y tener una actitud positiva sobre la lactancia materna. Entre más succione el/la bebé, más leche produce la madre y se logran aumentos de peso adecuados. Cuando el/la bebé se alimenta, la succión estimula la liberación de hormonas que promueven la producción de leche, pero si la mamá no se vacía con suficiente frecuencia existe un factor inhibidor de la lactancia que puede inhibir esta producción.

La separación cero de la madre y el recién nacido se basa en la necesidad de estímulos sensoriales maternos inmediatos, que regulan la fisiología de la madre y el niño y debe considerarse una prioridad en los servicios de salud. Se deben crear sistemas de apoyo, fortaleciendo el acompañamiento a las madres en el hogar, el trabajo y la comunidad, reconociendo la lactancia materna como un derecho humano fundamental esencial para la salud y el bienestar de los niños y las madres. Los bebés deben ser amamantados bajo demanda, es decir, tan a menudo como el niño quiera, día y noche, sin horarios establecidos.

A partir de los 6 meses de edad, los niños deben comenzar a comer alimentos complementarios seguros y adecuados mientras continúan amamantando hasta por 2 años o más.

Inicio temprano y los primeros días de la lactancia.

La lactancia materna durante la primera hora después del parto permitirá al bebé iniciar su vida de forma saludable, recibiendo leche de su propia madre, la cual le proveerá la nutrición adecuada y las defensas necesarias para enfrentar la vida fuera del vientre materno.

Al nacer el bebé busca espontáneamente el contacto piel a piel, la proximidad, el olor, provocando así las sensaciones que les ayudarán a poner en marcha sus recursos para aprender a alimentarse y a vincularse.

Facilitar inmediatamente luego del nacimiento, el contacto piel a piel, favorece el inicio de la lactancia materna. En todos los hospitales que cuenten con una maternidad, deben establecerse protocolos que permitan el logro de estos objetivos, permitiendo ejercer el derecho de la madre y su familia a tener un proceso de parto y lactancia respetuoso. La lactancia materna es la mejor estrategia de salud pública, por lo que asesorar y asistir a las madres es una responsabilidad del sistema de salud.

Algunos de los beneficios que el contacto piel a piel y el inicio temprano de la lactancia materna proporcionan son:

- Aumenta las probabilidades de amamantamiento exitoso y prolongado
- Empodera a la madre dándole confianza en sí misma, lo que la ayudará a sostener el amamantamiento y la crianza de su bebé.
- Brinda al recién nacido la oportunidad de establecer un apego seguro.
- Reduce el estrés posterior al nacimiento, tanto de la madre como del bebé
- Facilita la liberación de hormonas y mecanismos cerebrales que permiten desarrollar la capacidad de mantener un funcionamiento emocional saludable.
- Aumenta en la madre puerpera los comportamientos que la llevan a proteger y cuidar a su bebé.
- Favorece el mantenimiento de la temperatura corporal adecuada en el bebé.
- Estabiliza los niveles de azúcar en la sangre.
- Favorece el establecimiento de bacterias saludables en el cuerpo de mamá y su bebé.
- En la madre además de calmarla después de ese periodo de dolor y estrés, ayudará a contraer el útero y disminuir complicaciones.

Prácticas que perjudican el inicio de la lactancia y el establecimiento de un vínculo seguro:

- No deben ofrecerse al bebé alimentos o líquidos diferentes de la leche humana.
- Tratar el dolor en la madre.
- No ofrecer obsequios a la madre que contengan sustitutos de leche materna y que envíen un mensaje ambiguo.
- Trabajar en la empatía: es común que el personal de salud que labora en las maternidades desmerite las quejas de la madre, es necesario colocarnos en su posición.
- No separar a la madre y al bebé para realizar actividades no sensibles al tiempo como baño, peso, talla, perímetro cefálico, huellas, profilaxis oftálmica y examen físico detallado.

De la misma forma existen algunas acciones dentro del hospital que favorecen el inicio de la lactancia materna inmediatamente después del parto:

- Educación prenatal: informar a la madre sobre la hora de oro y sus beneficios.
- Priorizar el parto vaginal siempre que no exista indicación médica de cesárea.
- Capacitación continua del personal de salud en temas de lactancia: Familia Canguro e Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña.
- Establecer un protocolo escrito que sea del conocimiento de todo el personal y que priorice la lactancia en la primera hora de vida y el adecuado seguimiento de sus cumplimientos.
- Contacto piel a piel inmediato y prolongado.
- Apoyo activo para el agarre, no separar a la madre de su bebé.
- Evitar ofrecer fórmulas o cualquier otro sustituto de la leche materna, ni succión artificial si no hay indicación médica.

- Acompañamiento respetuoso y apoyo emocional.
- Involucrar a la familia en todo el proceso, siempre y cuando la madre lo permita.

En el hogar es necesario que toda la familia se involucre en la búsqueda de un fin común, mantener la lactancia materna:

- Es necesario que durante esos primeros días la madre reciba ayuda en las actividades cotidianas, que pueda alimentarse adecuadamente y sin restricciones.
- Los cambios en el estado de ánimo de la madre deben ser abordados por un profesional.
- El pediatra puericultor que atiende a la madre y al niño debe estar capacitado en Lactancia Materna.
- La consulta de lactancia debe abordar las necesidades de la madre y del bebé con paciencia y empatía.
- La familia debe ser incluida en las consultas de lactancia.

En el caso de los pacientes hospitalizados es importante mantener la alimentación con leche materna, así como mantener contacto piel a piel sobre todo en aquellos bebés prematuros y bajo peso.

Cuando se requiera extracción de leche humana por la madre para continuar la alimentación del paciente hospitalizado, la extracción debe iniciar en las primeras seis horas posteriores al parto y mantener frecuencia similar a las tomas del bebé, junto con el contacto piel a piel siempre que sea posible.

Las madres que deben regresar al trabajo pueden extraerse la leche manualmente o con un extractor adecuado y la frecuencia debe ser similar a las tomas del bebé, sin olvidar que ambas mamas deben vaciarse siempre. En Panamá, la ley protege la lactancia en el trabajo (Ley 135 de 2020 y normativas complementarias) otorgando a la madre trabajadora su derecho.



Extracción, conservación y transporte de la leche materna.

El vaciamiento frecuente de la mama es fundamental para la producción constante de leche. Una separación de la madre de su bebé puede comprometer la producción de leche y el éxito de la lactancia. Por esta razón, es necesaria la extracción de leche de sus pechos para sostener la lactancia a través del tiempo. Las principales causas para la extracción de leche de la madre son:

1. El regreso de la madre al trabajo. Esta es la causa más frecuente.
2. Cuando el bebé es hospitalizado por alguna enfermedad.
3. Cuando la madre es hospitalizada en la unidad de cuidados especiales de obstetricia por alguna patología.
4. Para aliviar una congestión mamaria o un conducto lactífero obstruido.
5. Prematuridad o dificultades del bebé para succionar por prematuridad, hipotonía, cardiopatías, fisuras labio-palatinas, problemas neurológicos.
6. Algunos bebés no succionan con fuerza o se cansan y hay que recolectar leche para ofrecerle a ese bebé o complementar el amamantamiento.
7. Re lactación, producción insuficiente o realizar una lactancia inducida.
8. Madres con sobreproducción de leche, se pueden extraer para donar al Banco de Leche Humana o para realizar su propio banco en casa.
9. Preferencias personales de la mujer por dolor persistente al lactar, trauma previo, organización familiar y otros.

La extracción de leche puede ser manual o mecánica. La primera recomendación antes de realizarla es el lavado de manos con agua y jabón, incluyendo las uñas. No se recomienda hablar, comer, ni utilizar el celular durante el proceso de extracción. No es necesario realizar una limpieza previa de los pezones con ningún tipo de solución, alcohol o jabón, con el baño diario es suficiente.

La madre debe estar relajada y cómoda, para garantizar el reflejo de eyección. (salida de la leche). Pensar en su bebé, ver una foto, oler su ropa, son recursos que puede utilizar porque favorecen la activación de este reflejo.

En el caso de extracción manual, se recomienda el uso de un envase de boca ancha con tapa, para recolectar la leche. Este envase debe ser previamente lavado con agua y jabón, y ser enjuagado con agua caliente. Los masajes suaves circulares al pecho, así como las sacudidas delicadas, antes de la extracción, contribuyen a la salida de la leche. La madre debe ubicar en su glándula mamaria, los conductos que se localizan entre 3 a 4 cm detrás del pezón y se sienten como unas pequeñas “bolitas”. Cuando la madre los siente, coloca su pulgar sobre el bulto y el índice en el lado opuesto haciendo una forma en “C” (como se aprecia en la figura).

Se hace presión hacia atrás (como si fuera hacia las costillas) y luego se comprime el conducto con estos dos dedos. La salida de la primera leche puede tardar unos minutos, pero después comienza a fluir. Cuando deja de salir, se van moviendo los dedos, bordeando la areola, localizando otro conducto y repitiendo el proceso. Al completar la vuelta a toda la mama, se va al otro pecho, sin embargo, si la madre lo desea, puede hacer el proceso, alternando los pechos.

La extracción mecánica se realiza con los extractores de leche humana, que pueden ser manuales o eléctricos, según la preferencia de la madre, su comodidad y el presupuesto. El lavado de las manos, al igual que el estímulo del reflejo de eyección, son importantes independientemente del tipo de extracción. El tamaño de la copa puede variar de acuerdo con las características anatómicas de cada mujer, se recomienda medir la areola para seleccionar la copa adecuada y la misma debe ser mayor que el diámetro del pezón. Las partes del extractor deben ser lavadas de forma previa, por lo que se aconseja leer cuidadosamente las recomendaciones de limpieza de las piezas del modelo elegido.

El tiempo para completar la extracción varía de mujer a mujer, puede ser de 15 a 30 minutos aproximadamente. La extracción se suspende cuando la salida de leche se detiene, o es muy poca; evitando periodos prolongados para no lastimar el pecho ni el pezón.

Una vez colectada la leche, se debe conservar de forma adecuada. Utilizando los recipientes aptos y la temperatura reco-

mendada. Los mejores recipientes son los de vidrio con tapa plástica, pero también se puede almacenar en bolsas plásticas específicamente diseñadas para almacenar la leche materna, que hay de varias marcas en el mercado; o recipientes de plástico que no contengan Bisfenol A.

Se recomienda conservar la leche humana, de la siguiente manera:

Refrigerada (2 a 8 ° C)	4 días
Congelada	Dos Semanas (Refrigerador de una puerta). Tres meses (Refrigerador de dos puertas). Seis meses (Congelador de -20° C).

Una vez descongelada, mantener en refrigeración no más de 24 horas.

Aunque en la literatura encontramos que la leche se puede conservar en ambiente por algunas horas, en Panamá, no lo recomendamos por nuestras altas temperaturas.

Si la madre está fuera de casa cuando realiza la extracción, debe transportar su leche de forma segura, en una pequeña nevera o equipo de transporte, con acumuladores de frío (comúnmente llamados “pads de frío”) o bolsas de hielo.

Para las madres que trabajan, se les recuerda que la Ley 498 de 13 de noviembre de 2025, en el Capítulo IX “De las Madres Trabajadoras”, se establece el derecho a tiempos para extracción de leche materna, durante la jornada laboral.



Medicamentos y lactancia.

La lactancia materna exclusiva es la mejor alimentación para el recién nacido y los lactantes menores de 6 meses de vida. Organizaciones internacionales como OMS/UNICEF/WABA/IBFAN/ONG, recomiendan continuarla mínimo hasta los 2 años, o hasta que la madre y/o bebé así lo decidan. La leche materna es un alimento personalizado y único, para las necesidades individuales de cada bebé.

La mayoría de los medicamentos pueden tomarse durante la lactancia materna sin afectar al lactante. Con frecuencia, a muchas madres se les aconseja dejar de amamantar o evitar tomar alguna medicación para tratar sus enfermedades, innecesariamente. Es importante resaltar que algunos medicamentos pueden afectar la capacidad de una madre para cuidar de un bebé de forma segura y antes de la prescripción, debe discutirse con las familias. La información sobre la seguridad de los medicamentos para los bebés de mujeres lactantes está disponible en varios recursos en línea y podemos recurrir a ellos como, por ejemplo: E-lactancia.org y LactMed.

Es frecuente que, durante el período de lactancia, las mujeres se encuentren con la necesidad de tomar algún medicamento. Muchos medicamentos son compatibles con la lactancia y no presentan efectos adversos para el lactante. Existen riesgos potenciales para los bebés que reciben leche materna de una madre con medicación, porque casi todos los medicamentos, en mayor o menor medida, se excretan en la leche materna, pero esto no implica necesariamente toxicidad para el lactante. Las organizaciones de salud internacionales como OMS/UNICEF, han señalado las contraindicaciones reales de lactar, si las madres están bajo tratamiento, basadas en resultados de estudios científicos:

Medicamentos contraindicados durante la lactancia materna:

1. Psicoterapéuticos sedativos, antiepilépticos, opioides y sus combinaciones: pueden causar efectos colaterales tales como mareo y depresión respiratoria, por lo que deben evitarse si existen alternativas más seguras disponibles
2. Iodo radioactivo-131: Debido a que existen opciones más seguras y la madre podría reiniciar la lactancia pasados dos meses de haber recibido el fármaco. Es importante acotar que el uso excesivo de yodo y los yodóforos tópicos como la solución de yodo-povidona en heridas abiertas o membranas mucosas, puede resultar en supresión de la actividad de la glándula tiroides o de anomalías electrolíticas en el bebé amamantado y estos productos, aunque sean para uso tópico, también deberían ser evitados.
3. Fármacos anticancerígenos como la quimioterapia citotóxica: Es una contraindicación absoluta para la lactancia materna y la madre debe suspender el amamantamiento durante esta terapia.

En lactancia materna, también debe evitarse el consumo de las siguientes sustancias:

1. Medicamentos que puede inhibir la lactancia como por ejemplo los anticonceptivos que contienen estrógenos.
2. Los diuréticos tiazídicos y los agonistas de los receptores de dopamina (Bromocriptina, Cabergolina, Pseudoefedrina)

Debemos señalar aspectos que influyen en la toxicidad de medicamentos en la lactancia:

- Paso del medicamento a la leche materna.
- Metabolismo y eliminación en el lactante.
- Factores de riesgo según edad y estado de salud del bebé.

Recomendaciones para la toma de medicamentos durante la lactancia:

1. Selección de fármacos más seguros:
 - Preferir utilizar medicamentos con evidencia de seguridad en madres lactantes y sus lactantes (ej. paracetamol, ibuprofeno).
 - Evitar fármacos de alto riesgo (ej. citotóxicos, radiofármacos, algunos psicotrópicos).
 - Consultar bases de datos especializadas o usando aplicaciones electrónicas como LactMed o E-lactancia.org, para verificar la compatibilidad, uso aprobado y el grado de riesgo del fármaco.
 - Optar en lactantes, por moléculas con baja biodisponibilidad oral, ya que se absorben menos a través de la leche materna.
2. Ajuste de dosis y horarios para minimizar exposición:
 - Las madres deben utilizar el medicamento justo después de la toma de leche o antes del intervalo más largo de sueño

- del bebé, reduciendo la concentración del fármaco en la siguiente toma.
 - Usar la dosis mínima eficaz y evitar tratamientos prolongados innecesarios.
 - Preferir presentaciones de acción corta, en lugar de formulaciones de liberación prolongada, para controlar mejor el momento de exposición.
 - Monitorizar al lactante ante posibles efectos adversos (somnolencia, irritabilidad, molestias digestivas).
3. Alternativas terapéuticas compatibles con lactancia. Sustituir medicamentos de riesgo por opciones seguras, ejemplos:
- Antiinflamatorios: preferir ibuprofeno en lugar de aspirina.
 - Antibióticos: utilizar penicilinas o cefalosporinas frente a quinolonas.
 - Antidepresivos: preferir sertralina frente a fluoxetina.
 - Usar terapias no farmacológicas cuando sea posible (ej. fisioterapia para dolor musculoesquelético).

Todos los profesionales de la salud deben estar capacitados para orientar a las madres que lactan sobre los medicamentos más seguros para ellas, en caso de que requieran algún tratamiento y deben estar atentos para apoyar a las madres en la toma de decisiones compartidas en las mujeres que están amamantando. De esta manera, muchas madres a las que se les aconseja innecesariamente dejar de amamantar. De igual manera, conocer sobre la existencia de buscadores accesibles en línea para informarnos sobre las contraindicaciones de los fármacos en las madres que ofrecen la mejor alimentación para sus hijos.



Alimentación complementaria.

Contenido:

1. Alimentación perceptiva: ¿cómo acompañar al bebé?
2. Señales de que el bebé está listo para comer.
3. ¿Qué alimentos ofrecer y cómo introducirlos?
4. Cantidades, texturas y seguridad.
5. Alimentos alergénicos: lo que deben saber los padres.
6. Mensajes claves para las familias.

1. Alimentación perceptiva: ¿cómo acompañar al bebé? y ¿cuándo empezar?

La alimentación complementaria es el proceso mediante el cual el bebé comienza a recibir alimentos distintos a la leche materna, los cuales complementan su alimentación habitual. Esta guía adopta el enfoque de alimentación perceptiva. En este modelo, los padres son responsables de ofrecer alimentos saludables, seguros y adecuados para la edad, en un ambiente tranquilo y sin distracciones. El bebé, por su parte, decide cuánto comer y a qué ritmo, según sus señales de hambre y saciedad.

Este enfoque favorece la autorregulación del apetito, reduce la presión durante las comidas y contribuye a una relación positiva con la comida desde los primeros meses de vida. ¿Cuándo empezar?

La alimentación complementaria debe iniciarse a los 6 meses de edad, momento en el que el lactante cuenta con la madurez neurológica y fisiológica necesaria para recibir otros alimentos, manteniendo la lactancia materna como base principal de la alimentación.

2. ¿Cuáles son las señales de que el bebé está preparado para iniciar la alimentación complementaria?

El bebé puede iniciar la alimentación complementaria cuando:

- Mantiene la cabeza y el tronco estables al sentarse con apoyo.
- Ha desaparecido el reflejo de empuje (extrusión) de la lengua.
- Muestra interés por la comida.
- Se lleva alimentos u objetos a la boca.
- Coordina manos, boca y ojos.

3. ¿Qué alimentos ofrecer y cómo introducirlos?

Desde el inicio se deben incluir los distintos grupos de alimentos: frutas, verduras, vegetales, tubérculos, cereales y proteínas. Se recomienda ofrecer variedad, introducir un alimento nuevo cada día (idealmente no más allá de 2–3 días) y un alimento nuevo de cada grupo por semana.

El rechazo inicial es normal. Un bebé puede necesitar 8 a 10 exposiciones a un alimento antes de aceptarlo. Repetirlo en distintos días y preparaciones favorece su aceptación.

4. Cantidades, texturas y seguridad:

Las cantidades son orientativas y aumentan de forma gradual:

- 6–8 meses: 3–4 cucharadas por grupo, 3 comidas al día.
- 9–11 meses: 4–8 cucharadas por grupo, 3 comidas + 1 merienda.
- 12–23 meses: 8–12 cucharadas por grupo, 3 comidas + 2 meriendas.

No es necesario que el bebé termine el plato. Progresar oportunamente en las texturas (de purés a alimentos machacados y luego trozos seguros) es clave para el desarrollo oral y la aceptación de alimentos.

Sobre los métodos BLW y BLISS:

Existen métodos como BLW (Baby-Led Weaning) y BLISS, que utilizan trozos desde el inicio, estos métodos pueden ser una opción, pero deben ser orientados por un profesional de la salud capacitado, como un pediatra o nutricionista, para:

- Asegurar un adecuado aporte de hierro y energía.
- Reducir riesgos de atragantamiento.
- Vigilar el crecimiento y el desarrollo del bebé.

5. **Alimentos alergénicos: lo que deben saber los padres.**

Hoy se sabe que retrasar la introducción de alimentos alergénicos no previene las alergias. Alimentos como: Huevo, Pescado, Maní, Lácteos (derivados) pueden introducirse durante la alimentación complementaria, cuando el bebé esté listo, sin necesidad de retrasarlos, incluso en bebés con antecedentes familiares de alergia o atopía.

¿Por qué no retrasarlos?

- No hay evidencia de que esperar más tiempo proteja contra alergias alimentarias.
- La introducción oportuna no aumenta el riesgo de alergia.
- Algunos estudios sugieren que el contacto temprano con alimentos puede ayudar al sistema inmunológico a reconocerlos como seguros.

6. **Mensajes claves para las familias:**

- Confía en las señales de tu bebé.
- Ofrece variedad y repite sin presionar.
- Evita sal y azúcar antes de los 2 años.
- El agua puede ofrecerse desde el inicio en pequeñas cantidades.
- Comer debe ser un momento tranquilo, de aprendizaje y vínculo.



Seguridad alimentaria.

“Lo que todo padre debe saber sobre seguridad alimentaria”.

La seguridad alimentaria en la infancia es fundamental para garantizar un crecimiento saludable y prevenir enfermedades. En los primeros años de vida, los niños tienen un sistema inmunológico en desarrollo, esto los hace más vulnerables a las infecciones transmitidas por alimentos mal manipulados o utensilios contaminados. Por esta razón, como padres o cuidadores, debemos asegurar que la alimentación de nuestros hijos sea segura desde la preparación hasta el momento en que llega a su boca.

Uno de los aspectos clave en la seguridad alimentaria es la manipulación adecuada de los alimentos. Siempre es importante lavarse bien las manos antes de preparar cualquier comida, usar utensilios limpios y mantener la cocina en buen estado de higiene. Los alimentos deben mantenerse refrigerados a temperaturas seguras y nunca dejarse expuestos a temperatura ambiente por más de dos horas.

Es importante recordarles a los padres, que el mejor alimento para nuestros hijos es la lactancia materna, porque siempre lista para dar sin requerir ningún tipo de elaboración, se encuentra a la temperatura óptima y contiene los nutrientes adecuados a las necesidades individuales de cada bebé. Hay situaciones especiales en las que los bebés recibirán leche materna en biberón. Por esta razón, la preparación y esterilización correcta de todos los utensilios es indispensable. Un biberón mal lavado o esterilizado es un foco de contaminación y de contagio de bacterias peligrosas que pueden causar diarreas, infecciones intestinales y hasta deshidratación grave.

¿Cómo limpiar correctamente un biberón?

- a) Enjuaga inmediatamente el biberón después de usarlo para evitar que la leche se seque y adhiera a las paredes del recipiente.
- b) Lava cada parte (botella, tetina, tapa) con agua caliente y jabón utilizando un cepillo especial para biberones.
- c) Enjuaga con abundante agua potable para retirar todo el jabón.

¿Cómo se esterilizan los biberones? Existen varias opciones:

- Hervir: coloca todas las piezas en agua hirviendo por un periodo de 5-10 minutos.
- Esterilizador eléctrico: son seguros y rápidos.
- Soluciones esterilizantes frías: se usan con pastillas especiales y agua, siguiendo las instrucciones del producto.

Es importante esterilizar diariamente durante los primeros 6 meses del bebé y, mantener una limpieza rigurosa hasta que el niño deje de usar biberón.

En aquellos casos en que la familia alimente con fórmula infantil, se debe preparar la fórmula con agua previamente hervida y luego de haber hidratado el polvo, consumir la fórmula infantil en el plazo de una hora. Nunca se debe reutilizar para una toma posterior la leche materna o la fórmula infantil sobrante, ya que puede haberse contaminado con las bacterias presentes en la boca del bebé o del entorno.

La seguridad alimentaria también implica enseñar buenos hábitos de alimentación desde temprana edad, como, por ejemplo:

1. lavarse las manos antes de comer.
2. consumir frutas y vegetales bien lavados.
3. evitar el consumo de alimentos ultraprocesados.

Cuidar la seguridad alimentaria es un acto de amor y responsabilidad. Garantizar una alimentación limpia, segura y adecuada permite a nuestros niños crecer sanos, con defensas fuertes y una mejor calidad de vida. Como padres, tenemos en nuestras manos el poder de protegerlos desde la cocina.

Recordamos a los padres que con la alimentación materna exclusiva evitamos el uso de biberones y solo quedará su uso para las madres que la conservan como un banco de leche y para aquellas que usan fórmulas.

IV. Cuidado General e Hitos del Bebé/Lactante

Temas relacionados con el cuidado diario, el desarrollo, y la salud preventiva en la primera infancia.

Reconociendo lo que transmite el llanto del bebé.

El llanto es la manera que utiliza el bebé para comunicarse con su entorno. El bebé llora para expresar sus necesidades básicas, tanto físicas como emocionales y también, en aquellas situaciones que algo le produce molestias o incomodidad. En algunas ocasiones, el llanto suele ser excesivo y causar mucha angustia en los padres o cuidadores (sobre todo los que se estrenan en esta tarea).

En estas situaciones, es esperado que a los padres le surjan dudas o preguntas como:

- ¿mi bebé tiene dolor?
- ¿tendrá hambre?
- ¿qué estamos haciendo mal?
- ¿cómo lo calmo?

En un lactante normal, el promedio de horas de llanto al día puede variar. En las primeras semanas de vida, los bebés pueden llorar hasta dos horas al día. A las dos semanas de vida, hasta una hora al día. Se estima que, para las seis semanas de vida, ocurre un pico de hasta tres horas de llanto en un día. Este comportamiento del lactante fue descrito por T. Berry Brazelton, pediatra que estudió la conducta del recién nacido sano en la década de los años sesenta.

Lograr identificar la causa del llanto, en el lactante no siempre es fácil. Existen características como el timbre, intensidad, tiempo de duración, que poco a poco y que, con la intuición y experiencia de los padres, podrán ir reconociendo diferentes tipos de llanto y esto, nos ayudará a establecer cuál es la causa y de esta manera orientarnos para poder brindar la recomendación necesaria. Afortunadamente, la mayoría de las causas de llanto en el lactante son fisiológicas y no representan peligro.

Entre estas, las más comunes son:

- Hambre/sed.
- Frío/calor.
- Sueño/cansancio.
- Necesidad de cambio del pañal.
- Necesidad de contacto.
- Exceso de estímulos.
- Excesiva producción de gases.
- Luz, ruido, olores desagradables.
- Erupción dentaria.
- Personalidad demandante del bebé.

Existe una condición conocida como cólico del lactante, que es un trastorno funcional, madurativo, transitorio de carácter benigno y autolimitado, pueden provocar mucho estrés en los padres y cuidadores. El cólico del lactante puede aparecer desde la segunda semana de vida, con un pico a la sexta semana de vida y se resuelve alrededor de los cinco meses de vida. Se presenta en bebés sanos y se manifiesta por episodios de llanto inconsolable, flexión de las piernas, cara de dolor o incomodidad, manos en puño y endurecimiento del abdomen. Usualmente ocurre en las primeras horas de la noche. La causa exacta de este trastorno aún se desconoce.

En la mayoría de los casos, las causas de llanto en el lactante son de naturaleza benigna. Solo en el 5% de las veces, el llanto está relacionado con enfermedades o situaciones que deben ser evaluadas de inmediato, si el llanto tiene las siguientes características o se acompaña de alguno de estos síntomas:

1. Cambio en la naturaleza del llanto (excesivo o muy persistente).
2. Fiebre.
3. Decaimiento o irritabilidad excesiva.
4. Palidez o coloración morada.
5. Vómitos excesivos.
6. Dificultad respiratoria.
7. Quejido.
8. Rechazo de la alimentación.
9. Evacuaciones con sangre.
10. Fontanela anterior abombada.
11. Cambios en el patrón de evacuaciones o la micción.

En estos casos debe consultar con su pediatra.

Recomendaciones:

Cuando su bebé lllore, antes de desesperarnos, debemos realizar esta lista de verificación rápida:

- Es un llamado por necesidades básicas (hambre, cambio de pañal).
- Mejora con el contacto piel con piel.
- Desaparece con movimientos rítmicos.
- Mejora con la reducción de algunos estímulos (ruido, luz, calor, frío).

En lactantes muy demandantes o con antecedentes patológicos, resulta útil realizar terapias de relajación en casa, baños de agua tibia, masajes, cantarles, hablarles.

Estos bebés usualmente son manejados en conjunto con los profesionales de intervención temprana y orientación familiar. Si tiene dudas, sobre este tema es conveniente que lo consulte con su pediatra.



Uso del chupete o pacificador: indicaciones, limpieza y su retiro.

El hábito de chuparse el dedo o de utilizar un chupete es un comportamiento normal del desarrollo del niño y puede ser útil en el lactante, si se usa de manera adecuada y limitada. Es un comportamiento tranquilizador y ocurre en el 70 a 90% de los lactantes. La intensidad y la frecuencia de chuparse los dedos o utilizar el chupete disminuye al avanzar en edad.

¿Cuándo utilizar el chupete?

Los bebés tienen un fuerte reflejo de succión, aún antes de su nacimiento. La succión tiene un efecto calmante para el bebé y muchos bebés, se sienten más felices cuando lo succionan. La succión también puede ayudar a disminuir el dolor por las vacunas o algún procedimiento como las extracciones de sangre. Además, el chupete puede ayudar a que el bebé se duerma. El chupar, por la misma acción de tragar, alivia las molestias en el oído causado por los cambios de presión durante los vuelos.

El chupete es especialmente útil durante el sueño, ya que está asociado con una reducción del riesgo de muerte súbita del recién nacido. Es importante recordar, que, para evitar la muy temida muerte súbita, el bebé debe acostarse boca arriba o de espaldas.

Para las madres que amamantan a sus bebés con leche materna, no se recomienda ofrecer un chupete hasta que el bebé esté amamantando bien y se haya instalado la lactancia materna. Esto ocurre en la sexta semana de nacido. ¿Qué debemos hacer con respecto a los chupetes? La respuesta es sencilla, no usar un chupete o pacificador como primera opción para calmar al bebé que recibe alimentación con leche materna. Primero debemos cargarlo, mecerlo, abrazarlo, hablarle, cantarle, susurrarle, arrullarlo, caminar con él, hacer contacto piel con piel, alimentarlo.

En aquellos bebés que se alimentan con fórmula infantil, podemos utilizar las mismas estrategias y sólo después, ofrecer el chupete.

¿Qué tipo de chupete o pacificador debemos utilizar?

Ofrécele a tu bebé un chupete de una sola pieza, pues los de dos piezas o más, pueden romperse y desarmarse con potencial riesgo de atragantamiento para su bebé. Independientemente, del tipo de chupete que usted elija, debe ser de acuerdo a la edad del bebé y debe tener ciertas características de diseño, como, por ejemplo: ser ligeros, cómodos y ergonómicos. El escudo o tope del chupete debe tener orificios de ventilación laterales para reducir la presión sobre la piel y así, evitar irritaciones. La base de la tetina debe ser estrecha para producir menor presión sobre las encías y dientes.

Tipos de chupetes o pacificadores:

Según la forma de la tetina:

1. Chupete anatómico o plano: tienen forma aplanada y simétrica. Se adaptan bien a la boca. Pueden colocarse en cualquier posición.
2. Chupete ortodóntico o fisiológico: este es el más recomendado por odontopediatras y pediatras porque imita mejor la posición del pezón durante la succión y fue diseñado para respetar el desarrollo del paladar y la mordida.
3. Chupete de forma de cereza o redondo (clásico): la tetina es completamente redonda. No es favorable para la mordida del bebé.

Materiales de la tetina:

1. Silicona: transparentes, sin olor ni sabor. Son más resistentes. Fáciles de limpiar. Son los ideales para recién nacidos y lactantes más pequeños.
2. Látex: son más blandos y flexibles, pero se desgastan muy rápido. Acumulan olores y existe el riesgo de alergia en algunos niños. Actualmente son los menos recomendados.

Los chupetes tienen diferentes tamaños de acuerdo con la edad del bebé. Se recomienda utilizar el tamaño adecuado con la edad para evitar atragantamientos y problemas orales:

- 0-6 meses.
- 6-12 meses.
- +12 meses.

Las desventajas del uso del chupete:

Las desventajas del chupete están relacionadas básicamente por su uso prolongado. El tiempo en que el bebé usa el chupete es el factor de riesgo más importante para su dentadura en formación y la oclusión dental. El uso de chupetes más allá de los dos años conlleva a deformaciones de la dentadura, mayor riesgo de infecciones del oído medio y hasta de posibles retrasos en el desarrollo del habla.

Tanto la intensidad como la frecuencia de chupar el pacificador o sus dedos, disminuye con la edad. Los niños que utilizan un chupete son menos probables que se chupen el dedo.

Chuparse el dedo es un hábito que quizás persista hasta los 4 o 5 años. Después de la etapa de lactante, la persistencia de este hábito oral puede afectar el desarrollo de la cara, la función oral, la oclusión dental y la estética facial. Esta maloclusión puede ser de los dientes frontales y afectar la mordida de los dientes posteriores. El maxilar superior protruye sobre el maxilar inferior. Esto es más común, en los niños que se chupan el dedo en comparación con aquellos niños que utilizan un chupete o pacificador.

Limpieza del chupete:

El chupete debe mantenerse limpio. Para su primer uso se recomienda hervirlo durante 5 minutos. Después de esta acción, en las siguientes limpiezas, basta lavarlo con agua y jabón de lavar platos. Nunca debe ponerle miel ni azúcar al chupete.

Retiro del chupete:

El uso del chupete no debe prolongarse más allá de los 2 años. Se recomienda que a partir de los 12 meses se empiece a retirar el chupete de manera progresiva (por ejemplo: utilizarlo solo para dormir o calmarlo).

La Academia Americana de Pediatría recomienda el uso del chupete durante el primer año de vida. Principalmente porque su uso está asociado a una disminución del riesgo de muerte súbita. Después del primer año, los riesgos o desventajas son mayores que los beneficios.

¿Qué puedo hacer para que el bebé deje el chupete?

Alternativas: dar de mamar, mecer, abrazar, masajear, cantar. En caso de llantos, distraer al bebé con juguetes y juegos. Otra opción es ofrecerle un juguete a cambio del chupete. Evitar quitar el chupete de golpe o romperlo.

Los padres y cuidadores deben tener paciencia y tolerancia con este comportamiento de su bebé, es una etapa que logrará superar con tu apoyo.



Importancia de las inmunizaciones.

En los últimos 50 años se calcula que las inmunizaciones a nivel global han salvado la vida de 154 millones de personas y han mejorado la sobrevida de los niños en un 40%, reduciendo significativamente la mortalidad infantil y por esta razón, más niños pueden celebrar su primer cumpleaños alrededor de todo el mundo. Esto equivale a salvar la vida de 6 niños cada 60 segundos durante 50 años. En los últimos 25 años, los programas de vacunación a nivel mundial han protegido a más de mil millones de niños de 78 países de bajos ingresos. Cuando se deja de vacunar a los niños, aumentan la enfermedad, el número de contagiados, las hospitalizaciones, las secuelas por infección y las muertes. Se estima que se evitan 4 millones de muertes cada año por la implementación de los programas de vacunación. Por esta razón, vacunar es importante; por ejemplo, antes de la introducción de la vacuna contra el sarampión en 1963, ocurrían epidemias cada 2-3 años que causaban alrededor de 2.6 millones de muertes cada año. La vacunación redujo la muerte por sarampión de 780,000 casos en el año 2000 a 95,000 casos en el año 2024. Las vacunas han sido un factor determinante para erradicar la viruela, lograr que la poliomielitis esté a punto de desaparecer y que hayamos logrado reducir drásticamente las infecciones por tétanos, tos ferina y sarampión.

¿Qué son las inmunizaciones?

La inmunización es el proceso por el cual una persona se hace resistente a una enfermedad infecciosa. Básicamente, es “entrenar” a tu sistema inmunitario para que reconozca y combata a un intruso (virus o bacteria) antes de que este te cause un daño real. Puede ser activa y pasiva.

Immunización activa	Immunización pasiva
El sistema inmunológico se activa al exponerse a un antígeno (una parte del virus o bacteria) y produce sus propios anticuerpos y células de memoria. • Cómo se obtiene: - o Natural: Al enfermarte y recuperarte. - o Artificial: A través de las vacunas.	Aquí no fabricas las defensas, sino que las recibes “prestadas”. Se te entregan anticuerpos que fueron producidos en otro cuerpo (humano o animal). • ¿Cómo se obtiene la inmunidad?: - o Natural: De la madre al bebé a través de la placenta o la leche materna. - o Artificial: Mediante inyecciones de inmunoglobulinas o sueros (como el antídoto para veneno de serpiente o el tratamiento post-exposición contra la rabia).

Las inmunizaciones o vacunas son herramienta de salud pública para evitar enfermedades en los niños porque es una forma de enseñarle a defenderse al sistema inmunológico de los bebés antes que llegue una enfermedad peligrosa. Las vacunas se aplican de forma temprana en la vida de los bebés, tan temprano como el día de su nacimiento, porque evitan el contagio de enfermedades como la hepatitis B y se continúan ofreciendo por el resto de la vida. La leche materna ofrece una transmisión pasiva de una gran cantidad de anticuerpos y es considerada por muchos, como la primera forma de inmunización.

¿Por qué utilizamos inmunizaciones en la infancia?

Porque con su uso se prepara al sistema inmune para defenderse mejor de las enfermedades contagiosas más peligrosas. El sistema inmunológico nos protege de infecciones, enfermedades y hasta ciertos tipos de cáncer, como el de cuello uterino y de hígado. Las inmunizaciones nos ayudan a responder mejor contra ellas.

Todos los niños nacen con un sistema inmune que tiene mucho que aprender y estamos expuestos a una gran cantidad de riesgos alrededor de nuestro entorno. Las vacunas son facilitadores de la maduración de nuestro sistema inmunológico, ayudando a este a defendernos de una manera más eficiente, cuando sea necesario sin los riesgos de contraer la enfermedad, con todos sus síntomas y riesgos. En Panamá, nacen cada año unos 60,000 niños, nuestro programa ampliado de

vacunación le ofrece el beneficio de la protección contra muchas enfermedades, de forma universal y gratuita.

¿Cómo funcionan las inmunizaciones?

Las vacunas le enseñan al sistema inmune a crear nuevos anticuerpos específicos contra las infecciones y entrenan a las células de defensa que memorizan los componentes infecciosos de los microorganismos que nos enferman para anularlos al ingresar a nuestro cuerpo y con ello, mejoran nuestra capacidad de respuesta para no enfermarnos. Las vacunas como las enfermedades le enseñan al sistema inmune, pero las vacunas son mejores maestros porque no sufrimos las consecuencias de la enfermedad. Las enfermedades nos dan lecciones, pero nos castigan con toda su fuerza con frecuencia.

¿Cómo se elaboran las vacunas?

Se elaboran con partes de los gérmenes que producen las infecciones. Esas partes o antígenos son proteínas tratadas de tal forma que no producen la enfermedad, pero sí una respuesta inmunológica que nos brinda protección contra las enfermedades o complicaciones de las mismas. Hay vacunas inactivadas, o debilitadas, que podrían producir una sintomatología leve, de pocos días de duración y no contagiosa.

¿Por qué debo vacunar a mis hijos?

Los niños necesitan protegerse muy temprano contra varias enfermedades serias que producen neumonías, meningitis, sordera, secuelas neurológicas, discapacidad y muerte. El sistema inmune de los niños responde con poca intensidad y por esta razón, necesitan de varias dosis de una vacuna y posteriores “refuerzos”. Eso le permitirá a su niño celebrar muchos cumpleaños. Es necesario que al sistema inmune se le recuerden sus lecciones iniciales y se le ponga al día, contra nuevas formas de los mismos microorganismos y otros nuevos, que invaden a nuestro cuerpo y al de tu bebé, constantemente. Por eso se dan los refuerzos en diferentes edades. El refuerzo de la vacuna es como una “actualización” del software de tu computadora o una actualización de alguna de sus aplicaciones. Esta versión actualizada le da información reciente y nuevos recursos para contrarrestar las nuevas armas que utilizan los microorganismos infecciosos para atacarnos.



Odontopediatría básica.

Cuando pensamos en la salud de nuestros hijos, lo primero que llega a nuestros pensamientos es vacunas, controles de crecimiento o alimentación. Pero hay un área que muchas veces queda relegada, hasta que aparece el problema: la salud oral. Y la verdad es que la boca de un niño empieza a cuidarse mucho antes de la primera visita al dentista...incluso antes de que aparezca el primer diente o lo que es peor, antes de la primera caries dental.

Los pediatras sabemos que este tema genera muchísimas dudas para los padres:

¿Hay que limpiar la boca si todavía no hay dientes?

¿Cómo aliviar el malestar que provoca la salida de los dientes?

¿Los dientes de leche se pueden “descuidar” porque igual se caen?

¿El flúor es seguro?

¿Qué hago si mi hijo se lastima un diente?

Vamos paso a paso.

La salud oral empieza en el embarazo:

La salud de la boca del bebé comienza durante el embarazo. Los cambios hormonales que atraviesa la mujer embarazada pueden favorecer inflamación de las encías, sangrados o caries si no se cuida adecuadamente la higiene oral.

Esto es importante, porque una boca sana en la mamá no solo la protege a ella, sino que también reduce el riesgo de transmitir bacterias que favorecen la aparición de caries tempranas en el bebé. Además, diversos estudios han mostrado que una mala salud oral durante el embarazo se ha asociado a resultados adversos como parto prematuro y bajo peso al nacer. Por eso, durante la gestación sí se puede y se debe acudir al dentista, idealmente para prevención, limpieza y orientación. Cuidar tu boca en el embarazo también es una forma concreta de cuidar a tu bebé.

Antes de los dientes, ya hay cuidados:

Aunque no lo parezca, la boca del bebé también acumula bacterias desde muy temprano, por lo cual, desde los primeros meses, es recomendable limpiar suavemente las encías del bebé con una gasa húmeda, especialmente antes de dormir. Esta acción tan sencilla cumple dos funciones importantes:

1. Disminuye la acumulación de bacterias en la boca.
2. Ayuda a que el bebé se acostumbre desde temprano a la rutina de higiene oral.
3. Cuando el primer diente aparece (generalmente alrededor de los 6 meses) la limpieza ya no es opcional.

Erupción dentaria: lo normal, lo molesto y los mitos:

La salida de los dientes puede provocar malestar, irritabilidad, aumento de la salivación, necesidad de morder objetos y cambios transitorios en el sueño.

Lo que es importante aclarar es que la erupción dentaria no causa fiebre. Atribuir la fiebre solo a los dientes puede retrasar el diagnóstico de una infección.

Para aliviar el malestar se puede:

- Ofrecer mordedores fríos (no congelados).
- Realizar masajes suaves en las encías con el dedo limpio.
- Usar analgésicos si el malestar es importante.

No se recomienda el uso de geles anestésicos tópicos para encías, ya que pueden ser peligrosos en bebés.

El primer diente: un pequeño gran momento:

Los llamados dientes de leche no son “de prueba”. Cumplen funciones fundamentales: permiten masticar, hablar correctamente, mantener el espacio para los dientes definitivos y algo no menor, evitan dolor e infecciones. Desde que aparece el primer diente, se recomienda que un adulto cepille los dientes del niño dos veces al día, siendo el cepillado nocturno el más importante.

En cuanto a la pasta dental, la evidencia científica es clara:

- Desde la erupción del primer diente, se debe usar pasta con flúor.
- En menores de 3 años, una cantidad mínima, similar a un grano de arroz.
- El flúor, usado en estas cantidades, es seguro y una de las herramientas más efectivas para prevenir la caries.

Muchas familias llegan angustiadas por mensajes alarmistas que circulan en redes sociales. Pero es importante decirlo con claridad: el riesgo no está en usar flúor correctamente, sino en no usarlo y exponer al niño a caries tempranas, dolorosas y evitables.

¿Cuándo ir al odontopediatra?

La primera visita al odontopediatra debe realizarse antes del primer cumpleaños, o dentro de los seis meses posteriores a la aparición del primer diente.

¿Para qué ir tan temprano si “no hay caries”?

Justamente, para que no aparezcan.

Esa primera consulta es una oportunidad para evaluar el riesgo de caries, revisar hábitos, orientar a la familia y acompañar desde la prevención.

Biberón y hábitos orales:

El biberón puede ser una herramienta útil en determinadas etapas, pero no debería prolongarse más allá de lo necesario. Se recomienda iniciar el retiro progresivo del biberón alrededor del año de vida, favoreciendo el uso de vaso. Nunca debe usarse el biberón como “chupete” para dormir con leche, jugos o bebidas azucaradas. Esta práctica está fuertemente asociada a la caries de la primera infancia.

¿Y si mi hijo se chupa el dedo?

Chuparse el dedo es un hábito frecuente y normal en los primeros años de vida. En niños pequeños no suele ser un problema. Sin embargo, si el hábito persiste más allá de los 2 años, puede afectar la alineación de los dientes.

Algunas recomendaciones:

- No retar ni castigar al niño.
- Observar en qué momentos lo hace (cansancio, ansiedad, sueño).
- Acompañar con paciencia y refuerzo positivo.
- Consultar con el pediatra u odontopediatra si el hábito persiste.

¿Qué hacer ante un traumatismo dental?

Si tu hijo se golpea un diente:

- Mantén la calma.
- Revisa si hay sangrado, movilidad o cambios en el color del diente.
- Limpia suavemente la zona si hay sangre.
- Consulta lo antes posible con el odontopediatra, incluso si el diente es de leche.

La mayoría de los traumatismos dentales en la infancia tienen buen pronóstico si se evalúan a tiempo.

La responsabilidad es de los adultos:

Hasta aproximadamente los 7–8 años, los niños no tienen la habilidad motora suficiente para cepillarse correctamente solos. Por eso, aunque “quieran hacerlo”, el cepillado efectivo debe ser realizado o supervisado por un adulto, especialmente por la noche.

Para terminar...

Recuerda siempre que ninguna guía reemplaza la consulta con tu pediatra, pero sí puede ayudarte a tomar decisiones con menos miedo y más confianza porque cuidar una sonrisa desde el inicio también es una forma de cuidar la infancia.



Características de una adecuada silla de retención infantil.

La silla de retención infantil es un dispositivo de seguridad diseñado para proteger a bebés y niños durante el transporte de vehículos, adaptándose a su peso, altura y edad, reduciendo el riesgo de lesiones en caso de colisión.

A diferencia del cinturón de seguridad para adultos, las sillas infantiles se adaptan al tamaño, el peso y desarrollo del niño, protegiendo zonas especialmente frágiles como la cabeza, el cuello y la columna vertebral.

1. Características de la silla de retención con sus elementos:

a. Elementos Estructurales y de Seguridad:

- Armazón: alta resistencia, diseñado para absorber la energía del impacto y evitar deformaciones que alcancen al niño.
- Arnés de Seguridad: Los más seguros son los de 5 puntos de anclaje (hombros, caderas y entrepierna), que distribuyen las fuerzas del choque sobre las partes más fuertes del cuerpo.
- Broche de Cierre: Diseñado para ser difícil de abrir para un niño, pero fácil de liberar para un adulto en caso de emergencia.
- Protección contra impactos laterales: Refuerzos en los laterales y el reposacabezas.

b. Sistemas de instalación y anclaje

- Conectores rígidos o correas que se enganchan directamente al chasis del vehículo, reduciendo errores de instalación.
- Elementos anti-rotación que evitan que la silla se incline hacia adelante.

c. Elementos de Confort y Ajuste

- Reposacabezas ajustables, por el crecimiento del bebé.
- Almohadillas adicionales para recién nacidos que aseguran una postura correcta y evitan el movimiento excesivo de la cabeza.
- Sistema de reclinación: para evitar la asfixia postural en bebés (especialmente en el Grupo 0+) y para mayor comodidad durante el sueño.
- Fundas transpirables: Materiales textiles que permiten la circulación del aire y son lavables para mantener la higiene.

d. Certificación e información técnica

- Etiqueta de Homologación: Indica que la silla cumple con normativas internacionales.
- Indicadores de Instalación: dispositivos visuales (normalmente verdes/rojos) que confirman si la silla está correctamente anclada.
- Fecha de vencimiento: Los materiales plásticos se degradan con el tiempo; esta fecha indica hasta cuándo es seguro utilizar el dispositivo.

2. ¿Dónde colocar la silla dentro del carro?

El lugar más seguro es el asiento trasero, preferiblemente en el asiento central si el vehículo lo permite. Nunca en el asiento delantero con airbag activo (especialmente grupo 0/0+)

3. ¿Cómo instalar correctamente la silla?

Existen dos formas principales de instalación:

- Con sistema ISOFIX®: es el sistema más seguro y fácil y reduce errores de instalación.
- Con cinturón de seguridad: el cinturón debe quedar bien tenso. La silla no debe moverse más de 2 cm al empujarla.
- Sistema LATCH®: ganchos y correas (sistema americano).

4. Errores más comunes que debes evitar:

- Pasar al siguiente grupo muy rápido.
- Colocar la silla mirando hacia adelante antes de tiempo
- Usar la silla sin respaldo cuando aún no corresponde.
- Instalarla sin leer el manual.
- Permitir que el niño lleve el cinturón de seguridad bajo el brazo.

5. ¿Cuándo dejar de usar la silla?

Un niño puede dejar de usar la silla de retención sólo cuando:

- El cinturón le pasa correctamente por el hombro no por el cuello.
- La banda inferior queda sobre la cadera no por el abdomen.
- Puede apoyar los pies en el suelo del vehículo.
- Puede mantener una postura correcta durante todo el trayecto esto suele ocurrir entre 10-12 años dependiendo de la altura.

El Proyecto de Ley 52, aprobado en marzo del 2025, establece el uso obligatorio de sillas de retención infantil en vehículos particulares para menores con una estatura inferior a 135 cm en nuestro país. La norma, diseñada para niños de hasta aproximadamente 12 años, exige el uso de un sistema de retención adecuado en los asientos traseros.

Importancia del juego en los niños.

Actividad con motivación intrínseca, que implica participación enérgica y resulta en un descubrimiento alegre. El juego es voluntario y a menudo no tiene objetivos extrínsecos; es divertido y a menudo espontáneo. A menudo se ve a los niños participando activa y apasionadamente involucrados en el juego; esto desarrolla habilidades de función ejecutiva y contribuye a la preparación escolar (los niños aburridos no aprenden bien). Mejora la estructura y el funcionamiento del cerebro y promueve la función ejecutiva (es decir, el proceso de aprendizaje, más que el contenido), lo que nos permite perseguir objetivos e ignorar las distracciones.

Como bases del aprendizaje son importantes: la plasticidad neuronal, el sistema límbico y la amígdala cerebral, ya que juegan un papel fundamental en el proceso de aprendizaje, tal es el caso de la flexibilidad neuronal, ya que de ella depende la consolidación de las redes neuronales interconectadas. El sistema límbico, su estructura está conformada por el tálamo relacionada con el placer y dolor, la amígdala cerebral relacionada con los impulsos, los miedos, la protección y la hostilidad, el hipotálamo con el cuidado de los demás.

Categorías del juego infantil

Las categorías principales del juego infantil se pueden clasificar según el desarrollo del niño o su interacción social.

Según el desarrollo del niño (clasificación de Piaget)	Según la interacción social. Definidas por la socióloga Mildred Parten en 1932
Juego funcional o de ejercicio: Se utiliza para el desarrollo de habilidades motoras. Los niños repiten movimientos, como correr, saltar o manipular objetos de forma práctica. Etapa cognitiva: Sensorio Motora (0 a 2 años).	Juego individual: El niño juega solo, sin interactuar con otros, aunque esté rodeado de ellos. Entre 3 meses y 2 años.
Juego de construcción: Consiste en ensamblar objetos para crear algo nuevo, como construir con bloques o piezas. Etapa cognitiva: Pre Operacional inicial (2 a 3 años).	Juego en paralelo: Los niños juegan en compañía de otros, pero cada uno juega de forma independiente con su propio juguete o actividad entre 12 y 24 meses.
Juego simbólico o de fantasía: Los niños usan objetos para representar otra cosa. Un palo puede ser un caballo, o una caja de un coche. Etapa cognitiva: Preoperacional (2 a 7 años).	Juego de parejas: Implica la participación de dos jugadores. Entre 3 y 4 años.
Juego con reglas: Implica seguir normas y acuerdos. Este tipo de juego es más común en niños mayores. Etapa cognitiva: Operaciones concretas y formales (7 años en adelante).	Juego en grupo: Participan tres o más niños. Puede ser competitivo o cooperativo. Entre 4 y 6 años.

Beneficios del juego infantil

- Es indispensable para la estructuración del yo.
- Le permite al niño conocer el mundo que lo rodea y adaptarse a él, con dominio creciente del entorno como resultado directo.
- Es fundamental para que el niño aprenda a vivir.
- Enriquece la imaginación.
- Desarrolla la observación, ejercita la atención, la concentración y la memoria.
- Permite tres funciones básicas de la maduración psíquica: la asimilación, la comprensión y la aceptación de la realidad externa.

Grupos de Sillas de Retención Infantil (R44/04)

Grupo 0 / 0+
Bebés

Hasta 10 kg / Hasta 13 kg
0 – 15 meses

✓ A Contramarcha
✓ Recién nacidos / Bebés

Grupo 1
Niño Pequeño

9 – 18 kg
9 meses – 4 años

✓ Con Arnés de 5 Puntos
✓ Niños Pequeños

Grupo 2
Niño Mayor

15 – 25 kg
4 – 6 años

✓ Elevador con Respaldo
✓ Niños Mayores

Grupo 3
Niño Grande

22 – 36 kg
6 – 12 años

✓ Elevador Booster
✓ Niños Grandes

Sillas Multigrupo

0+ / 1 / 2 / 3
Crece con el Niño

44

45

¿Cómo incluir el juego en las recomendaciones del Consultorio Pediátrico?

- Permitir el juego en todos los ambientes donde se desarrolle el niño (hogar, colegio, etc.).
- Enaltezcan los esfuerzos y no solo los éxitos. Es fundamental exaltar en los niños todos los logros graduales y progresivos.
- Los límites se deben establecer en todo proceso de crianza, pero no interrumpa bruscamente el juego.
- Abogar por la protección del tiempo de juego no estructurado de los niños debido a sus numerosos beneficios.
- fomentar el aprendizaje a través del juego en las consultas pediátricas. La “receta para el juego” debe incluirse en cada visita de control del niño principalmente durante los primeros 2 años de vida.



Higiene del sueño.

La higiene del sueño es el conjunto de todas las conductas, costumbres o rutinas que hacemos durante el día y durante la noche, con el propósito de tener un sueño más restaurador.

Estas rutinas se pueden implementar incluso en bebés, teniendo en cuenta los beneficios en el crecimiento, desarrollo cognitivo, memoria, sistema inmune y humor que un sueño restaurador y adecuado para la edad pueden ofrecerles a los bebés. El primer año de vida está caracterizado por un gran cambio en los patrones de sueño. Una vez que crees que conoces el ritmo de un bebé, éste cambia.

Los recién nacidos duermen entre 16 y 18 horas por día, y los episodios de sueño están distribuidos de manera equitativa durante todo el día, sin ritmo circadiano aún, y no es extraño que algunos tengan “confusión” entre el día y la noche. En estos casos es recomendado exponerse a la luz, actividad física apropiada a la edad y ruido durante el día y todo lo contrario de noche. A esta edad es irreal esperar que tengan un horario fijo, lo importante es ofrecer las siestas siguiendo los signos de sueño que muestra el bebé como: mirada fija y parpadeo lento. Una vez estén llorando o arqueando la espalda va a costar más que concilien el sueño.

Al inicio, tienen 3 tipos de sueño: activo (el bebé puede moverse, quejarse e incluso hacer un llanto corto de menos de 30-60 segundos, pero sigue dormido), profundo/tranquilo, donde el bebé está quieto y callado e intermedio o transición entre estos.

Las siestas a esta edad suelen ser de contacto, y se ha demostrado que éstas tienen beneficios como: aumentar el apego (aumenta la secreción de oxitocina y se promueve la producción de leche materna), reducir el estrés en ambos (al disminuir cortisol) y regular la temperatura, la frecuencia cardíaca y respiratoria del bebé.

Sin embargo, cuando se trata de siestas independientes, y sobre todo durante la noche, es ampliamente recomendado seguir las directrices de Sueño Seguro para evitar las muertes relacionadas con el sueño: poner al bebé a dormir en su propio espacio, sobre una superficie plana y no inclinada (como una cuna o colecho) con colchón firme, sobre su espalda siempre, evitar el uso de posicionadores, nidos, sábanas sueltas, peluches, juguetes y almohadones en la cuna, evitar el sobrecalentamiento con muchas capas de ropa, ofrecer lactancia materna, mantener las inmunizaciones al día, no fumar y mantener al bebé en la misma habitación al menos los primeros 6 meses.

Si mantener al bebé en su cuna sobre su espalda parece imposible, porque se despierta a los pocos minutos, puede ser de gran ayuda envolverlo con una sábana para contener el reflejo de Moro (movimiento súbito de los brazos al cambiar de posición o escuchar un sonido). Para hacer esto las piernas deben quedar con las rodillas flexionadas, pero debe poder moverlas. Se debe meter la mano entre la sábana y el pecho del bebé, y siempre debe ser colocado sobre su espalda. Una vez el bebé muestre signos de voltearse, ya no es seguro envolverlo. Si ya sabe voltearse para ambos lados, y al dormir se coloca boca abajo, ya es seguro que duerma en esa posición, pero siempre se debe colocar sobre su espalda al inicio del sueño.

A medida que los bebés van creciendo sus requerimientos de sueño van disminuyendo, y van pasando más tiempo despiertos durante el día. Es importante seguir ofreciendo siestas, y no mantener al bebé despierto todo el día para que duerma toda la noche. Hacer esto suele causar el efecto contrario, y provoca un sueño más fragmentado de noche, porque los bebés se ponen en “modo alerta” por no haber podido descansar bien durante el día.

Entre los 2 y 4 meses (en promedio entre las 8 y 12 semanas) se desarrolla el ciclo circadiano, empiezan a secretar melatonina y ahora tienen dos grandes tipos de sueño: Sueño REM (Movimiento Rápido de los Ojos) y Sueño No Rem. Es muy común notar siestas más cortas, que duran un ciclo de sueño entre 30-60 minutos, y un aumento de los despertares en la noche, usualmente cada 3-4 horas. Si los despertares son solo para buscar cierta ayuda para volverse a dormir (ejemplo: succión de un chupete), ayuda practicar que el bebé concilie el sueño de otras maneras a las que está acostumbrado para que ya no dependa de eso (ejemplo: con palmadas directamente en la cuna).



Una vez tienen 4 meses, se esperan entre 4 y 5 siestas; entre los 5 y 6 meses, 3-4 siestas; entre los 7 y 12 meses, dos siestas; entre los 13 y 18 meses hacen una única siesta y entre los 3 y 5 años dejan de hacerla.

Cada bebé tiene su propio requerimiento en particular, puede ser de requerimiento intermedio (como la mayoría), de requerimiento alto, cuando parecen necesitar más horas de sueño para sentirse restaurados, o de requerimiento bajo, donde duermen el mínimo recomendado y el bebé está de buen humor.

Entre los 4 y 12 meses, necesitan de 10 a 18 horas (promedio: 12-15 horas) en 24 horas; entre los 12 y 24 meses necesitan de 9 a 16 horas (promedio: 11 a 14 horas) en 24 horas; y entre los 3 y 5 años necesitan de 8 a 14 horas (promedio: 10-13 horas) en 24 horas.

Una rutina predecible y calmante, con pasos sencillos que se puedan replicar cada noche (como baño, el cual descende la temperatura y promueve el sueño, masaje, poner pijamas y leer un libro) les da señales externas a los bebés de que la hora del sueño se acerca. Esto, acompañado de un ambiente que promueva el sueño con: oscuridad (sobre todo a partir de las 8 semanas), evitando la exposición de luces verdes, moradas o azules (como las presentes en pantallas o en ciertas lámparas); una temperatura fresca; silencio o, de ser necesario, ruido blanco para amortiguar ruidos fuertes, facilitará aún más el proceso de que un bebé pase de estar despierto a tranquilamente dormido.

Estreñimiento en el niño pequeño.

El estreñimiento o constipación es un problema muy habitual en todas las edades pediátricas y afecta por igual a ambos sexos (ligeramente más frecuente en varones).

El patrón de las evacuaciones varía con la edad, especialmente por debajo de los 4 años. Los alimentados al pecho materno pueden realizar una evacuación líquida tras cada toma y efectuar entre 8-10 evacuaciones en un día o, por el contrario, tener una frecuencia de evacuaciones muy baja realizando evacuaciones incluso cada 2 días, pero de consistencia blanda y que no se acompañan de esfuerzo para evacuar. Ambos supuestos deben considerarse normales y no ser catalogados erróneamente como diarrea y estreñimiento, respectivamente. En los alimentados con una fórmula infantil, las evacuaciones pueden variar entre 1-2 evacuaciones al día. Con la edad va disminuyendo la frecuencia de las evacuaciones, siendo la media a los 4 años de 1-2 al día y, a partir de ahí, asemejarse a la frecuencia en el adulto, que oscila de 3 evacuaciones al día a 3 evacuaciones a la semana.

Se conocen algunos factores desencadenantes que favorecen la aparición del estreñimiento en la infancia, como son la sustitución de lactancia materna por fórmula, la fase de entrenamiento en el control de los esfínteres y el inicio de la etapa escolar. A menudo el estreñimiento es el resultado de los intentos voluntarios repetidos de retención de las heces en un niño que trata de evitar las evacuaciones debido a temores asociados a una experiencia dolorosa previa. Esta conducta de retención de las evacuaciones conduce a una mayor absorción de agua a nivel del intestino grueso, creando heces más duras, con el consiguiente círculo vicioso. Además, al introducir alimentos diferentes a la leche en la dieta del niño (alimentación complementaria), olvidamos introducir agua en la dieta.

El enfoque diagnóstico del niño con estreñimiento tiene como pieza básica una entrevista con los padres y un examen físico del niño y se reserva para definir aquel estreñimiento que se prolonga durante al menos 8 semanas y cumple dos o más de los siguientes criterios:

- Menos de 3 evacuaciones a la semana.
- Heces voluminosas en recto o palpables en el abdomen.
- Heces voluminosas que obstruyen el inodoro.
- Maniobras y comportamiento para evitar las evacuaciones (se esconden en cuclillas detrás de las cortinas, muebles y cierran las piernas en forma de tijera para evitar la salida de las heces)
- Evacuación dolorosa.

No es necesario efectuar ninguna exploración complementaria para establecer el diagnóstico.

En los lactantes menores suele confundirse estreñimiento con disquécia del lactante. La disquécia del lactante es un trastorno transitorio que se manifiesta en menores de 6 meses en forma de episodios de gran esfuerzo (pujo), coloración roja en la cara, llanto y evacuaciones blandas cada 2-3 días.

El enfoque de tratamiento del estreñimiento incluye tranquilizar a los padres, brindarles asesoramiento preventivo, información sobre la evolución natural de la enfermedad y restablecer un patrón de evacuaciones regular y prevenir las recurrencias. Se debe trabajar en diversos aspectos:

- Información a los padres: Esta es una enfermedad benigna y se resolverá cuando el niño gane confianza y se asegure de que la evacuación no le producirá dolor; el entrenamiento para evacuar no se realizará de manera adecuada hasta que este dolor desaparezca.
- Intervención conductual: Desarrollar rutinas que posteriormente se transformen en hábitos intestinales saludables. Los niños deben ser animados a evacuar después de cada comida, aprovechando el reflejo gastrocólico. Deben disponer de tiempo después de las comidas para ir al baño y poder evacuar sin prisa, evitando la lectura y otros entretenimientos. Es importante que los niños pequeños puedan apoyar los pies sobre el suelo o una superficie fija al intentar evacuar de modo que puedan hacer más fácilmente presión sobre el estómago.
- Intervención alimentaria: Controlar la ingesta de fibra (frutas, verduras, cereales integrales) y agua.
- Medicamentos: Se deben ofrecer después de los 6 meses de vida laxantes osmóticos o estimuladores para ablandar las

heces y es muy importante señalar que el tratamiento puede ser prolongado, porque retirar los medicamentos depende de que tan resuelto este la sensación de dolor en los niños y las recaídas suelen ser frecuentes.

- Probióticos: ante la ausencia de datos de alarma, se podría considerar la posibilidad de utilizar algunas cepas de probióticos que han mostrado evidencia científica.

En resumen, el estreñimiento es común en la población pediátrica, su presentación puede variar según la cultura, la raza, las diferencias étnicas y las regiones geográficas. Aunque se considera una enfermedad benigna, son motivo de gran preocupación entre los padres y cuidadores y pueden derivar en situaciones estresantes. Si no se trata, pueden tener efectos significativos en la calidad de vida y también consecuencia a largo plazo.



Desviaciones fisiológicas de las extremidades del lactante y preescolar y ¿Cuándo referir?

El crecimiento es un proceso dinámico en donde el cuerpo presenta muchos cambios a medida que pasan por las distintas etapas del desarrollo. Al ser una especie que no caminamos desde que nacemos, la marcha se irá adquiriendo y perfeccionando mientras nuestro sistema nervioso madure. Al principio, cuando el niño empieza a caminar de forma independiente, la marcha es inestable, de base ancha (separando los pies), con rotación hacia afuera de los pies, utilizando los brazos para mantener el equilibrio. Este patrón va cambiando durante los primeros dos años de vida y poco a poco se irá acercando al del adulto alrededor de los 7-8 años. Esta inmadurez neurológica ocasiona, durante ese período, que los niños se caigan o tropiecen con frecuencia.

Cambios en la alineación y rotación de los miembros inferiores:

“Doctor(a), mi hijo presenta las rodillas muy abiertas”: “mi hija camina chocando las rodillas”; “mi hijo mete mucho los pies”; “mi hija se cae mucho”. Estas son preguntas frecuentes que pueden representar una preocupación para los padres. Debemos conocer cuáles son los cambios normales o fisiológicos que presentan la mayoría de los niños. Es importante tener en cuenta que estos no son iguales en todos los pacientes, pero sí deben darse dentro de un rango de edad ya establecido. El recién nacido, presenta una alineación en el plano frontal (de frente) en varo (las rodillas se separan y los tobillos se juntan; “forma de vaquero”) de unos 10 a 15°. Esta angulación puede aumentar al empezar a caminar y ser máxima al año y medio de vida. Cerca del 2do año de vida, cambia a neutro y posteriormente a valgo (las rodillas se juntan y los tobillos se separan; “en forma de x”) con un máximo a los 4-5 años (10-15°). Esta alineación en valgo va disminuyendo hasta llegar a su alineación definitiva entre los 8 y los 9 años (5-7°).

En el plano rotacional, al principio los pacientes presentan leve rotación externa (hacia afuera) de los pies, buscando equilibrio. Posteriormente, se evidencia una rotación interna (mete los pies) que va cambiando lentamente hacia la rotación externa. Inicialmente, el fémur presenta una torsión femoral interna (las caderas se encuentran hacia adelante) de aproximadamente 30° con el nacimiento, hasta unos 10-15° con la madurez. La tibia rota externamente de 5° hasta los 15° con la madurez. La edad máxima en que deben corregir esta alineación es variable, pero se espera que entre los 8 y los 10 años la mayoría lleguen a la normalidad. Las rotaciones externas siempre empeoran con el tiempo por lo cual deben ser atendidas con prioridad. Otra patología que pudiera causar la rotación interna es el aducto metatarso. Los pacientes presentan una desviación interna del mediopié, la cual puede ser normal hasta los 4 años.

Los procesos fisiológicos deben presentarse en el niño de forma simétrica (igual o poca diferencia entre un lado y el otro) y dentro de los rangos esperados. Cualquier otro patrón podría ser patológico y debe ser evaluado por el Pediatra u Ortopedia Pediátrica. Por ejemplo, en un paciente con genu varo (piernas en vaquero) que se mantiene luego de los 2 o 3 años podría tratarse de una patología llamada Enfermedad de Blount.

Estos patrones pueden tener un componente hereditario de padres a hijos, principalmente la alineación del plano frontal.

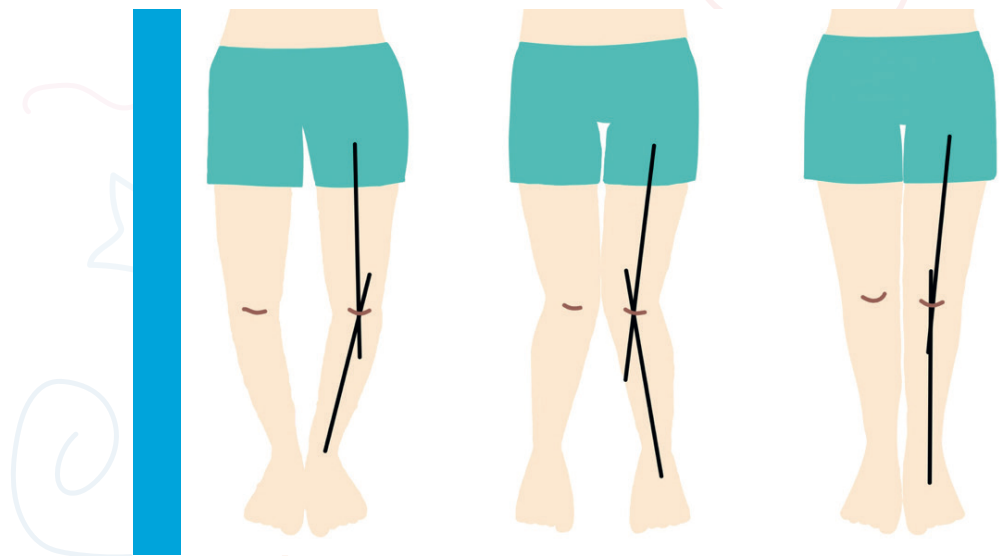
Cuadro clínico y examen físico.

Habitualmente el niño está sin síntomas. Algunos pueden quejarse de dolor de rodillas o de caídas frecuentes. No está asociado con hinchazón, enrojecimiento, fiebre u otra sintomatología. De lo contrario debemos sospechar de otras enfermedades.

A la exploración física, se debe evaluar la marcha en línea recta, con o sin ayuda de vídeo en cámara lenta, esto permite una valoración integral.

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza mediante el examen físico. En ocasiones es necesario indicar radiografías de caderas, rodillas o tobillos para descartar otras patologías asociadas. La tomografía computarizada o la resonancia magnética pueden ser útiles para planificación preoperatoria o para descartar otras patologías.



¿Cuándo sospechar que no es un cambio normal del crecimiento?

Debemos pensar que podría existir un problema al presentarse: talla baja, asimetría (deformidad en un solo lado), torsión interna excesiva, deformidad fuera de la edad típica (ejemplo, deformidad en varo mayores de 2 años), antecedentes de trauma, infecciones, deformidad que progresa sin mejoría. Al tener cualquiera de estos hallazgos el paciente debe ser evaluado por su Pediatra, y a su vez debe ser referido a Ortopedia Pediátrica.

Tratamiento

El tratamiento usualmente es la observación periódica del patrón de la marcha, incentivando la actividad física. Inicialmente podemos realizar evaluaciones en períodos de 6 meses a 1 año para permitir diferenciar si hay cambios con el crecimiento. Se recomienda actividad física temprana como natación, bicicleta, uso de patines, danza, ballet, gimnasia, entre otras actividades que le gusten al niño y permitan un crecimiento adecuado. La posición en “W” (sentarse en el suelo con las piernas hacia atrás) es una posición que adopta el paciente cuando presenta una rotación aumentada de las caderas. De ser posible debe corregirse al infante, aunque esto no ha demostrado que mejore o empeore el acto de meter los pies.

Antiguamente se recetaba botas ortopédicas, twisters, férulas, yesos, ligas entre otros dispositivos, con la creencia que al mejorar la pisada se mejoraba la alineación y la rotación de la extremidad. Hoy en día, no hay evidencia suficiente que muestren beneficios del uso de botas, incluso los especialistas ya no las recomiendan ya que pueden entorpecer el desarrollo neurológico del paciente, afectar el equilibrio y la coordinación. Además, representan estrés para padres y niños, no son cómodas, a menudo son rechazadas y se generan gastos innecesarios.

Ante la duda, los padres deben llevar a sus hijos para ser evaluado por el pediatra quien guiará la necesidad de un especialista y no esperar a que se presente una deformidad mayor.

El pie plano es una de las patologías más consultadas por los padres, principalmente en la infancia temprana cuando empiezan a caminar. Tradicionalmente, se consideraba una patología, hoy en día representa una variante de la “normalidad”. Así el pie plano, el pie cavo (puente alto) y el pie “normal” pueden estar presentes en los niños, pero no necesariamente están asociados a alguna enfermedad.

Recomendaciones para la prevención y manejo del pie plano.

Definición

El pie plano es aquel pie que, en apoyo, pierde parcial o totalmente el arco longitudinal interno (puente). El pie tiene tres componentes anatómicos importantes: el antepié, compuesto por falanges y metatarsianos; el mediopié, compuesto de los huesos del tarso y el retropié que constituye el talón, compuesto por el astrágalo y el calcáneo.

El arco longitudinal del pie (puente) está constituido por huesos, ligamentos y músculos que mantienen la forma de bóveda del puente. Esta estructura es importante para distribuir el peso corporal, brindar estabilidad, equilibrio y absorber impactos. Se forma en la primera década de vida del niño.

En el pie plano el antepié está en supinación (gira hacia dentro) y el retropié se encuentra en valgo (talón hacia afuera).

Se puede clasificar en pie plano flexible o rígido. La incidencia del pie plano flexible es desconocida, ya que no todos los pacientes que lo presentan acuden a atención médica. Todos los menores de 2 años tienen ausencia de puente debido a un exceso de grasa en el pie el cual va disminuyendo a medida que se va desarrollando el arco. Esto puede observarse con más claridad en pacientes obesos que son más propensos a desarrollar pie plano flexible. El 4% de los pacientes, a los 10 años, presenta pie plano flexible. El pie plano no puede prevenirse, pero se puede tratar para disminuir los síntomas. La prevalencia aumenta en hijos de padres que lo padecen.

El pie plano flexible se debe a laxitud ligamentosa aumentada la cual lleva a cambios secundarios en el tarso y no se debe a debilidad muscular. Puede haber acortamiento del tendón de Aquiles causando dolor. Pacientes que presentan hiperlaxitud ligamentaria, pueden estar predispuestos a presentar pie plano.

Cuadro clínico y examen físico

Generalmente no presentan síntomas. Cuando se presentan los síntomas, los más comunes son: dolor plantar o en las piernas, que se puede extender hasta las rodillas, cansancio al realizar actividad deportiva o al caminar largas distancias, e inestabilidad durante la marcha. Se puede evidenciar un gasto de la suela del zapato más del lado interno. Debemos descartar otras alteraciones de los miembros inferiores ya sea rotacionales o angulares que estén asociadas.

Radiografías

No son necesarias si el paciente está sin síntomas. El paciente con síntomas será enviado al ortopeda quien decidirá los pasos a seguir.

Tratamiento

La principal recomendación para que el puente del pie se desarrolle de forma correcta, es que el paciente esté la mayor parte del tiempo descalzo, sobre todo si está en casa. Es importante que el calzado sea flexible en su parte anterior y semi rígido en su parte posterior, además con una buena suela. Es recomendable llevar a los niños para que caminen descalzos en arena, tierra o hierba para fortalecer los músculos del pie.

El pie plano no necesita tratamiento, al menos que presente síntomas. Los insertos o plantillas pueden ayudar a aliviar la sintomatología, pero no cambian el curso natural. Es decir que, aunque se utilicen, al retirarlas se notará la pérdida del arco. Los zapatos ortopédicos, tradicionalmente utilizados para mejorar el puente, no han demostrado beneficio alguno, es más, pueden empeorar el cuadro. Además, pueden limitar el desarrollo natural del puente, afectando la libertad de movimiento, la coordinación y la postura. También pueden presentar un impacto psicológico para los padres y los niños. En pacientes con dolor y fatiga es recomendable la fisioterapia para estirar y fortalecer la musculatura.

En casos muy extremos, algunos pacientes requieren cirugía cuando el niño persiste con síntomas importantes o limitación funcional luego del tratamiento conservador. Usualmente se realizan cirugías en mayores de 8 años.

¿Cuándo debe ser evaluado su hijo?

El paciente debe ser referido y evaluado por un Ortopeda Pediátrico: si presenta dolor durante la marcha, fatiga, caídas frecuentes, limitación al realizar las actividades diarias. Pie plano severo que afecte el equilibrio y postura. Pacientes que presenten rigidez de las articulaciones del pie, deben ser estudiados a fondo para evaluar otras causas que estén causando la deformidad.

V. Infancia y Pre-Escolar (Crecimiento y Seguridad)

Temas centrados en la transición a la niñez, incluyendo el entrenamiento y la seguridad en el hogar.

Guía para el acompañamiento del control de esfínteres.

El entrenamiento para ir al baño se trata más bien de acompañar al niño en el proceso madurativo. Suele avanzar mejor cuando el niño muestra señales de preparación y el adulto acompaña con rutina, calma y refuerzo positivo. Todos los niños sanos eventualmente aprenderán a ir al baño. Se ha encontrado que las habilidades de desarrollo que se requieren en el entrenamiento ocurren después de los 24 meses de edad. Sin embargo, está bien esperar hasta que sienta que su hijo está listo.

Considerando que cada familia y cada niño son únicos, las recomendaciones sobre el momento ideal o el mejor método deben ser individualizadas. En este sentido, el pediatra puede brindar orientación a padres y cuidadores sobre los métodos de aprendizaje más adecuados e identificar si existe alguna dificultad para alcanzar este hito del desarrollo. Existen varios métodos de entrenamiento, la mayoría se enfocan en el niño, evalúan la preparación utilizando la madurez fisiológica, la capacidad de comprender y responder a la retroalimentación externa y la motivación interna. Todos recomiendan evitar los regaños, la generación de conflictos, presiones o castigos. Pausar si hay resistencia, permitiendo que el niño marque el ritmo para favorecer su independencia y autoconfianza.

Sea cual sea el método que escojas, es importante que tomes en cuenta lo siguiente:

- Conocer la naturaleza del niño y su desarrollo, no es necesario imponer horarios.
- Empezar cuando veas que está listo (alrededor de los 18-30 meses).
- Observa las señales de preparación como: mostrar interés, seguir a los padres al baño, o tener patrones predecibles, no forzarlo.(Wyndaele et al., 2020)
- Refuerzo positivo: elogia y anima cuando lo haga bien.
- Flexibilidad y pausa: si hay resistencia o angustia, haz una pausa y vuelve a intentarlo después, sin castigos ni vergüenza.
- Prioriza el amor y una conexión emocional fuerte, para que se sienta seguro y motivado.
- Enfócate primero en el acto de orinar o defecar en el lugar correcto, lo demás (bajarse la ropa, limpiarse) después.
- Introduce el orinal/inodoro: anímale a sentarse, incluso si solo es por unos minutos, haciendo la experiencia agradable con canciones o cuentos.
- Usa refuerzo positivo: un “¡Muy bien!” o un aplauso cuando lo logre.
- Maneja accidentes con calma: recuérdale suavemente el orinal y anímalo para la próxima vez, sin regañar.

El objetivo es que el niño aprenda a controlar sus funciones de forma natural y positiva, no por miedo o presión. Es normal que el control nocturno tarde más que el diurno. También son normales retrocesos debido a estrés, cambios o enfermedad. Cuándo Consultar: presencia de dolor, sangre, infecciones urinarias repetidas, estreñimiento persistente o escapes diurnos frecuentes después de los 4 años.

Seguridad en casa y prevención de accidentes.

Los accidentes son aquellas circunstancias no previstas que aparecen de forma inesperada y que pueden originar lesiones, las cuales pueden ser leves como: quemaduras, heridas, hematomas y algunos más graves que pueden poner en riesgo tu vida o la de los demás.

El 90% de los accidentes en casa se pueden prevenir. Los niños son unos curiosos exploradores, pero tienen muy escasa experiencia para evitar riesgos y peligros, y ellos son los que sufren con mayor frecuencia los accidentes domésticos por su ignorancia, fragilidad e inmadurez, lo que los hace más vulnerables e indefensos. Pueden ocurrir en cualquier lugar como en la casa, en el colegio o en la calle y ocurre cuando menos lo esperas.

¿Cuáles son los accidentes más comunes que pueden ocurrir en casa?

- Caídas y Golpes · Atragantamiento · Intoxicación · Electrocutión
- Heridas
- Quemaduras

Accidente para evitar	Recomendaciones desde la consulta pediátrica para evitarlos
Asfixia	• Evitar ropa con botones o piezas decorativas pequeñas que puedan tragar o aspirar. • Evitar juguetes con baterías de botón. • No ofrecer a niños pequeños globos desinflados o alimentos con semillas. • Cuidado con los trozos de alimentos que se sirven. • Al comer o jugar, los niños deben estar supervisados por un adulto responsable. • Evita los cojines, peluches y mantas en la cuna y cama de sus bebés / niños. • Evitar decoraciones con cintas que puedan ocasionar ahorcamiento.
Intoxicaciones y envenenamientos	• Las alacenas y sitios de guardado de insumos de limpieza, medicamentos, sustancias químicas en general deben estar cerrados y no accesibles para los niños.

Caídas de altura	• ¡No usar andaderas! • Las escaleras siempre deben tener pasamanos. • Todos los elementos que posean barrotes decorativos o los de la cuna deben estar separados hasta 6 centímetros o menos, para evitar que metan la cabeza. • Los balcones deben tener malla de seguridad por empresas certificadas. • Los elementos decorativos, muebles y otros elementos que puedan ser una barrera para tropezar deben ser revisados y eliminados. • Revisar la propiedad antideslizante de pisos y balcones. • Los niños siempre deben usar cascos, rodilleras y otros elementos de seguridad al manejar bicicleta, etc.
Traumas contusos (golpes) y cortantes	• Eliminar del acceso de los niños utensilios filosos o puntiagudos. • Coloque protectores acolchados en las esquinas de mesas y muebles.
Quemaduras	• Jamás cocine con su hijo en brazos. • De ser posible, la cocina siempre debe estar separada por puertas o barreras. De lo contrario, jamás dejar solo a su niño si está cocinando. • No usar manteles que puedan halarse con facilidad. De haber recipientes con líquido caliente, podría ocasionar quemaduras por escaldadura. • No utilice planchas de cabello o para ropa cerca de los niños. Luego de utilizarse verifique que quede fuera del alcance de ellos. • Verificar siempre el uso de agua caliente en los niños. • La temperatura ideal del agua para bañar al niño es de 36 a 37 grados Celsius y la temperatura del cuarto donde bañan al niño debe ser de 25 grados centígrados aproximadamente, porque los bebés se enfrían rápidamente. • Evita la exposición prolongada de los niños a los rayos solares. • Usar protectores solares infantiles con SPF desde 30.
Ahogamientos	¡Cualquier depósito de agua es un riesgo en el hogar! Sin importar cuánto volumen contenga. Un niño se puede ahogar en depósitos de agua de 2 a 8 centímetros de agua. • No dejarlos solos en bañeras, piscinas, etc. • Cuando las piscinas no estén en uso deben tener malla perimetral que impida el acceso libre. • De tener agua almacenada en el hogar, se debe mantener tapada en todo momento. • Coloque seguro en las tapas de inodoros.

Aplastamiento	• Asegure todo lo que pueda volcarse encima de los niños (televisores, adornos, puertas de horno y estufas, muebles donde puedan subirse, entre otros).
Hechos de tránsito	• Los niños no deben viajar en moto. • Las sillas de retención infantil se usan desde el nacimiento del bebe hasta los 12 años. • Los adolescentes y adultos deben usar cinturón de seguridad SIEMPRE. • Evite que sus niños manipulen palancas de freno y otros elementos del vehículo. • No deje a los niños solos dentro de los vehículos.



Importancia de la disciplina y los límites en la infancia.

La disciplina y los límites en la infancia son fundamentales para el desarrollo saludable, ya que proporcionan seguridad, estructuran el entorno y fomentan la autorregulación emocional. Establecer normas claras ayuda a los niños a entender las expectativas sociales, desarrollar autonomía, tolerancia a la frustración y prevenir comportamientos inseguros.

Beneficios Clave de la Disciplina y los Límites:

- Seguridad emocional: Un entorno con límites predecibles reduce la ansiedad y aumenta la confianza del niño, sabiendo qué está permitido y qué no.
- Autocontrol y autorregulación: Ayuda a gestionar impulsos, fomentando la paciencia y la capacidad de posponer la gratificación, habilidades cruciales para la vida adulta.
- Desarrollo de la responsabilidad: Aprenden a comprender las consecuencias de sus acciones, promoviendo la toma de decisiones conscientes.
- Habilidades sociales y respeto: Fomenta la empatía y el respeto mutuo, enseñando a valorar las necesidades de los demás y a convivir de forma armoniosa.
- Prevención de riesgos: Los límites señalan qué conductas pueden causar daño, protegiendo al niño en su exploración del mundo.

¿Cómo establecerlos efectivamente?

La disciplina debe ser positiva, basada en el afecto y la constancia, no en el autoritarismo. Las normas deben ser breves, claras y adaptadas a la edad del niño. Es esencial que las figuras de autoridad (padres, cuidadores) sean coherentes entre sí, para evitar la inseguridad en los pequeños.

Los padres juegan un papel crucial en la disciplina y el establecimiento de límites en la infancia.

Su responsabilidad incluye:

- Establecer límites claros y consistentes: Los padres deben definir expectativas y normas que los niños comprendan y sigan. Esto ayuda a crear un entorno predecible y seguro para el crecimiento y desarrollo de los niños.
- Fomentar la autorregulación: Los padres deben enseñar a los niños a manejar sus emociones y comportamientos sin necesidad de que estén siempre presentes. Esto les permitirá tomar decisiones responsables en el futuro.
- Comunicación abierta: La comunicación efectiva entre padres e hijos es esencial para establecer y mantener límites. La discusión abierta sobre expectativas y normas ayuda a los niños a entender lo que se espera de ellos.
- Refuerzo positivo: Los padres deben recompensar comportamientos positivos y fomentar la autoestima en los niños. Esto les ayuda a desarrollar habilidades sociales y emocionales que serán esenciales en su vida adulta.

La disciplina y los límites son herramientas positivas que ayudan a los niños a aprender y crecer, en lugar de ser un medio para imponer control o generar miedo. La clave está en la consistencia y la comunicación abierta entre padres e hijos.

Prevención de abuso infantil.

Como madres, padres y cuidadores, nuestro mayor deseo es ver a nuestros niños crecer sanos, felices y seguros. Hablar sobre el abuso infantil puede ser difícil, pero es fundamental para proteger el bienestar de los más pequeños. El abuso infantil incluye cualquier forma de maltrato físico, sexual o emocional, así como la negligencia, que afecte a un menor de 18 años. Puede ocurrir en cualquier entorno y, con frecuencia, dentro del círculo cercano del niño (familiares, cuidadores o personas conocidas).

La buena noticia es que el abuso infantil sí se puede prevenir. Todo comienza en casa, con amor, educación y una comunicación abierta con nuestros hijos.

Como pediatras, vemos en consulta que muchos niños no siempre saben explicar con palabras cuando algo les incomoda o les hace daño. Por eso es tan importante que los adultos estemos atentos a las señales.

Señales de alerta

No siempre es fácil identificar el abuso infantil, especialmente en los más pequeños. Sin embargo, existen señales que pueden indicar que algo no está bien y que requieren atención:

- Cambios de comportamiento: tristeza, miedo, irritabilidad, agresividad o aislamiento sin una causa clara.
- Alteraciones del sueño o del apetito: pesadillas frecuentes, dificultad para dormir, pérdida del apetito o regresiones (por ejemplo, volver a mojar la cama).
- Lesiones físicas sin explicación clara: moretones, quemaduras u otras heridas con versiones contradictorias de cómo ocurrieron.
- Conductas sexuales inapropiadas para su edad: juegos o conocimientos que no corresponden a su etapa de desarrollo.
- Miedo repentino hacia ciertas personas o lugares: evita o expresa temor sin una razón evidente.

Estas señales no confirman por sí solas que exista abuso, pero siempre deben tomarse en serio. Si nota uno o varios de estos signos en su hijo, confíe en su instinto protector. Hable con el niño con calma y delicadeza, y busque orientación con su pediatra o con un psicólogo infantil.

¿Cómo prevenir el abuso infantil?

La mejor forma de proteger a los niños es prevenir el abuso antes de que ocurra. Para ello, es importante crear un entorno familiar seguro, de respeto y confianza. Algunas recomendaciones prácticas son:

- Crianza sin violencia: evite los castigos físicos o humillantes. Discipline con métodos positivos, poniendo límites con cariño y respeto. La violencia nunca educa y puede dejar daños emocionales duraderos.
- Comunicación abierta: hable y escuche a sus hijos todos los días. Anímelos a contarle si algo los pone tristes o asustados. Un niño que se siente escuchado tiene más confianza para pedir ayuda.
- Educación sobre el cuerpo: enséñele que su cuerpo le pertenece. Nombre correctamente las partes íntimas y explíquele que nadie debe tocarlas ni pedirle que toque las de otra persona. Recuérdale que puede decir “no” y contarle a un adulto de confianza si algo lo incomoda.
- Diferenciar secretos: ayúdele a entender que los secretos que causan miedo, vergüenza o tristeza no deben guardarse y deben contarse a papá, mamá u otro cuidador de confianza.
- Respeto a su voluntad: no obligue al niño a dar besos, abrazos u otras muestras de cariño si no lo desea. Su “no” debe ser respetado.
- Supervisión y entorno seguro: conozca a las personas que pasan tiempo con sus hijos y observe cualquier cambio de conducta después de estar con alguien.
- Uso seguro de internet: supervise el contenido según la edad del niño. Establezca reglas claras sobre redes sociales y enséñele a no compartir información personal ni fotos, y a avisarle si algo en línea le resulta incómodo.

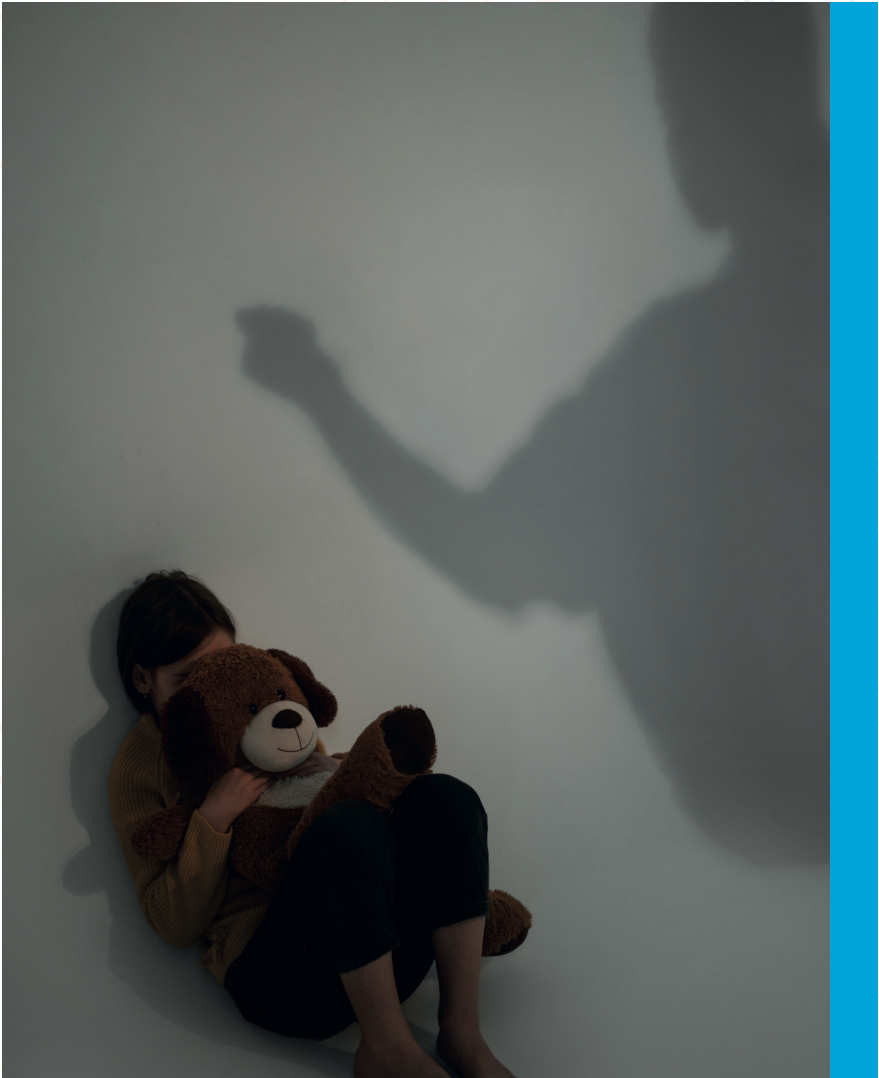
Cuando los niños crecen en un ambiente de respeto y amor, se sienten más seguros para hablar si algo les preocupa. Esto los protege frente al abuso.

¿Qué hacer ante una sospecha?

A pesar de las medidas preventivas, puede ocurrir que un niño sea víctima de abuso. Si su hijo le dice que alguien lo lastimó o usted tiene una sospecha, actúe de inmediato, pero con calma:

- Escuche y tranquilice al niño: mantenga la calma. Dígale que le cree, que hizo bien en contarlo y que no es su culpa.
- Protéjalo del posible agresor: asegúrese de que esté a salvo y lejos de la persona sospechosa.
- Busque ayuda médica y profesional: llévelo con su pediatra o a un servicio de urgencias para evaluación.
- Denuncie ante las autoridades: informe a la policía o a las instituciones de protección de la niñez de su comunidad. Esto es necesario para proteger al niño y evitar que otros sean dañados.
- Apoyo psicológico: un psicólogo infantil puede ayudar al niño a expresar lo que siente, inicie su proceso de recuperación y también, orientar a la familia.

La intervención temprana es fundamental. Con atención médica, legal y psicológica oportuna, muchos niños pueden recuperarse y continuar su vida de manera saludable. Recuerde: usted no está solo. Proteger a nuestros hijos es una responsabilidad compartida. Actuar con amor, sensibilidad y firmeza es defender su derecho a crecer seguros y felices.



VI. Salud Ambiental y Prevención de Enfermedades

Temas de salud que se aplican a lo largo de la infancia y la niñez.

Cuidados en el uso de los espaciadores y presurizados de dosis medida.

En las enfermedades respiratorias, como el asma, se utilizan medicamentos inhalados para controlar los síntomas y tratar las crisis. Estos medicamentos llegan directamente a los pulmones a través de dispositivos llamados inhaladores.

Un inhalador presurizado de dosis medida es un dispositivo pequeño que administra una cantidad exacta de medicamento a los pulmones. Funciona gracias a un gas que impulsa el medicamento, liberándose en forma de una nube muy fina llamada aerosol, cada vez que se presiona.

Pueden utilizarse de forma rápida y segura. Son fáciles de transportar y prácticos para usar en casa, en la escuela, durante viajes o paseos.

En niños, los inhaladores funcionan tan bien como los nebulizadores para el tratamiento de las crisis de asma cuando se utilizan correctamente.

Existen dos tipos principales de inhaladores: los inhaladores presurizados de dosis medida y los inhaladores de polvo seco. Los inhaladores de polvo seco se activan cuando el niño inhala con mucha fuerza, de forma rápida y profunda. Al hacerlo, el dispositivo libera el medicamento en forma de partículas. Para lograrlo, el niño debe saber coordinar su respiración con la activación del medicamento, por lo que se utilizan en mayores de 6 años y con mayor facilidad, en mayores de 12 años. Para que el asma del niño esté bien controlado, el inhalador debe administrarse correctamente y durante el tiempo indicado por su médico. Para lograr una mejor administración del medicamento, se utiliza un espaciador o aerocámara. El espaciador o aerocámara es un dispositivo en forma de tubo que se conecta al inhalador y retiene el medicamento durante unos segundos, permitiendo que llegue mejor a los pulmones.

Cuando no se utiliza correctamente, el niño puede seguir presentando crisis de asma, agitación, silbidos en el pecho y dificultad para respirar. Además, el uso adecuado del espaciador ayuda a evitar efectos no deseados en la boca y la garganta. Algunas de las ventajas del uso del inhalador con espaciador, en comparación con las nebulizaciones, se encuentran en un inicio de acción más rápido y un menor riesgo de contaminación por bacterias.

El espaciador o aerocámara puede utilizarse con mascarilla o con boquilla directa a la boca del niño.

¿Cómo se usa el espaciador sin mascarilla?

- Es preferible utilizarlo sin mascarilla cuando el niño es mayor de 6 años.
- Retire la tapa del inhalador y del espaciador o aerocámara.
- Agite el inhalador varias veces.
- Inserte la boquilla del inhalador en la abertura del espaciador, ubicada en uno de sus extremos.
- Pida al niño que exhale suavemente.
- Coloque la boquilla del espaciador dentro de la boca del niño, sobre la lengua.
- Asegúrese de que el niño cierre bien los labios alrededor de la boquilla.
- Presione la parte superior del inhalador una sola vez para liberar el medicamento.
- El niño debe inhalar lenta y profundamente por la boca. Si el espaciador hace un ruido “como un silbido”, significa que está respirando muy rápido.
- Pida al niño que retenga la inhalación durante unos 5 a 10 segundos. Si no puede hacerlo, dígame que respire normalmente por la boca unas 10 veces sin separar los labios de la boquilla.
- Luego debe exhalar lentamente.

Si necesita otra dosis, espere al menos un minuto y vuelva a agitar el inhalador antes de presionarlo nuevamente. Al finalizar, retire el inhalador del espaciador, coloque las tapas de ambos dispositivos y enjuague la boca del niño con agua, pidiéndole que la escupa.

¿Cómo se usa el espaciador con mascarilla?

- Agite el inhalador.
- Coloque la mascarilla sobre la cara del niño, cubriendo la boca y la nariz.
- Asegúrese de que la mascarilla esté bien ajustada al rostro del niño
- Presione el inhalador una sola vez.
- El niño debe respirar lenta y tranquilamente.
- Permita que respire al menos seis veces o durante unos 10 segundos.
- Retire la mascarilla del rostro.
- Enjuague la boca del niño con agua y pídale que la escupa.

Si el médico indicó más dosis, repita los pasos. Al finalizar, siempre coloque las tapas del inhalador y del espaciador. En el mercado existen espaciadores con mascarillas que tienen válvulas y otras sin válvulas. Es preferible utilizarlos con válvulas que se mueven durante la respiración del niño, ya que permiten mejor administración del medicamento, especialmente en niños pequeños.

Es importante reemplazar el espaciador si la goma ya no sostiene bien el inhalador o si la válvula de la mascarilla está dañada. Se recomienda reemplazarlo cada 6 meses. El espaciador debe limpiarse al menos una vez por semana. Para limpiarlo, retire las piezas, lávalas con agua tibia y jabón sin frotar, enjuáguese y déjalas secar al aire. Revise siempre la fecha de vencimiento del inhalador antes de usarlo. Lleve un control de las dosis utilizadas para evitar que se quede vacío y no suspenda el tratamiento sin indicación de su médico. Es recomendable que cada vez que iniciemos el uso de espaciadores, brindemos una explicación de su uso, para evitar mal empleo de estos.



Control ambiental en asma bronquial y alergias.

Las alergias respiratorias entre las que destacan el asma bronquial y la rinitis alérgica son enfermedades inflamatorias crónicas de las vías aéreas. Estas pueden controlarse mediante medidas de cuidado ambiental y medicamentos bajo supervisión de su Pediatra. En esta ocasión, nos enfocaremos en la importancia de un control ambiental adecuado.

Control ambiental en alergias respiratorias. Definición e importancia.

Se define control ambiental al conjunto de medidas y acciones que se realizan en el entorno del paciente (hogar, guardería, escuela, etc.), con el fin de prevenir, reducir o eliminar la exposición a sustancias alérgicas e irritantes que desencadenan crisis de asma u otras alergias respiratorias. Es la base principal del tratamiento de las alergias respiratorias, de ahí su gran importancia. El control ambiental busca prevenir y evitar la reacción desencadenante de la alergia. Tenga en cuenta que, aunque el paciente reciba los medicamentos prescritos por su médico pediatra, la enfermedad no podrá controlarse si no se mantiene un adecuado control ambiental.

El control ambiental ofrece ventajas, tales como:

- Mantiene controlada la enfermedad.
- Previene las emergencias, como crisis de asma, reacciones alérgicas y hospitalizaciones.
- Mejora la calidad de vida y rendimiento escolar del niño

Un ambiente bien controlado permite que el niño duerma y descanse mejor, falte menos a clases y pueda ser más activo en sus actividades diarias, lo que es muy importante para su desarrollo emocional y físico.

- Le permite participar en las actividades recreativas y deportivas.

¿Cuáles son los contaminantes e irritantes que le pueden desencadenar una crisis de asma o alergia respiratoria a su hijo?

El principal desencadenante del asma y las alergias respiratorias en Panamá al igual que en muchas otras partes del mundo es la exposición a los ácaros del polvo, intensificado por el clima tropical húmedo que tiene nuestro país, el cual favorece su proliferación en colchones, almohadas y alfombras.

Otros factores importantes son el humo de tabaco o cigarrillo (tanto tradicional como electrónico), fragancias, productos químicos de limpieza, humedad, moho, cucarachas, ratones y caspa de mascotas.

Con respecto al humo de cigarrillo es importante comprender que tanto su exposición de segunda y tercera mano, causan irritación inmediata a las vías respiratorias.

La exposición de segunda mano ocurre cuando las personas que no fuman respiran el humo de cigarrillo o pipa que es exhalado por el fumador.

La inhalación de tercera mano es la que ocurre por los residuos químicos tóxicos que deja el humo del cigarrillo en la ropa, cabello, paredes, cortinas, alfombras, muebles, etc. Estas partículas no desaparecen con la ventilación, son muy difíciles de eliminar y pueden persistir durante meses.

¿Qué hacer como padres?

Los padres juegan un rol crucial en el control ambiental y en la reducción de la exposición de sus hijos a estos alérgenos. Por lo cual es muy importante acudir a las citas con su pediatra y asegurarse de cumplir lo más estricto posible las medidas que se les brinden.

Recomendaciones de control ambiental

Su casa debe estar limpia, ventilada y sin humedad. Esta limpieza debe realizarse sin el paciente presente.

1. La casa —y especialmente la habitación del paciente— debe estar lo más despejada posible, no acumule objetos que se llenan de polvo y son difíciles de limpiar como: cortinas de tela, alfombras, peluches, mantas de lana, etc.
2. Preferiblemente debe trapear y limpiar con paños húmedos, para no levantar polvo que pueda ser inhalado. También puede utilizar aspiradoras.
3. Si es posible utilice colchones y almohadas antiácaros o en su defecto utilizar forros a prueba de alérgenos.
4. Mantenga el hogar seco y evite la humedad para prevenir la aparición de moho y ácaros. De ser necesario, utilice des-humidificadores que mantengan la humedad ambiental por debajo del 50 %, ya que este nivel de sequedad impide que los ácaros sobrevivan.
5. Lavar la ropa de cama al menos una vez a la semana, con agua hirviendo, para matar los ácaros y secar con calor natural o secadora.
6. Usar juguetes lavables y antialérgicos.
7. Utilice aire acondicionado cuyos filtros se limpien periódicamente o mantenga los abanicos limpios y no frente al niño.
8. Un desencadenante mayor del asma infantil es el humo de cigarrillo, por lo tanto, evite fumar dentro de la casa o auto-móvil. También hay que evitar la inhalación de humo de cualquier otra clase como mechitas para mosquitos, incienso, quema de leñas, etc.
9. Evite la exposición a olores irritantes. Ejemplo: perfumes, velas aromáticas, colonias o sustancias químicas de limpieza.
10. Se deben eliminar plagas como cucarachas y ratones. Para lograrlo, no mantenga comida en el dormitorio de su niño, limpie las migajas, lave los platos y utensilios de cocina inmediatamente los usa, mantenga cerradas las bolsas de basura.
11. Se recomienda evitar mascotas con pelos o plumas. Ya que su caspa, saliva y orina pueden contener proteínas que exacerban la alergia.
12. Prevenga cambios bruscos de temperatura. Principalmente evite pasar del calor al aire frío y seco.
13. Mantener las ventanas cerradas cuando haya contaminación ambiental; por ejemplo, en caso de incendios forestales, quemas de herbazales o fumigación contra mosquitos, etc.
14. Alergia alimentaria: evite sólo el alimento que usted sospecha le provoca asma o alergia respiratoria a su hijo. Consulte a su médico.
15. Procure que su hijo mantenga una dieta saludable y balanceada. Alta en frutas y verduras, ricas en vitamina A, C y E, así como pescados ricos en Omega 3, evite las comidas rápidas (“comidas chatarra”) y ultra procesadas. Brinde una alimentación lo más natural posible.
16. Todas estas medidas deben cumplirse tanto en las escuelas como en todo lugar donde se encuentre ubicado el niño.

Recuerde que un ambiente controlado es fundamental para que su niño, disfrute de una vida saludable, feliz y sin limitaciones respiratorias. Estas medidas deben realizarse siempre, aunque su hijo no esté enfermo y, por supuesto, siga todas las instrucciones de su Pediatra, en cuanto al control ambiental se refiere.

Escogiendo el adecuado protector solar para la edad de mi hijo.

Proteger la piel de los niños es fundamental, porque la mayor parte del daño solar que causa cáncer de piel en la adultez ocurre en la infancia y adolescencia. Por eso es importante saber qué protector solar usar según la edad.

La piel infantil es más delgada, tiene un sistema inmune inmaduro y una mayor susceptibilidad al daño solar, lo que implica un enfoque distinto según la edad. La literatura científica sostiene que la fotoprotección más efectiva en la infancia combina medidas físicas (ropa, sombra, sombreros) y el uso adecuado de protector solar como complemento, no como primera línea de defensa.

Esta guía te resume, de forma clara, lo que recomiendan dermatólogos, pediatras y estudios científicos actuales.

• 0 a 6 meses: Lo más importante es evitar el sol

Los estudios de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) y de organizaciones pediátricas coinciden en que los bebés menores de 6 meses no deben exponerse directamente al sol. En esta etapa la piel del bebé es muy delicada y no se recomienda usar protector solar de forma regular.

Lo que Sí debes hacer:

- Mantener al bebé siempre en sombra.
- Usar ropa ligera de manga larga, pantalones y sombrero.
- Cubrir el carrito con una capota o manta que deje circular el aire.
- Evitar los horarios de más alta radiación ultravioleta (10am a 4pm)

¿Y si no hay sombra?

Puedes poner una cantidad mínima de protector mineral (óxido de zinc o dióxido de titanio) solo en zonas pequeñas como nariz o dorso de manos.

Esto es seguro porque los filtros minerales no se absorben en la piel. Evita todos los filtros químicos.

• 6 meses a 2 años: Mejor usar protectores minerales.

A partir de los 6 meses ya puedes usar protector solar todos los días, si el niño va a estar al aire libre. Los más recomendados son los minerales, porque: son más seguros para pieles sensibles, no causan alergias fácilmente, no irritan los ojos, no se absorben ni pasan al cuerpo, protegen de inmediato (no hay que esperar 20–30 minutos).

Qué buscar:

- SPF (factor de protección solar), 30 o más
- Amplio espectro (UVA + UVB)
- Cremas o lociones preferiblemente
- Ingredientes como: óxido de zinc y dióxido de titanio

Evita:

- Filtros químicos con ingredientes para evitar por acumulación de evidencia científica: oxibenzona, octinoxato, homosalato, octocrileno, octisalato, avobenzona.
- Fragancias fuertes
- Aerosoles (riesgo de inhalación en niños más pequeños)

• 2 a 12 años: Elige el que mejor puedas usar

En esta etapa, el sistema inmune cutáneo ya es más resistente, y la piel puede tolerar tanto filtros minerales como químicos. En esta edad puedes elegir entre ambos y aquí es importante la comodidad y facilidad de aplicarlo.

Hay diferencias que es bueno recordar. Los filtros químicos son seguros para la mayoría de los niños, pero:

- Necesitan 20–30 minutos para funcionar.
- Son más ligeros y cómodos de aplicar.
- Su textura suele gustar más a los niños.

Los filtros minerales siguen siendo una gran opción si el niño tiene: piel sensible, dermatitis atópica, tendencia a irritación.

¿Qué protector solar debe buscar?

- SPF 30+
- A prueba de agua (si juegan, nadan o sudan)
- Formatos prácticos como barras para la cara o lociones, mientras más fáciles de aplicar mejor.
- Evitar: ingredientes a evitar por acumulación de evidencia científica: oxibenzona, octinoxato, homosalato, octocrileno, octisalato, avobenzona

Usar solo si es necesario: filtros químicos menos conflictivos según revisiones de seguridad Ensulizole, Meradimate, Padimate O, Cinoxate, Sulisobenzona.

• **12 a 15 años – Protege la piel y cuida el acné.**

La evidencia muestra que durante la adolescencia se acumula gran parte del daño solar que influirá en la aparición futura de cáncer de piel, por lo que mantener la fotoprotección es crucial.

En la adolescencia hay más actividades al aire libre y también más problemas de acné. Por eso conviene elegir protectores:

- No comedogénicos (no tapan los poros) para evitar brotes de acné
- Texturas ligeras: geles, fluidos o fórmulas “oil free” (libres de aceite)
- SPF 30 o más
- Amplio espectro

Pueden ser minerales o químicos, según cómo se sientan en la piel. La clave aquí es la constancia: un protector cómodo aumenta el uso diario. Ingredientes para evitar por acumulación de evidencia científica: oxibenzona, octinoxato, homosalato, octocrileno, octisalato, avobenzona.

Usar con moderación: avobenzona (solo en fórmulas estables), octisalate

Alternativas más seguras: Minerales (si no causan blanqueo o textura pesada), protectores híbridos (combinan químico + mineral) sin los ingredientes de riesgo.

¿Por qué elegir filtros minerales en los niños más pequeños? Hay varias diferencias importantes entre los filtros minerales vs los químicos:

Filtros minerales (óxido de zinc, dióxido de titanio)	Filtros químicos Funcionan como una esponja: absorben los rayos UV y los transforman en calor
• Actúan como un espejo que refleja el sol. • No se absorben en la piel. • Ideal para bebés y niños pequeños. • Menos probables de causar alergias. • Funcionan desde el momento en que los aplicas.	• Se sienten ligeros y se absorben rápido. • Requieren 20–30 minutos para empezar a proteger. • Muy usados en niños mayores y adolescentes. • Cómo aplicar correctamente el protector solar • Cantidad adecuada: Más es mejor.

Resumen rápido para padres acerca de las cantidades:

Bebés >6 meses	10–12 ml → 2 cucharaditas grandes
Niños escolares	15–20 ml → 3–4 cucharaditas grandes
Adolescentes	30–36 ml → 1 vasito tipo shot
Re aplicar (en todos)	• Cada 2 horas • Después de nadar, sudar o secarse con toalla

Zonas que se olvidan mucho: Orejas, nuca, empeine o dorso de los pies, labios (usa bálsamo con SPF).

Reglas de oro para padres

- SPF 30 es suficiente para la mayoría de los niños. No necesitas SPF 100.
- Si contiene oxibenzona, evitarlo.
- El mejor protector es el que tu hijo acepta usar.
- Revisa la fecha de vencimiento.
- Usa ropa con UPF (factor de protección ultravioleta) cuando sea posible.
- Recuerda: el protector solar es complemento, no reemplazo, de la sombra y la ropa.

“Si parece demasiado, probablemente es la cantidad correcta”.



Uso de repelentes en niños.

Los repelentes de insectos son una herramienta fundamental para proteger a los niños contra las picaduras de mosquitos y otros insectos. En países tropicales, estas picaduras no sólo producen molestias locales, sino que también pueden transmitir enfermedades como dengue, zika, chikungunya y malaria. Cuando se utilizan de manera adecuada y siguiendo recomendaciones basadas en evidencia científica, los repelentes son seguros y eficaces en la población pediátrica.

¿Desde qué edad se pueden usar los repelentes?

La mayoría de los repelentes pueden utilizarse a partir de los 2 meses de edad, siempre que se elijan productos adecuados para niños y se sigan estrictamente las indicaciones del fabricante. En bebés menores de 2 meses no se recomienda el uso de repelentes, por lo que la protección debe basarse en otras medidas como el uso de mosquiteros, ropa que cubra la mayor parte del cuerpo y control del ambiente.

Ingredientes activos con respaldo científico

Los ingredientes más estudiados y seguros para niños son el DEET (N,N-dietil-meta- toluamida) recomendado en concentraciones máximas de 30%; la icaridina o picaridina, que es bien tolerada y sin olor fuerte; el IR3535, seguro, pero de menor duración; y el aceite de eucalipto limón, el cual no se recomienda en menores de 3 años.

Forma correcta de aplicación

El repelente debe aplicarse únicamente sobre la piel expuesta, evitando ojos, boca, manos y piel lesionada. Siempre debe aplicarlo un adulto. Si se usa protector solar, este debe aplicarse primero y esperar entre 15 y 20 minutos, antes de colocar el repelente. Al regresar a casa, se recomienda lavar la piel con agua y jabón.

Aplicación de repelentes en spray sobre la ropa

En el caso de los repelentes en presentación spray, una medida adicional de seguridad consiste en aplicarlos directamente sobre la ropa del niño. Se recomienda rociar la prenda entre 15 y 20 minutos antes de colocarla, permitiendo que el producto se seque completamente. Esto reduce el contacto directo con la piel, disminuye el riesgo de irritación y mantiene un efecto protector eficaz. Esta medida es complementaria y no sustituye la aplicación directa en piel cuando esté indicada.

Frecuencia de re aplicación

La re aplicación dependerá del ingrediente activo y su concentración. En general, el DEET y la icaridina ofrecen protección entre 4 y 8 horas. No debe reaplicarse el producto más veces de lo indicado.

Medidas complementarias

El uso de repelentes debe acompañarse de ropa clara y de manga larga, uso de mosquiteros durante el sueño, eliminación de criaderos de mosquitos en el hogar y el uso de mallas y ventiladores.

Conclusión

Los repelentes son seguros y efectivos en niños cuando se utilizan correctamente y con productos adecuados para su edad. Su uso responsable contribuye a la prevención de enfermedades transmitidas por insectos y al bienestar infantil.

VII. Niñez y Adolescencia (Desarrollo Psicosocial)

Temas enfocados en el bienestar psicológico, el comportamiento y el uso de la tecnología.

Recomendaciones para los padres sobre el uso de pantallas.

El uso de pantallas por los niños actualmente representa un desafío para los padres, ya que deben considerar los beneficios de la tecnología frente a los riesgos potenciales que representa su uso descontrolado.

Te detallo las razones por las que el uso de pantallas puede representar un problema para tus hijos:

1. Exceso de tiempo de pantalla

- Sedentarismo: Pasar demasiado tiempo frente a pantallas puede contribuir a un estilo de vida sedentario, lo que aumenta el riesgo de obesidad infantil y problemas de salud en general.
- Desplazamiento de otras actividades: El tiempo de pantalla puede reducir el tiempo dedicado a actividades físicas, juegos al aire libre, lectura y otras interacciones sociales.

2. Impacto en el desarrollo cognitivo y social

- Habilidades sociales: El uso excesivo de pantallas puede limitar las interacciones cara a cara con otros niños, lo que es fundamental para el desarrollo de habilidades sociales y emocionales.
- Problemas de atención: Algunos estudios sugieren que el tiempo excesivo frente a pantallas puede ser relacionado con problemas de atención y dificultades en el aprendizaje.

3. Efectos en la salud mental

- Ansiedad y depresión: La exposición prolongada a las redes sociales y a la comparación constante con los demás, puede aumentar los síntomas de ansiedad y depresión entre los niños y adolescentes.
- Aislamiento social: A pesar de que las pantallas pueden facilitar la conexión, el tiempo de pantalla excesivo puede llevar a un aislamiento social y a una disminución de las habilidades interpersonales.

4. Problemas de sueño

- Sueño: La exposición a la luz azul de las pantallas, especialmente antes de dormir, puede interferir con los patrones de sueño, lo que puede llevar a problemas de salud física y mental.
- Rutinas de sueño irregulares: El uso de pantallas durante la noche puede alterar las rutinas de sueño, lo que puede afectar el rendimiento escolar y el bienestar general.

5. Contenidos inapropiados

- Acceso a contenido no adecuado: Los niños pueden tener acceso a contenido violento, sexual o inapropiado en línea, lo que puede ser dañino para su desarrollo.
- Desinformación: La exposición a información errónea o engañosa puede afectar la comprensión del mundo y la capacidad crítica de los niños.

6. Dificultades en la supervisión

- Control de contenido: Puede ser difícil para los padres supervisar y controlar lo que sus hijos ven y hacen en línea, lo que puede generar preocupaciones sobre la seguridad.
- Desafíos tecnológicos: Los padres pueden no estar tan familiarizados con la tecnología como sus hijos, lo que dificulta la gestión del uso de pantallas.

7. Conflictos familiares

- Luchas por el tiempo de pantalla: La gestión del tiempo de pantalla puede ser una fuente de conflicto en el hogar, con desacuerdos sobre las reglas y límites establecidos.
- Distracción de la Interacción Familiar: El uso de pantallas durante las comidas o en momentos familiares puede restar valor a la interacción y conexión familiar.

8. Dependencia y adicción

- Uso compulsivo: Algunos niños pueden desarrollar una dependencia de los dispositivos electrónicos, lo que puede afectar su bienestar emocional y sus relaciones interpersonales.
- Dificultad para desconectarse: La necesidad constante de estar conectados puede hacer que sea difícil para los niños y adolescentes desconectarse y disfrutar de actividades sin pantallas.

Con el fin de minimizar estos riesgos potenciales, la Academia Americana de Pediatría recomienda lo siguiente:

- Menores de 18 Meses: Evitar el uso de pantallas, excepto para videollamadas.
- 18 a 24 Meses: Si se introduce el uso de los medios, elegir contenido de alta calidad y verlo junto a los niños.
- 2 a 5 Años: Limitar el tiempo de pantalla a una hora al día de contenido educativo y apropiado, supervisado por un adulto.
- Mayores de 6 Años: Establecer límites claros sobre el tiempo de pantalla, asegurando que no interfiera con el sueño, la actividad física y otras actividades importantes.

Como ves, ambos padres deben ponerse de acuerdo sobre lo que desean para sus hijos en relación con el uso de pantallas, ya que no regular esta acción, se convertirá en un grave problema de salud que afectará a toda la familia.

Debemos como padres o tutores mantener una conducta vigilante con el de pantallas y dar ejemplo con su uso.

La clave está en establecer límites claros, fomentar un uso responsable y supervisar el contenido que consumen sus hijos. Al hacerlo, los padres pueden ayudar a garantizar que el uso de pantallas sea una experiencia positiva y enriquecedora para sus hijos.



Seguridad en internet y redes sociales.

Para fomentar la seguridad en internet y redes sociales se requiere de acompañamiento, límites claros, conversaciones repetidas y recursos concretos para actuar, cuando algo se sale de control. El riesgo no es solo “contenido inadecuado”, también existe el contacto (personas que buscan manipular), la conducta (interacciones dañinas como el ciberbullying) y el consumo (publicidad, estafas). Esta clasificación es útil porque ayuda a los padres a pensar en prevención de forma integral.

Como todo al inicio, debe existir confianza en la relación con sus tutores. Un niño o adolescente no avisa que le pasa algo online, si espera castigo, burla o que le quiten el teléfono permanentemente. La meta es que vea a los padres/tutores como su apoyo o aliado y no como vigilante. UNICEF insiste en que el punto de partida es crear un entorno donde puedan contar lo que ven y viven en línea, y donde el adulto responda con calma y guía práctica.

Podemos iniciar la relación con frases sencillas, pero muy útiles:

- “Si algo te incomoda, no estás en problemas: lo resolvemos juntos.”
- “Quiero entender qué pasó, no regañarte.”
- “Enséñame esta aplicación; para entender cómo funciona.”

Este estilo de conversación se alinea con lo que la evidencia llama mediación parental positiva/activa: más diálogo, co-aprendizaje y habilidades, y menos vigilancia punitiva. La mediación digital se asocia con mejor bienestar digital y menos resultados negativos.

Establezcamos en familia acuerdos coherentes en cantidad y adherencia. Es decir, en vez de 20 normas imposibles, define 5 a 7 reglas claras. La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda un plan familiar de medios que se revise y ajuste, no algo rígido.

Reglas que disminuyen el riesgo (y son realistas):

- Zonas y momentos sin pantalla: comidas, reuniones familiares y dormitorio por la noche (esto protege sueño y reduce impulsividad).
- Privacidad por defecto: cuentas privadas cuando sea posible, y aprobación para nuevas solicitudes/amigos.
- Restringir datos sensibles: escuela, ubicación, rutinas, teléfono, fotos de uniforme, placas, etc.
- “Si te da pena contármelo, no lo posteas” (huella digital).
- Es amenazado o humillado: es mejor no responder, guardar evidencia, bloquear y reportar.

Una vez establecidas las cuentas, hay que dar seguimiento. Muchas situaciones de ciberbullying escalan porque la cuenta está abierta, la mensajería permite a desconocidos usarla o si la ubicación está activa. Haz una revisión trimestral con tu hijo:

- Privacidad: quién puede ver publicaciones, comentar, etiquetar, enviar DM (mensaje directo).
- Bloqueo y reporte: que tu hijo sepa dónde están esos botones en cada aplicación (practiquenlo).
- Ubicación: desactivar localización y “ubicación en tiempo real” salvo necesidad puntual.
- Autenticación: contraseñas robustas más 2 preguntas frecuentes cuando aplique (reduce hackeos y suplantación).

El ciberbullying es repetido y busca asustar, avergonzar o aislar. Una parte clave es que el joven esté “entrenado” para enfrentarse a las adversidades digitales:

Ante algo hiriente:

- No engancharse (la respuesta suele alimentar el ciclo).
- Captura de pantalla más fecha/hora.
- Bloquear y reportar.
- Contárselo a un adulto de confianza.

En caso de fotos íntimas o lo amenazan con difundirlas (sextorsión):

- No enviar más contenido.
- Guardar evidencia.
- Pedir ayuda inmediata.
- Usar recursos de reporte y retiro de imágenes cuando aplique.

Aquí es valioso que los padres conozcan herramientas como Take It Down, un servicio gratuito que ayuda a detener la difusión de imágenes íntimas tomadas cuando la persona era menor de 18 años, utilizando huellas digitales (“hash”) sin subir las imágenes.

Alarmas que pueden alertarnos ante eventos digitales no deseados:

- Evita el celular de golpe o se pone ansioso al recibir notificaciones.
- Cambios de sueño, apetito, irritabilidad, aislamiento.
- Baja rendimiento o no quiere ir a la escuela (a menudo el bullying online y offline se cruzan).

¿Cómo preguntar sin invadir?

- “¿Qué cosas feas has visto que les pasan a otros en tu grupo o en tu app?”
- “Si a un amigo le pasara, ¿qué harías tú?”
- “¿En qué momentos se pone pesada la gente online?”

En caso de que ya ocurrió:

- Regula tu reacción (primero calma, luego estrategia).
- Escucha y valida: “entiendo que se siente horrible; gracias por contarlo”.
- Documenta: capturas, enlaces, usuarios, fechas.
- Bloquea y reporta en la plataforma.
- Activa red de seguridad: escuela (si hay compañeros), adulto de confianza, y apoyo psicológico si hay impacto emocional.
- Plan de bienestar: dormir, actividad física, desconexión parcial temporal (negociada, no castigo).

Siempre recordar que el problema es común, no “culpa” de tu hijo.

Datos recientes muestran que una proporción importante de adolescentes reporta experiencias de ciberbullying. Por ejemplo, Pew reportó que 46% de jóvenes entre 13 y 17 años en Estados Unidos dijo haber experimentado al menos una conducta medida de ciberbullying. Además, en encuestas como YRBS 2023, el uso frecuente de redes se asocia con mayor prevalencia de victimización por bullying (incluido electrónico) y otros indicadores de malestar. Esto no significa que “internet es malo”, sino que requiere competencias y límites, al igual que otras destrezas en la vida.

Prevención de Bullying escolar.

El acoso escolar es un tipo de violencia que ocurre en el entorno escolar, camino a la escuela o de regreso a casa o durante un evento escolar. El ciberacoso o ciberbullying, es la violencia que se produce a través del uso de dispositivos digitales como celulares, computadoras, uso de redes sociales, foros, comunidades de juegos en línea, grupos de chats.

El acoso escolar y el ciberacoso involucran a la víctima, la persona victimaria, los testigos y a la comunidad educativa. Ambos tipos de acoso guardan similitudes:

- Naturaleza: Son conductas agresivas e intencionales, no eventos aislados.
- Duración: Se manifiestan de forma repetitiva durante un periodo prolongado.
- Relación: Ocurren entre pares (iguales), basándose en un abuso de poder.
- Desequilibrio: La víctima se encuentra en desventaja y es incapaz de defenderse.
- Motivación: El acosador busca un beneficio, material (dinero, objetos) o social (estatus y popularidad).

Podemos identificar el acoso por sus manifestaciones.

- Acoso físico: daño al cuerpo de la persona con actos como golpear, escupir, patear, pellizcar, empujar, hacer gestos groseros, pero también tomando, rompiendo, dañando sus pertenencias.
- Acoso verbal: el hacer, decir o escribir cosas desagradables con burlas sobre su físico, insultos, amenazas, chismes, comentarios sexuales inapropiados, apodos.
- Acoso social: en donde se afecta la relación con sus pares, se difunden rumores, se le excluye a propósito, se insta a otros niños o adolescentes que no sean su amigo, avergonzar en público.
- Acoso psicológico o emocional: con relación a lo que la persona es o tiene. Humillaciones por su apariencia física, discapacidad, enfermedad, problemas familiares, religión, orientación sexual, talentos, preferencias.
- Acoso sexual: comentarios, insinuaciones de tipo o exposición sexuales explícita.
- Ciberacoso: todo lo enviado a través del anonimato o con falsos perfiles, por las redes, publicado o compartido, que sea dañino, falso, cruel, humillante, con expresiones de burlas, por videos o imágenes, páginas sobre la víctima. Se comparte información de tipo personal o privada para humillar, herir, avergonzar o intimidar lo que puede ocurrir sin tregua porque es permanente las 24 horas del día, se queda en la red, persiste, es anónimo y se extiende con rapidez a muchas personas.

La Asociación Española de Prevención del Acoso Escolar (ASPAE) describe dos fases en este tipo de acoso.

- Estado de alerta: Ante los episodios previos, siente ansiedad constante esperando el siguiente ataque. Aquí aparecen las quejas por no ir a clase.
- Resignación: El niño acepta el maltrato como “normal”. Asume su rol de víctima. Es la fase de mayor riesgo, donde surge la depresión y las conductas de autolesión.

Se deben buscar las señales de acoso en los cambios emocionales y patrones de conducta que presenta la víctima.

- En el cuerpo: Moretones sin explicación, dolores de cabeza o problemas digestivos frecuentes (somatización), o volver a orinarse en la cama (enuresis), arañazos, huesos rotos, heridas.
- En la mochila: Objetos rotos, pérdida de dinero o pertenencias que “desaparecen” o llegan dañadas. Uniforme escolar sucio, roto o rasgado sin explicación.
- En el ánimo (lo psicológico): Presenta ansiedad, siempre en estado de alerta. Miedo, soledad, inseguridad, sensación de abandono, desconfianza en sí mismo. Parece angustiado tras usar el móvil, se muestra reservado sobre todo con su actividad en las redes, pesadillas, cambios de humor repentinos o abandono de actividades que antes disfrutaba, no duerme bien, tiene pesadillas y arrebatos de ira. No tiene amigos o los pierde y evita situaciones sociales. Puede llegar a presentar conductas extremas con agresión hacia sí mismos, intentos suicidas, autolesiones, depresión, estrés post-traumático, aislamiento, trastornos de la alimentación. Poco comunicativo.

- En la escuela: No quiere ir a la escuela, desmotivación, desinterés, tiene dificultad para concentrarse, bajo rendimiento académico. Falta a la escuela o llaman desde allí para que lo retiren. No participa en eventos escolares ni en ligas deportivas diciendo que no le gustan. Pide dinero con frecuencia para llevar a la escuela. No come sus meriendas o come solo y aislado.
- En lo social. No tiene amigos o los pierde, evita situaciones sociales o escolares. No lo invitan a reuniones o fiestas. Se alteran sus relaciones interpersonales y familiares.

Las personas testigos del abuso también pueden presentar ansiedad, angustia, miedo en convertirse en víctima y sentimientos de culpa por no hacer nada ante el abuso.

La persona victimaria por lo general refleja en el ámbito escolar la dinámica familiar para resolver conflictos y replica ese patrón sobre los que siente que tiene poder. Ellos presentan situaciones de comportamiento violento ante el enojo y la ira, la insensibilidad y la falta de empatía. Le cuesta seguir normas y aceptar la autoridad.

¿Y qué hacer si detecta acoso escolar en su hijo?

- Escuche sin apuros, sin juzgar, sin emitir juicios,
- Recopile información en caso de ciberacoso. No conteste al acosador.
- Evite culpar a la víctima diciendo... ¿Por qué no te defendiste? ¿Qué hiciste para que te hicieran eso? Dile que le crees
- Las experiencias pueden ser aterradoras, no demuestre miedo ni ansiedad porque se desanima a continuar contando.
- Acérquese al centro escolar.
- Lea y exija la aplicación de la Ley 289 del 24 de marzo de 2022 que establece mecanismos para prevenir, diagnosticar, evitar y erradicar la violencia, el acoso escolar (bullying) y el ciberacoso entre estudiantes,
- Solicite la atención en la escuela a través del Protocolo para la Detección, Atención, Referencia y Seguimiento de Casos del Ministerio de Educación y el seguimiento mediante el flujograma establecido, llenado de formulario y atención por gabinete psicopedagógico.

Si su hijo es quien acosa, fomente la comunicación para comprender su comportamiento busque ayuda en un profesional de la salud, hágale ver las consecuencias de lo que hace y la oportunidad de rectificar. Obsérvese como persona y en la familia. ¿Es reflejo de lo que vive en casa?

Detener el acoso en el acto es transmitir el mensaje de que es inaceptable. La rapidez, la constancia en las acciones y el acompañamiento han reflejado en diferentes investigaciones que pueden frenar el acoso con el tiempo.



Prevención de los trastornos de alimentación y problemas emocionales de los adolescentes.

La adolescencia es una etapa de grandes transformaciones físicas, emocionales y sociales. En la práctica pediátrica diaria es frecuente observar que, junto con estos cambios normales del desarrollo, aparecen preocupaciones intensas relacionadas con la imagen corporal, la aceptación social y el rendimiento académico. Este contexto convierte a los adolescentes en un grupo particularmente vulnerable para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria y problemas emocionales. La evidencia científica demuestra que la detección temprana, el acompañamiento familiar cercano y la promoción de habilidades emocionales son factores protectores fundamentales para disminuir el riesgo.

Los trastornos alimentarios son enfermedades médicas complejas, no una elección ni una fase pasajera. La anorexia nerviosa se caracteriza por restricción extrema de la ingesta, miedo intenso a ganar peso y una percepción distorsionada del propio cuerpo. La bulimia nerviosa se manifiesta mediante episodios de atracones seguidos de conductas compensatorias como vómitos, uso de laxantes o ejercicio excesivo. El trastorno por atracón implica episodios recurrentes de ingesta excesiva sin compensaciones posteriores, acompañados de culpa y angustia emocional. También se observa el trastorno evitativo restrictivo, en el cual el adolescente rechaza alimentos por textura, olor o experiencias negativas previas, y la ortorexia, una preocupación obsesiva por comer “perfectamente saludable” que puede comprometer la nutrición, el crecimiento y la salud mental.

En los últimos años, las redes sociales se han convertido en un factor relevante en la aparición y mantenimiento de estas conductas. Es común encontrar contenidos etiquetados como “thinspiration”, “body goals”, “fitspiration”, “what I eat in a day” o “clean eating”, que promueven estándares corporales irreales y comparaciones constantes. Asimismo, existen comunidades “pro-ana” y “pro-mia” que normalizan prácticas peligrosas. Diversos estudios han demostrado que la exposición frecuente a estos contenidos se asocia con mayor insatisfacción corporal, ansiedad, depresión y conductas alimentarias de riesgo.

Desde la experiencia clínica, los padres suelen ser los primeros en notar señales de alerta. Entre las más importantes se encuentran: saltarse comidas de forma repetida, comer en secreto, eliminar grupos completos de alimentos, preocupación excesiva por el peso, cambios rápidos en la apariencia física, irritabilidad persistente, aislamiento social, alteraciones del sueño, descenso del rendimiento escolar y uso intensivo de redes sociales centradas en la imagen corporal.

La prevención comienza en el hogar. Es fundamental promover una imagen corporal positiva, evitar comentarios sobre peso o apariencia, mantener rutinas de comidas familiares, dialogar abiertamente sobre la influencia de las redes sociales y enseñar estrategias saludables para manejar el estrés y las emociones. El ejemplo de los adultos en relación con la alimentación, el autocuidado y el respeto por el propio cuerpo constituye una poderosa herramienta de aprendizaje y protección. Se recomienda buscar orientación profesional cuando existan cambios significativos en los hábitos alimentarios, el estado emocional o el funcionamiento escolar y social, ya que la intervención temprana mejora notablemente el pronóstico y reduce complicaciones a largo plazo.

En conclusión, el principal factor protector frente a estos trastornos es un vínculo familiar basado en la comunicación, la confianza y el apoyo emocional constante. Un adolescente que se siente escuchado, valorado y acompañado tiene menores probabilidades de desarrollar problemas alimentarios y dificultades emocionales. “Ante estas situaciones necesitamos padres alertas”.





MANUAL DE PUERICULTURA

TERCERA EDICIÓN 2026