

LOS PROBLEMAS *sobre salud* INFANTIL MÁS *frecuentes* *en Atención Primaria*



• **Cuidados de tu Pediatra** •
GUIANDO LA SALUD DE TU HIJO

· AUTORA COORDINADORA ·

Marta Esther Vázquez Fernández (Pediatra)

· AUTORES COLABORADORES ·

María Varela Patiño (Médico Residente de Medicina de Familia)

María Sanz Almazán (Médico de familia)

Teresa Centeno Robles (Pediatra)

Alicia Bartolomé Ferrero (Enfermera Especialista en Pediatría)

Eva Puebla Nicolás (Enfermera Residente Especialista en Pediatría)

Carlos Ruiz Labarga (Pediatra)

Marta Blanco Vázquez (Óptico-optometrista)

Marta Marina García Alonso (Médico de Familia)

Henar Bergáz Díez (Médico Residente de Medicina de Familia)

Miriam García Revuelta (Médico Residente de Medicina de Familia)

Marta Cano Pazos (Médico de Familia)

Susana Manso García (Médico de Radiodiagnóstico)

M^a Cristina Valencia Soria (Médico Residente de Pediatría)

Carmen Berciano Villalibre (Enfermera especialista en Pediatría)

Milagros Sonlei Sánchez Guevara (Médico Residente de Medicina de Familia)

María Hernández Carrasco (Médico Residente de Medicina de Familia)

Rocío Ruiz Merino (Médico Residente de Medicina de Familia)

Natalia Gallego Artilles (Médico Residente de Medicina de Familia)

· TÍTULO ·

“Los problemas sobre salud infantil más frecuentes en Atención Primaria.

Cuidados de tu pediatra. Guiando la salud de tu hijo”

· EDICIÓN ·

1ª Edición

· ISBN ·

Licencia Creative Commons

Reconocimiento – NoComercial - SinObraDerivada

(bync-nd)

· NOSOTROS ·

www.blogmaternoinfantil.com

· ÍNDICE ·

1. RECIÉN NACIDO 13

1.1 Cuidados del recién nacido para padres primerizos	14
1.2 Test de Apgar	17
1.3 Consejos para reducir la muerte súbita	19
1.4 Prueba del talón	21
1.5 Prueba de detección precoz de la hipoacusia	23
1.6 ¿Son necesarios los aportes de vitamina D?	25
1.7 Cólico del lactante	27
1.8 ¿Qué es la ictericia?	28
1.9 ¿Es bueno el Chupete?	30
1.10 El porteo	32

2. ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO FÍSICO 34

2.1 Alimentación del bebé: introducción de nuevos alimentos	35
2.2 Nuevo método de alimentación del bebé: “baby led weaning”	38
2.3 A la escuela sí, pero no sin desayunar	40
2.4 La leche sí, pero sin exceso	41
2.5 ¿Está preocupada porque su hijo no come bien?	44
2.6 ¿Cómo va de percentiles mi hijo?	46
2.7 Vitaminas y suplementos nutricionales	47
2.8 El consumo de cafeína	50
2.9 Efectos beneficiosos del ejercicio físico	52
2.10 Recomendaciones sobre ejercicio físico	54

3. CUIDADOS DEL NIÑO

55

3.1 Declaración de los Derechos de Salud del Niño	56
3.2 Controles de salud	57
3.3 Consulta a urgencias	58
3.4 ¿Cómo tomar la temperatura para comprobar si tiene fiebre?	60
3.5 Higiene del sueño	63
3.6 ¿Cuánto debe dormir un niño?	65
3.7 El calzado	67
3.8 Higiene dental	68
3.9 Protección solar	70
3.10 Protección frente al tabaco	73
3.11 Protección frente al alcohol y otras drogas	75
3.12 Protección frente al abuso sexual	77

4. VACUNACIÓN

79

4.1 Las vacunas funcionan	80
4.2 Importancia de la vacuna de tétanos y difteria	82
4.3 La vacuna de la tosferina para embarazadas y niños	84
4.4 Protege a tu hijo del meningococo B	86
4.5 Varicela, mejor vacunar	88
4.6 ¿Qué niños se tienen que vacunar de la gripe?	90
4.7 Tengo dudas sobre la vacuna del papiloma	93
4.8 Contraindicaciones y falsas contraindicaciones de las vacunas	95
4.9 Reacciones de las vacunas, ¿qué debo hacer?	98
4.10 La vacunación en el prematuro	100
4.11 Protección frente al virus respiratorio sincitial en niños de riesgo	102
4.12 Tetanalgesia y vacunación	104
4.13 Conservación y transporte de las vacunas compradas por las familias	106

5. SEGURIDAD Y ACCIDENTES

108

5.1 Hay que prevenir los accidentes infantiles	109
5.2 ¿Qué tenemos que hacer cuando un niño está desmayado y no respira?	112
5.3 ¿Cómo ayudar a un niño que se ha atragantado?	114
5.4 Mi hijo se ha dado un golpe en la cabeza, ¿me debo preocupar?	116
5.5 ¿Cómo actuar ante las heridas y quemaduras?	118
5.6 ¿Cómo actuar ante un caso de intoxicación por productos tóxicos?	120
5.7 Sistemas de retención infantil en el vehículo	122
5.8 Los mareos durante los viajes	125
5.9 El agua en verano: prevención de lesiones graves	127
5.10 Picaduras de medusa	129
5.11 Sangrado nasal o epistaxis	131

6. CONDUCTAS Y EDUCACIÓN

132

6.1 Sugerencias para enseñar un buen comportamiento a los hijos	133
6.2 Las rabietas: un reto para los padres	135
6.3 El bofetón, el cachete o el azote ¿sirven para algo?	137
6.4 ¿Cómo despedirse del chupete?	138
6.5 ¿Cómo retirar el pañal?	140
6.6 La llegada de un nuevo bebé	143
6.7 Los celos entre hermanos	144
6.8 ¿Qué es la encopresis?	146
6.9 Masturbaciones infantiles	148
6.10 La vuelta al cole	149
6.11 Planes para Navidad	150
6.12 La importancia del juego	152
6.13 Sugerencias e ideas para regalar a los niños	154
6.14 Las tecnologías de la información y comunicación: riesgos	156
6.15 El acoso escolar: <i>bullying</i> y <i>ciberbullying</i>	159
6.16 Los niños ante la separación de los padres	161

6.17 ¿Cómo hablar a un niño sobre la muerte?	164
6.18 La lectura en voz alta	166

7. PROBLEMAS DE SALUD 168

7.1 Alergias y asma	169
7.1.1 Las reacciones alérgicas graves o anafilaxia	
7.1.2 Alergia al polen	
7.1.3 Rinoconjuntivitis	
7.1.4 Asma	
7.1.5 Inhaladores en cámara espaciadora	
7.1.6 Dudas sobre la alergia a las proteínas vacunas	
7.2 Boca	182
7.2.1 Erupción dentaria	
7.2.2 La caries	
7.2.3 Los aparatos de ortodoncia	
7.2.4 ¿Qué hacer tras los traumatismos dentales?	
7.3 Cabeza	193
7.3.1 La costra láctea	
7.3.2 Mi hijo tiene dolor de cabeza ¿me debo preocupar?	
7.3.3 Mi hijo tiene la cabeza deformada	
7.3.4 Los piojos	
7.4 Cerebro y mente	201
7.4.1 El desarrollo psicomotor: algo que hay que vigilar	
7.4.2 Señales tempranas de autismo	
7.4.3 Mi hijo tartamudea ¿es normal?	
7.4.4 ¿Tiene tu hijo problemas para leer?	
7.4.5 ¿Tiene tu hijo déficit de atención?	
7.4.6 Problemas de autoestima	
7.4.7 Los niños también sufren ansiedad	
7.4.8 Los tics	
7.4.9 Mindfulness para niños	
7.4.10 Problemas psicosomáticos	
7.4.11 Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia	

7.5 Digestivo	221
7.5.1 Las regurgitaciones de los lactantes después de tomar	
7.5.2 Diarreas, vómitos y/o gastroenteritis	
7.5.3 Salmonelosis	
7.5.4 Mami me duele la tripa	
7.5.5 Mi hijo está estreñido ¿Qué puedo hacer?	
7.5.6 Mi hijo es celíaco	
7.5.7 Intolerancia a la lactosa	
7.5.8 Las lombrices	
7.5.9 Helicobacter Pylori	
7.5.10 ¿Está amarillo mi hijo?	
7.6 Endocrinos y metabólicos	241
7.6.1 Sobrepeso y obesidad	
7.6.2 Control del colesterol	
7.6.3 Diabetes	
7.6.4 Hipotiroidismo	
7.6.5 Pubertad precoz	
7.6.6 Talla baja	
7.7 Fiebre e infecciones	254
7.7.1 Mi hijo tiene fiebre	
7.7.2 Información sobre las convulsiones febriles	
7.7.3 Principales exantemas	
7.7.4 Varicela	
7.7.5 Enfermedad boca-mano-pie	
7.7.6 ¿Sabes qué es la enfermedad del beso?	
7.7.7 Difteria. Viaje a 1880	
7.7.8 Mi hijo ha tenido una infección ¿Cuándo puede volver a la guardería o al colegio?	
7.8 Genitourinarios	273
7.8.1 Infección de orina	
7.8.2 Vulvovaginitis de las niñas	
7.8.3 Sinequias vulvovaginales	
7.8.4 Fimosis y adherencias balanoprepuciales de los niños	
7.8.5 Criptorquidia	
7.8.6 Mi hijo se hace pis en la cama	

7.9 Oídos	285
7.9.1 Otitis externa	
7.9.2 Otitis media	
7.9.3 ¿Cómo actuar ante la cera de los oídos?	
7.9.4 Creo que mi hijo no oye bien	
7.9.5 Implantes cocleares	
7. 10 Ojos	293
7.10.1 Obstrucción del lagrimal	
7.10.2 Detección precoz de los problemas visuales	
7.10.3 Alteraciones de la agudeza visual	
7.10.4 Desviación del ojo: estrabismo	
7.10.5 Conjuntivitis	
7.10.6 Orzuelos, chalazión y blefaritis	
7.11 Óseos y ortopédicos	304
7.11.1 Displasia de caderas	
7.11.2 El pie plano ¿debe preocuparme?	
7.11.3 Dolores de crecimiento	
7.11.4 ¿A que llamamos escoliosis?	
7.11.5 Las mochilas escolares	
7.11.6 Significado de la cojera	
7.11.7 Pronación dolorosa (codo de niñera)	
7.11.8 Pie zambo	
7.12 Piel	320
7.12.1 Dermatitis atópica	
7.12.2 Picaduras de mosquitos e himenópteros	
7.12.3 Mi hijo tiene un lunar... ¿debo preocuparme?	
7.12.4 Hemangiomas y malformaciones vasculares	
7.12.5 Picaduras de garrapatas	
7.12.6 Psoriasis en el niño	
7.12.7 ¿Y esas manchas blancas?...Ptiriasis alba	
7.12.8 ¿Qué piensas cuando escuchas la palabra hongos?	
7.12.9 Tatuajes de henna negra	
7.12.10 Molusco contagioso	
7.12.11 Algo que pica	

7.13 Respiratorio	343
-------------------	-----

- 7.13.1 Los catarros
- 7.13.2 ¿Cómo quitar los mocos?
- 7.13.3 La gripe
- 7.13.4 La bronquiolitis
- 7.13.5 Las neumonías

8. RECURSOS EXTERNOS 354

8.1 Teléfonos de interés	355
8.2 Páginas Web	358
8.3 Documentos	363
8.4 Libros	366
8.5 Aplicaciones móviles	368
8.6 Juegos	370

· PRÓLOGO ·

Cuando tienes un hijo, principalmente si es el primero, tienes un montón de miedos: ¿qué tengo que hacer si tiene fiebre? ¿Y si vomita o le duele la tripa? ¿Cuántas vacunas le tengo que poner? ¿Qué alimentos le tengo que dar? ¿Cuándo puedo retirar el pañal? ¿Qué debo hacer ante un golpe en la cabeza? ¿Cuándo debo acudir a urgencias? ¿Cómo lograr que tenga un buen comportamiento? etc., etc. Además sabemos que los padres y las madres de hoy en día leéis una gran cantidad de información por Internet y a través de las redes sociales (no siempre suficientemente clara y fiable).

Por todo esto, en diciembre del 2013 inicia su andadura el blog Mamis y niños: con una parte maternal dirigida a las mujeres gestantes y otra pediátrica orientada a la promoción de hábitos saludables y de ayuda ante los problemas de salud del niño. Surgió con la idea de ir haciendo un complemento de la consulta presencial con la matrona y la pediatra.

Este libro en formato electrónico recopila de forma ordenada la información sobre salud infantil que durante tres años hemos publicado en el blog Mamis y Niños y en Redes Sociales. No se trata de un tratado de pediatría. Sólo se recogen las patologías y problemas de salud más habituales que nos encontramos cada día en las consultas de Atención Primaria. El lector que tenga mayor interés puede ampliar información en el apartado de recursos electrónicos.

El ebook se estructura en siete apartados que facilitan la búsqueda de información por interés: recién nacido, alimentación y ejercicio físico, cuidados del niño, vacunación, seguridad y accidentes, conductas y educación, y problemas de salud. Aparte se incluye un anexo con una selección de recursos disponibles en la Red. Somos conscientes que hay temas difíciles de clasificar y que se podrían incluir en varias secciones, pero hemos elegido el más representativo.

Los contenidos se presentan con un lenguaje sencillo y comprensible, evitando terminología médica de difícil interpretación. Como último apartado, hemos incluido una sección dedicada a proporcionar un listado bibliográfico de recursos de la Red. Por supuesto no son todos los que hay en Internet, solo hemos seleccionado algunos, todos ellos con un rigor debidamente acreditado.

Estamos convencidos que puede ser una herramienta de ayuda, información y apoyo muy útil para las madres, los padres y las familias. Sin que sea un sustituto de la consulta con tu pediatra, este libro puede ayudar a resolver muchos de los problemas que se plantean durante la crianza de tu hijo.

Pero no quisiera terminar esta presentación sin expresar mi afectuoso agradecimiento al resto de autores por su entusiasmo e ilusión desinteresada por colaborar en este proyecto: Blog-Libro. Sin ellos no habría sido posible llevarlo a cabo. También a las familias, especialmente de la consulta de pediatría de Arturo Eyries que con su interés y seguimiento de las entradas del blog nos han animado a continuar. Finalmente, queremos agradecer a los laboratorios Ordesa su apoyo para hacer realidad este libro y por el cuidadoso trabajo en la presentación.

Marta Esther Vázquez Fernández.

Pediatra. Centro de Salud Arturo Eyries.

Profesora Asociada de la Universidad de Valladolid.

CAPÍTULO 1

• RECIÉN NACIDO •



1.1 Cuidados del recién nacido para padres primerizos

Bañe al niño a diario, si es posible. Compruebe siempre la temperatura antes de sumergirle. Estará cercana a los 36°C los primeros días. Evite usar demasiado jabón. El baño tendrá una duración entre 5 y 10 minutos. Aproveche esos minutos para reforzar el vínculo afectivo con su hijo (hablándole, sonriéndole, acariciándole). Aunque al principio el baño despierte en el niño sensaciones desagradables, poco a poco se ira familiarizando, y le gustará. Debe ser un momento relajado y tranquilo. Hacerlo al final del día le proporcionará un ambiente adecuado para el descanso nocturno.

Mantenga limpio **el cordón umbilical** hasta que se caiga. Puede tardar de 7 a 10 días o más. Basta con lavar con agua y jabón. Es importante que lo seque bien. No es necesario cubrirlo con gasas o fajines. Si el cordón tarda más de 15 días en caer debe consultar con su pediatra.

La piel de los bebés es muy delicada. Al nacer, suele estar seca y presenta descamación. Es importante secar bien sus pliegues tras el baño y le puede aplicar crema hidratante en las zonas más afectadas. El lanugo o vello de su espalda u hombros desaparecerá poco a poco.

Especialmente debe cuidar la piel **del área genital**. Lo más importante es la prevención y cambiar el pañal cuando está húmedo o sucio, casi siempre después de cada toma. Lave bien sus manos antes y después del cambio del pañal. Limpie con agua y jabón. En las niñas siempre de adelante a atrás, para evitar arrastre de heces hacia la vagina o la uretra. En los niños no debe retraer la piel del prepucio porque la puede hacer sangrar. Seque la zona con suavidad o deje que se seque al aire. No utilice talco, no ayuda a prevenir las erupciones y puede ser dañino para el pulmón si el bebé lo inhala. Si la piel está bien, no hace falta que le ponga nada. Si esta irritada, ponga alguna crema barrera, que proteja del contacto de la piel con la orina y las heces. Si observa una dermatitis persistente o intensa consulte con su pediatra, que le dirá si necesita alguna crema especial. No ponga el pañal demasiado prieto.

Nunca deje al niño sólo encima del cambiador ni en sitios altos, preparando todo lo que vaya a necesitar con anterioridad.

La **nariz** del bebé puede tener mocos. Los niños pequeños no se saben sonar. Por ello es importante limpiarlos de vez en cuando. Puede hacer lavados nasales con suero fisiológico o solución salina ("agua de mar"), y en caso de mocos evidentes aspirar suavemente. Si el niño se traga el suero no pasa nada.

En **las orejas** no hay que introducir bastoncillos, tan sólo higienizar la parte visible con una gasa o tela limpia

Córtele **las uñas** en forma cuadrada siguiendo el borde libre y con tijera de punta roma. No las recorte demasiado. La de los pies hay que cortarlas rectas. Si le resulta difícil porque se mueven mucho, hágalo por la noche mientras duerme.

La **ropa** interior debe ser de algodón o hilo. Evite las ropas que puedan soltar pelo o pelusa (tipo angora). No le cuelgue ningún objeto del cuello, ni colgantes, ni lazos. No le abrigue demasiado.

Evite cambios bruscos de temperatura, corrientes de aire y contacto con personas acatarradas.

Puede sacarle de **paseo**. Es bueno para el niño y para usted. Evite llevarle a lugares contaminados (calles con mucho tráfico, lugares donde se fume, etc.). A ser posible elija un parque o zona verde. Las situaciones climatológicas adversas no siempre resultan un impedimento si se hace con el niño bien abrigado en invierno y evitando las horas de más calor en verano.

Si el bebé viaja en **coche** debe hacerlo en el asiento posterior, en sentido contrario a la marcha, en su sillita de seguridad homologada y adecuada a su edad, peso y talla. Debe ir bien colocado en todos los desplazamientos, aunque sean cortos. No le deje nunca solo en el coche.

La **leche materna** es el alimento más beneficioso y completo para su hijo desde que nace hasta los 6 meses. Si puede dele de mamar. A partir de los 6 meses debe introducir nuevos alimentos: cereales, frutas, verduras, carne, etc. Nuevos sabores, colores y texturas complementarán la alimentación de su bebé.

Si cree que el niño se queda con hambre consulte con su pediatra, para controlar la ganancia de peso.

*En los primeros días de vida el bebé pierde peso y a partir de la segunda semana comienza a recuperarlo.

No tabaco: la exposición de los niños al humo del tabaco se denomina “tabaquismo pasivo” o “tabaquismo de segunda mano” y tiene efectos muy dañinos. No fume ni permita que nadie fume en su entorno.

Los lactantes de menos de 6 meses de edad **no deben exponerse a la luz del sol directa**. Utilice ropas que cubran la mayor parte de piel posible: mangas más bien larguitas, cuellos más bien altos, pantalones largos. De todos modos ponga filtros solares físicos (no químicos) con factor de protección solar (FPS) 30 o más alto en las zonas de piel descubiertas, aunque no se le exponga a la luz solar directa para protegerle de la radiación difusa.

No olvide pedir **cita con su pediatra**. La primera visita se realiza entre el alta hospitalaria y los 15 días de vida en el centro de salud.

1.2 El test de Apgar

Es el **primer examen clínico** que se realiza al recién nacido en el mismo lugar donde ha tenido lugar el parto. Nos indica si el recién nacido presenta algún problema que precise actuación inmediata. Suele ser realizado por pediatras y/o matronas.

Consiste en la valoración de cinco signos clínicos:

1. Frecuencia cardíaca.
2. Esfuerzo respiratorio.
3. Respuesta a los estímulos.
4. Tono muscular
5. Coloración.

Cada uno de estos signos se puntúa de 0 a 2 según esté peor (0) o mejor (2). Después se suman todos los valores.

- El mejor estado posible es 10.
- El valor más habitual es 9, ya que con frecuencia los niños tienen las manos y los pies azulados por el frío.
- Por encima de 7 existe buena vitalidad y estado físico normal.
- De 4 a 6 significa riesgo intermedio, puede precisar intervención médica.
- De 0 a 3 hay necesidad inmediata de reanimación cardiopulmonar.

El test se aplica al minuto y cinco minutos de vida.

La puntuación del primer minuto nos indica la necesidad o no de intervención médica. Si la puntuación es baja se debe aspirar secreciones para que el niño respire mejor, ponerle calor, estimular para que aumente su frecuencia cardíaca y administrar oxígeno. Llegando incluso a la reanimación cardiopulmonar urgente cuando la puntuación es muy baja.

A los 5 minutos se vuelve a valorar. La mayoría de los niños ya se han recuperado. Pero si persiste la puntuación baja puede indicar un problema mayor que la simple adaptación del niño a la vida extrauterina. En estos casos los pediatras deciden el tratamiento respiratorio y circulatorio necesario, e incluso el ingreso en neonatología.

Importante: Las causas más frecuentes de puntuación baja pueden ser: falta de oxígeno antes o durante el parto, medicación anestésica administrada a la madre durante el parto, prematuridad y enfermedades congénitas.

1.3 Consejos para reducir el riesgo de muerte súbita infantil

La muerte súbita de un lactante es algo que siempre da mucho miedo. Cuando ocurre deja grandes secuelas en las familias. Es la muerte **repentina e inesperada** de un niño menor de 1 año de edad, cuya autopsia no revela una causa explicable de la muerte. Algunos casos se deben a atragantamientos, asfixia o estrangulación, **mientras el niño duerme**.

Tiene más probabilidades de ocurrir entre los 2 y 4 meses de edad y afecta más a los niños que a las niñas, sobre todo en invierno.

Los siguientes factores pueden aumentar el riesgo:

- Dormir boca abajo.
- Dormir en la misma cama con sus padres (colecto).
- Utilizar colchones blandos en las cunas.
- Abrigar demasiado al bebé sobre todo a la hora de dormir.
- Exceso de calefacción en la casa (temperatura ideal: 20°C).
- Tener un hermano o hermana que lo haya presentado.
- Estar en un ambiente de tabaco durante el embarazo o después de nacer.
- Madres que fuman o consumen sustancias psicoactivas (sedantes, alcohol, drogas, etc.).
- Nacer de madre adolescente.
- Partos múltiples (mellizo, trillizo, etc.).
- Partos prematuros.
- Intervalos de tiempo cortos entre embarazos.

El Grupo de Trabajo para el Estudio de la Muerte Súbita Infantil de la Asociación Española de Pediatría ha elaborado un cartel con consejos para su prevención:



*Imagen 1: Consejos para reducir el riesgo de muerte súbita infantil.
En Familia - Asociación Española de Pediatría*

- Para dormir, la cuna es el lugar más seguro. El colchón debe ser firme y deben mantenerse fuera de la cuna los objetos blandos.
- El bebé debe **colocarse boca arriba para dormir** en la noche y a la hora de la siesta. Cuando esté despierto puede adoptar otras posiciones para prevenir que la cabeza se deforme.
- Cuando esté despierto y bajo la supervisión de un adulto, el bebé debe pasar algún tiempo boca abajo.
- Nunca fume ni beba estando embarazada y nunca deje que nadie fume cerca del bebé.
- Comparta esta información con todas las personas que vayan a cuidar del bebé.
- Amamante a su hijo todo lo que pueda. Existen pruebas de que dar el pecho a los lactantes puede ayudar a disminuir la incidencia de la muerte súbita del lactante.

1.4 Prueba del talón

Con frecuencia a la consulta vienen padres que no saben bien que significa la prueba del talón: “según tengo entendido es para evitar que el niño se quede tonto”, “me han dicho que tengo que repetir la prueba pero no sé por qué”.

La "prueba del talón" o cribado neonatal **permite detectar muy pronto algunas enfermedades congénitas**, que si no se tratan tendrían graves consecuencias. Producirían retraso mental, lesiones en algunos órganos del cuerpo o incluso la muerte. También permite hacer consejo genético a las familias para futuros hijos.

La prueba se hace a todos los recién nacidos. Se suele realizar en el hospital, mientras la madre y el niño están ingresados, **entre el 2º y 3º día de vida**. Consiste en la extracción de unas gotas de sangre del talón, con la que se impregna cuatro o cinco círculos de un papel absorbente.

Es gratuita. Pero dependiendo de la Comunidad Autónoma (CCAA) en la que el bebé nazca las enfermedades que se detectan pueden variar. Hay CCAA donde se realiza el cribado de enfermedades más completo que en otras. La **fenilcetonuria e hipotiroidismo** están en todos los cribados. En bastantes se incluye **la fibrosis quística e hiperplasia suprarrenal congénita**. Y en algunas pocas CCAA con más tecnologías se incluyen **más**. Actualmente las sociedades científicas, asociaciones y hospitales reivindican un programa de cribado unificado y ampliado en todas comunidades autónomas. Esta prueba también se realiza en la mayoría de países fuera de España, aunque también con variabilidad en las pruebas que se hacen.

Hay varias circunstancias en las que habrá que **volver a repetir la prueba**: cuando la muestra de sangre es insuficiente, cuando el recién nacido pesa menos de 1.500 g y cuando los padres tienen alguna enfermedad del tiroides. En estos casos la muestra la volverá a tomar la enfermera en el centro de salud, ya que ella dispone del material necesario.

En el caso de que las pruebas den positivas, estos resultados se tendrán que confirmar con otras pruebas y se le pondrá en contacto con el especialista correspondiente.

El diagnóstico y tratamiento dependerá de cada caso. En caso del hipotiroidismo, el tratamiento consistirá en aportar la hormona del tiroides que está deficiente, y el de la fenilcetonuria, en una dieta especial sin fenilalanina. En la hiperplasia suprarrenal congénita se darán esteroides, para reponer los que el cuerpo no puede producir. En la fibrosis quística se realizarán cuidados y tratamientos especiales que alargarán la supervivencia y mejorarán la calidad de vida.

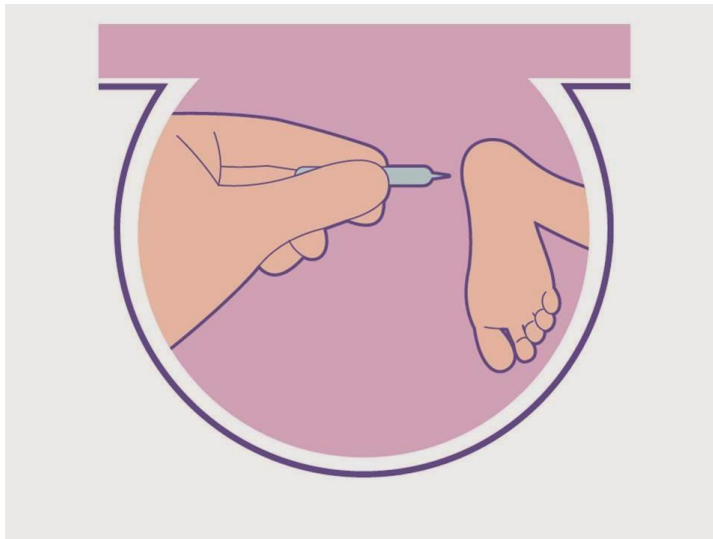


Imagen 2: Extracción de sangre del talón con una lanceta. Obtenida del folleto informativo para padres de la prueba del talón. Junta de Castilla y León

1.5 Prueba de detección precoz de la hipoacusia

Se estima que 5 de cada 1000 recién nacidos pueden tener problemas de audición. Si la hipoacusia o sordera se descubre durante el período del desarrollo infantil del habla y el lenguaje, desde el nacimiento a los dos o tres primeros años de vida, estos niños tendrán mejores perspectivas para desarrollar el lenguaje oral.

Desde el año 2003, el *Ministerio de Sanidad y Consumo* y las Comunidades Autónomas aprobaron el programa de [Detección precoz de la Hipoacusia en recién nacidos](#). Se trata de realizar una prueba sencilla, objetiva y fiable que permite la detección precoz de problemas de audición en el recién nacido, y una vez detectado, iniciar un protocolo de actuación y seguimiento.

La prueba no resulta molesta. Normalmente, se realiza entre las 12 y 48 horas después del nacimiento del niño, antes del alta hospitalaria. Pero en todo caso la prueba debe realizarse antes del mes de vida.

Los recién nacidos han de estar dormidos y tranquilos. Se coloca un pequeño auricular externo en la oreja o un pequeño dispositivo en el conducto externo del oído. Primero en una, y luego en la otra. Con esto se envía un sonido y una máquina registra si al niño le llega de forma correcta.

Los resultados de la prueba pueden ser:

- **Pasa la prueba:** la audición es correcta en el momento de la exploración. Pero esto no garantiza que no vaya a desarrollar la sordera más adelante. Siempre hay que estar alerta de cualquier signo de que el niño no oiga bien.
- **No pasa la prueba:** en estos casos es necesario repetir la prueba. No quiere decir que vuestro hijo tenga un problema en el oído. Hay que esperar los nuevos resultados. Si sigue dando alterada deberá acudir a los especialistas de otorrinolaringología para confirmar o descartar problemas auditivos.

Una vez confirmado, vuestro hijo recibirá pronto el apoyo auditivo y logopédico que necesitará para facilitar el lenguaje oral. Las familias recibiréis la información y orientación necesaria para colaborar eficazmente en la atención especial de vuestro hijo.

1.6 ¿Son necesarios los aportes de vitamina D?

La actividad principal de esta vitamina es la de **fijar el calcio en los huesos**, favoreciendo el desarrollo de los mismos. Previene enfermedades óseas como el raquitismo y la osteomalacia. De ahí la importancia de la vitamina D para un lactante que está en continua formación.

Pero la vitamina D también interviene en otros muchos procesos. **Regula la inmunidad** y su carencia hace más fácil que aparezcan enfermedades infecciosas como las otitis medias recurrentes y enfermedades autoinmunes como la diabetes.

De la dieta sólo se obtiene hasta un 10% de la vitamina D que se necesita. La leche materna tiene poca vitamina D. También los bebés que consumen sólo leches artificiales necesitan suplementos si toman menos de 1 litro diario. Los alimentos con más vitamina D son los lácteos, pescados azules y cereales fortificados.

El resto de la vitamina D se forma en la piel gracias a la luz solar. Pero aquí nos encontramos con un problema: la exposición solar es buena para formar vitamina D, pero mala para la piel. Si nos pasamos de sol y no nos protegemos correctamente, podemos tener quemaduras y un mayor riesgo de cáncer de piel. Pero una exposición insuficiente nos dejará sin vitamina D y con los efectos de su carencia. En los bebés no se recomienda exposición solar. En los más mayores sí se recomienda, pero a una dosis óptima (10-15 minutos al día en alguna parte del cuerpo descubierta, evitando las horas centrales del día).

Hay niños con mayor riesgo de sufrir un déficit de vitamina D:

- a) Los de piel oscura.
- b) Los que tienen un tiempo de exposición solar escaso.
- c) Los que viven muy al norte o muy al sur de los dos hemisferios y reciben menos radiación solar.
- d) Una alimentación con poca vitamina D.

- e) Algunas enfermedades como la celiacía o la ingesta de algunos medicamentos como los antiepilépticos.

Por todo esto, a los menores de 1 año se les debe dar un suplemento de vitamina D3. La dosis diaria recomendada es de 400 Unidades Internacionales al día. Se iniciará en los primeros días de vida. Es especialmente importante en los bebés de piel muy oscura o en los que van muy tapados. Existen distintos preparados comerciales (algunos son polivitamínicos, es decir, incluyen varias vitaminas). En los bebés se recomienda la presentación en gotas. La cantidad dependerá de la concentración del preparado (entre 2 y 6 gotas, siguiendo las indicaciones de su pediatra). Si se lo da a la misma hora del día será más difícil olvidarse. Mejor tomarlas solas, entre tomas de alimento. Puestas en el biberón podría modificar el sabor o no terminarlo con lo que tomaría menos vitaminas.

1.7 Cólico del lactante

Los cólicos son un problema frecuente de los lactantes, que ocurren entre los 15 días y 4 meses de edad. Son muy característicos, consisten en un llanto repentino, acompañado de encogimiento de las piernas y enrojecimiento de la cara. Suelen ocurrir al atardecer, con una duración aproximada de unas 2 horas.

No se sabe bien cuál es la causa. Se relacionan con problemas digestivos (intolerancia a las proteínas vacunas u otro alimento, gases, movimientos intestinales aumentados) y con factores psicológicos (el temperamento del bebé). También se observan más en hijos de madres fumadoras.

No existen tratamientos que los hagan desaparecer. Los cólicos suelen remitir con el paso del tiempo. Descartado que el bebé tenga hambre, frío, esté sucio o tenga un problema más importante intente relajarse, buscar ayuda y relevarse en el cuidado del niño con algún familiar. Los masajes suaves en el abdomen y en la espalda pueden ayudar a calmarlos. Pero cuando son muy constantes lo mejor es acudir al pediatra. Evite medicaciones y preparados homeopáticos sin consultar, ya que pueden ser sedantes y peligrosas para los niños. Algunos probióticos se usan con buenos resultados.

Debe acudir al pediatra si...

- a) El niño está decaído
- b) Con mal estado general
- c) Tiene diarrea
- d) Deja de comer
- e) Vomita
- f) Pierde peso.

1.8 ¿Qué es la ictericia?

Es la coloración amarillenta de la piel y mucosas del niño recién nacido por aumento de bilirrubina y su acumulación en el cuerpo.

La ictericia puede ocasionarse por diversas causas: fisiológicas o patológicas.

En la **ictericia fisiológica** (que ocurre hasta en el 60% de recién nacidos) el aumento de bilirrubina sucede por:

- La gran cantidad de glóbulos rojos que posee el recién nacido y su rápida destrucción.
- El ayuno del bebé, cuando la madre no tiene suficiente leche o todavía no le ha subido bien. Se produce una mayor reabsorción digestiva de la bilirrubina.
- Inmadurez de sus enzimas digestivas.
- En unos pocos recién nacidos la lactancia materna también puede hacer que se eleve algo la bilirrubina. Es porque contiene una sustancia que puede competir con la bilirrubina.

No suele ser muy intensa. Aparece a los 2-4 días de vida y su duración es inferior a una semana. No requiere tratamiento, sólo observación o basta con exponer al recién nacido a la luz solar para conseguir disminuir los niveles de bilirrubina.

La **ictericia patológica** es menos frecuente (6% de recién nacidos). Pero es la que debe preocuparnos. Se produce en casos graves de rotura de los glóbulos rojos (hemólisis) por:

- Incompatibilidad sanguínea del Rh o del grupo ABO.
- Escasa vitamina K. La vitamina K participa en la coagulación, si hay déficit se producen hemorragias que favorecen la ictericia.
- Infecciones.
- Escasa cantidad de hormona tiroidea

La ictericia patológica suele ser más intensa y puede llegar a producir lesiones cerebrales graves. Sucede en las primeras 24 horas del nacimiento y tiene una duración mayor de una semana en el recién nacido a término o más de dos semanas en el recién nacido prematuro. Este tipo de ictericia siempre va a requerir tratamiento a través de fototerapia y/o exanguinotransfusión.

- **Fototerapia:** Consiste en exponer la piel desnuda a una lámpara de luz ultravioleta a una distancia de 50 cm, mientras el niño permanece en una incubadora. Esto hace que la bilirrubina tóxica se convierta en pigmentos no tóxicos. El recién nacido permanecerá frente a la luz, con pañal y gafas protectoras, durante las horas que sean necesarias hasta disminuir los niveles de bilirrubina (habitualmente 24-48 horas). Se realizarán cambios posturales frecuentes para maximizar la exposición de la luz en toda la superficie corporal.
- **Exanguinotransfusión:** En los casos más graves, se recambia la sangre del niño por sangre fresca a través de la vena umbilical. Así se consigue eliminar los niveles de bilirrubina en la sangre del recién nacido.

RECUERDE:

- Acuda a su ginecólogo y matrona para el seguimiento del embarazo. Esto permitirá detectar y tratar de forma precoz la incompatibilidad sanguínea Rh y ABO.
- Acuda a las revisiones del recién nacido con su pediatra en el centro de salud.
- Si nota la piel o los ojos del recién nacido amarillos debe acudir al pediatra.
- La administración de vitamina K en el recién nacido (inyección intramuscular) se realiza en la actualidad en todos los servicios de neonatología y maternidad.
- En cuanto a la lactancia materna, mejor hacer tomas frecuentes al principio, 8 – 10 al día.

1.9 ¿Es bueno el chupete?

El reflejo de succión es algo involuntario que está presente desde el periodo fetal, se mantiene en el recién nacido y desaparece hacia el cuarto mes de vida. A partir de este momento el reflejo de succión se convierte en un acto que se usa para cubrir necesidades nutricionales y el propio bienestar y confort del bebé. Es por esta última razón por la que **el chupete se puede ofrecer para proporcionar tranquilidad y consuelo al bebé** que manifiesta disconfort, llorando por muchos motivos que no vamos a abordar. Pero de forma prudente.

No interfiere ni en la frecuencia ni en la duración de la lactancia materna, siempre que se inicie cuando ya está instaurada, y esto sucede a partir del primer mes de vida aproximadamente. Sólo en niños con leche adaptada se puede ofrecer el chupete desde el primer día de vida, porque se ha observado que en ellos reduce la probabilidad de muerte súbita.

Diversos estudios, demuestran el **efecto protector del chupete para la prevención de la "muerte súbita del lactante"**. Esto puede deberse a que el chupete evita la posición de dormir boca abajo, favorece la apertura de la vía aérea superior, disminuye el reflujo gastroesofágico y disminuye el umbral de despertar (sueño menos profundo).

En cuanto al desarrollo dental, **el chupete puede influir en maloclusiones dentales**. Este problema puede evitarse cuando el hábito de succión se abandona precozmente. Los expertos recomiendan retirarlo antes de que el niño cumpla los dos años de edad para no afectar en el buen desarrollo de la dentición. Incluso si se retira pronto es posible la autocorrección de estos problemas dentales.

También **se relaciona con la aparición de otitis media aguda**. La succión de chupete aumenta el paso retrógrado del moco de la faringe hacia el oído medio, ocasionando la acumulación de moco dentro y favoreciendo las infecciones.

RECUERDE:

- Una vez conocidos los beneficios y perjuicios, debe decidir finalmente su uso.
- No intente calmar a un niño con un chupete bañado en azúcar o miel, para evitar la aparición de caries dental.
- Si el chupete se cae durante el sueño no es necesario que lo vuelva a colocar.
- Fije el chupete con pinzas de plástico a la ropa. Nunca con cordones rodeando el cuello porque pueden ocasionar un accidente.
- Vigile que el chupete no está deteriorado (si se desprenden trozos existe riesgo de aspiración).
- En niños con otitis media crónica o recurrente se debe restringir el uso del chupete.
- En muchas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, se ofrece el chupete desde el primer día en el recién nacido prematuro como método de confort y disminución del estrés.

1.10 El porteo

El uso del portabebé se basa en el contacto físico continuo entre el adulto (generalmente sus padres) y el bebé. Es un medio de transporte que les proporciona seguridad y tranquilidad. Además, para los adultos supone una liberación de las manos, así como una mejora notable en su movilidad, en sus desplazamientos y en el desarrollo de sus tareas cotidianas.

Para que el transporte sea adecuado, se recomiendan únicamente portabebés ergonómicos: el bebé tiene que quedar alto, con la espalda bien apoyada en la tela y flexionada en forma de C, las piernas con forma de M con las rodillas un poco más altas que las nalgas, y la carita debe permanecer bien visible para el adulto que lo portee.

Precauciones y normas de prevención en el porteo:

- Vigilar la postura.
- Utilizar modelos adecuados para la edad y el peso del bebé.
- La cara del bebé tiene que estar siempre visible.
- La cara no tiene que estar apoyada contra el cuerpo del adulto.
- Comprobar que respira normalmente.
- No utilizar el porteo en vehículos.
- No cocinar con el portabebés, por riesgo de quemaduras.
- Cuidado con superficies deslizantes.

Efectos positivos del porteo para los bebés:

- Favorece el apego seguro.
- Mejora el vínculo afectivo con la madre y con el padre.
- Permite mayor contacto físico entre ambos.
- Reduce el llanto y aporta más tranquilidad.
- Promueve el sueño de mayor calidad.
- Fomenta la lactancia materna a demanda.

- Previene la plagiocefalia (deformación de la cabeza debida al estar tumbado).
- Mejora la regulación de la temperatura.
- Mejora el patrón respiratorio.
- Favorece la expulsión de gases y las deposiciones, por lo que alivia los cólicos del lactante.
- Protege el desarrollo de las caderas y de la espalda, mejorando el tono muscular.

Efectos positivos del porteo para las madres y los padres:

- Mayor autonomía y mejor movilidad, puesto que los brazos están libres.
- Se evitan muchos obstáculos (al caminar, en el autobús, por la calle...).
- Mejora y favorece el vínculo con el bebé.
- Si los portabebés son utilizados de forma adecuada, favorecen y mejoran la postura de la espalda del adulto.

Capítulo 2

· ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO FÍSICO ·



2.1 Alimentación del bebé: introducción de nuevos alimentos

Alguna de las principales dudas que surgen a los padres en la crianza de sus hijos están relacionadas con la alimentación: ¿Cómo alimentar al bebé? ¿Cuándo comenzar a dar nuevos alimentos?

Hasta los 6 meses es aconsejable que el alimento exclusivo sea la leche materna. Si esta no fuera posible, entonces se le dará leche adaptada. A partir de esa edad la alimentación del bebé se debe complementar con otros alimentos distintos a la leche.

No hay un orden establecido para la introducción de alimentos. Pero en general se suele seguir el siguiente...

A los 6 MESES

- Cereales CON gluten añadido a la leche artificial o a la propia leche materna. Puede empezar introduciendo una o dos cucharaditas. Después aumentar gradualmente la cantidad. Así aumenta el aporte nutritivo y la papilla se hace más espesa. Puede darse con cuchara o biberón.
- Papilla de fruta preparada con zumo de naranja o mandarina, plátano, pera, manzana. El resto de las frutas se añadirán después.

A los 7 MESES

- Puré con verduras (patata, zanahoria, calabacín, puerro, calabaza, cebolla, judía verde). Poco a poco añade al puré la carne: pollo sin piel, ternera, conejo (hasta 40-50 gr/día). Puede echar en los purés una cucharadita de aceite de oliva en crudo.
- Después de los purés puede añadir un postre lácteo (leche materna, leche artificial o yogurt de leche de continuación) o zumo natural.

A los 9 MESES:

- Pescado blanco (lenguado, merluza): en el puré de verdura, 2-3 veces por semana.
- Iniciar la masticación con galletas o pan.

A los 10 MESES:

- Huevo: empezar por la yema cocida en el puré en cantidades crecientes. Posteriormente el huevo entero cocido.

A los 11 MESES:

- Introduzca legumbres (lentejas, garbanzos, alubias).

A los 12 MESES:

- Añada acelga o espinaca en el puré (2-3 veces/semana)
- Cualquier tipo de pescado: ¡¡Cuidado con las espigas!!
- Yogurt natural de leche de vaca
- Aumente poco a poco la consistencia de los purés. Ofrezca tortilla, jamón, fruta, etc. en trocitos (si no lo has hecho antes).
- Resto de alimentos. Adapte al niño a las comidas familiares, regulando las cantidades y la consistencia.

RECUERDE:

- La alimentación complementaria se inicia, de forma general, a partir de los 6 meses de edad.
- La lactancia materna se puede prolongar hasta que la madre y el niño quieran (2 años o más). Pero complementada con otros alimentos.

- A partir de los 7 meses los niños suelen realizar 4-5 tomas: la 1ª y 4ª leche con/sin cereales (opcional una 5ª toma de leche), la 2ª puré de verduras (con o sin postre lácteo) y la 3ª papilla de frutas.
- No introduzca leche de vaca entera hasta los 12-18 meses. La leche desnatada nunca antes de los 2 años.
- Evite los frutos secos y caramelos en menores de 3 años porque se pueden atragantar.
- Los zumos tienen escaso aporte nutritivo y muchos azúcares. Son preferibles naturales y recién exprimidos. No darlos entre horas.
- No añada azúcar, miel o leche condensada a la fruta. Favorecen la aparición de caries y obesidad. No de miel antes de los 12 meses.
- No ponga sal a las comidas antes de los 12 meses. El niño tomará la sal sin exceso cuando se incorpore a las comidas familiares.
- El rechazo a los nuevos alimentos es normal. Se supera ofreciéndolos de forma progresiva. SIEMPRE SIN FORZAR.
- Evite embutidos grasos, bollería industrial, refrescos, snacks envasados (patatas fritas), comidas muy condimentadas.
- Déjele comer a su ritmo y favorezca su autonomía dejándole intervenir: BABY LED WEANING.

2.2 Nuevo método de alimentación del bebé: Baby Led Weaning

Hoy en día se propone un nuevo método para introducir alimentos nuevos a los lactantes. Se trata del baby led weaning. **Quiere decir destete o alimentación complementaria dirigida por el bebé.**

Es un método alternativo al tradicional con cuchara. Aconseja que el propio lactante a partir de los seis meses se lleve alimentos sólidos a la boca, en vez de ser alimentado con alimentos triturados y purés pasivamente por un adulto.

Sus ventajas son las siguientes:

- Integra pronto al niño a las comidas familiares, con sus diferentes texturas y sabores.
- Promueve habilidades de alimentación en el niño (masticación, deglución, agarrar alimentos con la mano, llevarlos a la boca, etc.).
- Otorga un papel activo al niño. El niño regula la cantidad de alimento que toma. No hay que forzar. Esto evita la sobre alimentación y por tanto actúa en la prevención de la obesidad.
- Es más cómodo para las familias, no hay que preparar comida especial y no requiere darla con la cuchara.

Pese a ser un método seguro y aceptable este tipo de prácticas debe realizarse siguiendo una serie de recomendaciones:

- Continuar con lactancia materna a demanda o leche adaptada.
- Empezar poco a poco con alimentos cocidos y sencillos (verduras cocidas, pescado desmenuzado, etc.) e ir añadiendo más.
- Vigilar de cerca al bebé, para un manejo rápido de un posible atragantamiento.
- Aportar a diario alimentos que aporte suficiente energía y nutrientes
- Evitar alimentos con un contenido elevado de nitratos (espinacas, remolacha) y sacarosa durante el primer año de vida.

- Evitar frutos secos, semillas, alimentos crudos y duros (caramelos, manzana cruda, zanahoria cruda, etc.). En el caso de la zanahoria mejor cocida.
- Dar agua entre y después de la comida.
- Evitar los alimentos potencialmente alergénicos, como el huevo y el pescado en los lactantes con historia familiar de atopia durante el primer año de vida.
- Precaución en prematuros y niños con alguna enfermedad debilitante o neuromuscular. En estos niños la introducción de alimentación complementaria debe adaptarse a sus capacidades. Esperar a que se mantenga sentado y sujete los alimentos con las manos y los lleve a la boca.

2.3 A la escuela sí, pero no sin desayunar

¿Cuántas veces ha oído decir que el desayuno es la principal comida del día? Pues es verdad.

Un desayuno equilibrado proporciona los nutrientes necesarios cuando el niño y adolescente más lo necesitan. Sin desayunar se pueden encontrar sin fuerzas para estudiar, concentrarse, hacer deporte, etc.

Además ayuda a mantener el peso en unos valores más adecuados que cuando no se hace. El reparto de las calorías a lo largo del día en 4 o 5 comidas, ayuda a regular el aporte calórico del día. Los niños que no desayunan suelen seguir una dieta de peor calidad, mientras que quienes lo hacen, suelen hacer una dieta menos grasa y más rica en fibra, vitaminas y minerales. Está demostrado que los que no desayunan suelen picar más entre horas (snacks, golosinas, bollería y otros dulces, refrescos, etc.).

Un problema que surge a menudo es que el niño recién levantado no tiene hambre. En tal caso se puede optar por dividir el desayuno en dos: una pequeña ingesta en casa y otra a media mañana, en el recreo.

El tomar esta comida no debe suponer más de 15 minutos al día. Y no olvide dar ejemplo. Deje que sus hijos vean que usted también disfruta del desayuno.

Debe intentar que incluya estos tres tipos de alimentos:

- **Lácteos:** leche, yogur, queso...
- **Cereales:** pan, galletas, cereales... El pan es el más aconsejable.
- **Fruta:** cualquiera, la de temporada es la mejor opción. La puede ir variando.

También puede hacer zumo natural.

Además puede incluir frutos secos (en niños mayores a 3-4 años), miel (a partir del año), embutido poco graso, cacao...

Y para llevar a la escuela, la fruta es ideal para meter en la mochila (rica en fibra y vitaminas).

2.4 La leche sí, pero sin exceso

La leche es un alimento que puede ir contenido en una gran cantidad de alimentos. Lleva hidratos de carbono, grasas y proteínas de gran valor nutritivo. Y además es una importante fuente de minerales (entre ellos el calcio), vitaminas (sobre todo la vitamina D) y enzimas.

El calcio y la vitamina D son muy importantes en el desarrollo de los huesos y en el crecimiento de los niños. Facilitan una buena mineralización ósea durante el crecimiento y previenen la osteoporosis, que causa fracturas en la edad adulta.

En los primeros 6 meses de vida los bebés solo necesitan tomar leche. Después es necesario que tomen otros alimentos para asegurar un crecimiento normal.

La mejor leche es la del pecho de su madre. Pero si no es posible, se usan leches adaptadas: las fórmulas de inicio o tipo 1 (hasta los 5 o 6 meses) y las fórmulas de continuación o tipo 2 (de 5 o 6 meses a 12-18 meses). La leche de vaca no es apta para bebés de 0 a 12 meses.

A partir de los 12 meses de edad los niños pueden tomar leche de vaca. Se recomienda que sea esterilizada y entera, o sea, con toda la grasa, ya que por el momento (salvo excepciones) el colesterol no es un riesgo para ellos. Además, la grasa de la leche favorece que se absorba la vitamina A y D.

A partir de los 3 años, es mejor que ya tomen leche con menos grasa, o sea semidesnatada. Si los niños tienen sobrepeso o si toman muchos lácteos, es mejor que la leche y derivados lácteos sean desnatados.

En general se considera adecuado y suficiente que los niños tomen el equivalente a medio litro de leche (500 ml). Una ración de leche equivale a 200-250 ml, una de yogur a 125 ml y una de queso curado de 40 a 50 g.

Los niños de hoy consumen mucha más cantidad de leche que antaño porque hay mucha variedad de derivados, listos para tomar (batidos, natillas, yogures, queso

cremoso batido, helados...). El exceso de leche y sus derivados tiene algunas consecuencias que no se suelen tener en cuenta:

- Puede disminuir la apetencia por otros alimentos. Ello impide llevar una dieta variada (con mucha leche se toman menos frutas y verduras).
- Favorece al estreñimiento. La leche tiene poco residuo sólido para eliminar. Son los alimentos ricos en fibra (verduras, frutas, legumbres, cereales integrales...) los que más residuo producen.
- Hace que baje el hierro (ferropenia): el calcio de la leche se une al hierro. Cuando van juntos nuestro intestino no los puede absorber. Si se toma mucha leche se tiene calcio de sobra, pero menos hierro. El hierro se absorbe mejor junto a la vitamina C. Por eso hay que recuperar la costumbre de tomar fruta de postre en lugar del yogur.
- Puede aumentar la grasa. La leche de vaca contiene grasa que es saturada. O sea, la que menos les conviene a las arterias y al corazón.
- Puede llevar a sobrealimentar. Existe la costumbre de dar un lácteo dulce cuando parece que el niño ha comido poco. Eso son unas cuantas calorías de más cada día, que pueden hacer aumentar el peso del niño.

RECUERDE:

- Aunque la leche es muy importante en la alimentación infantil, la dieta de los niños debe ser variada. Es bueno tomar 2 o 3 raciones de lácteos al día.
- Junto a la leche hay otros alimentos que contienen calcio. Por ejemplo los pescados (especialmente los que se comen con las espinas como los boquerones o las sardinas en lata), los mariscos, los frutos secos, las legumbres y verduras como el brócoli.

- Al mediodía es mejor tomar fruta de postre o un zumo natural para asimilar mejor el hierro de la comida. Tomar un lácteo aumenta el riesgo de quedarse bajo de hierro.
- Los lácteos azucarados (natillas, flanes, *petit suisse*) no se deben tomar a diario.
- Pasear y jugar al aire libre ayudan a que los huesos se hagan fuertes (por la vitamina D y el ejercicio).
- Es falsa la creencia de que la leche produce mocos. No se ha demostrado.

2.5 ¿Está preocupada porque su hijo no come bien?

La pérdida de apetito en un niño pequeño se vive, muchas veces, como una amenaza para su salud. Mientras que unos niños comen sin problemas, otros se niegan. En algunos casos el momento de la comida se puede convertir en una batalla campal.

Cuando un niño está enfermo, es normal que pierda las ganas de comer. Sin embargo hay niños sanos que comen mal porque no les apetece comer (“inapetencia”).

Lo que debe hacer...

Cree estilos alimenticios saludables desde los primeros años de vida. Estos condicionan la salud del futuro, ayudando a prevenir enfermedades como la obesidad, hipertensión, diabetes, cáncer de colon, etc.

- Eduque a “comer de todo”.
- Los niños tienen el estómago pequeño y no necesitan comer grandes cantidades.
- Inícielo en el hábito de tomar un desayuno completo.
- Los alimentos imprescindibles que debe tomar un niño a diario son: lácteos, frutas, verduras, pan, alternando con carne, pescado o huevos. Las legumbres, arroz y pasta hay que combinarlas varias veces a la semana.
- Evite el abuso de dulces “chucherías y refrescos” y alimentos muy grasos o salados
- Será mucho más fácil si el niño está acostumbrado a ver a los adultos de la casa tomar esos mismos alimentos. Si nunca ve tomar pescado pensará que es “algo malo”.

Favorezca comportamientos adecuados en torno a la alimentación. La hora de la comida debe ser un momento de disfrute y un escenario adecuado para el aprendizaje y el intercambio de conocimientos. Algunos consejos:

- Evite la ansiedad y la rigidez. Muéstrole cariño y afecto. La comida tiene que ser divertida. Debe proporcionar experiencias agradables y positivas.
- Al principio, la introducción de algún alimento nuevo puede ser rechazada por el niño. Tenga paciencia, poco a poco, se irá acostumbrando a los nuevos sabores y texturas.
- Es recomendable comer toda la familia junta. Ayudará a fomentar la interacción y la conversación. Se formarán lazos de afecto familiares y recuerdos inolvidables.
- Respete las rutinas: horario y lugar de comida.
- Evite las distracciones. La televisión no debe acompañarle en la comida.
- Limite el tiempo de las comidas, 30 minutos sería aceptable.
- No pueden comer lo que les apetezca. No le ofrezca un plato alternativo. Le ofrecerá una sola comida y si no quiere, pues no pasa nada. Se queda sin comer.
- No forzar es la clave para conseguir que los niños no vayan a la comida como a una batalla.

Debes consultar al pediatra...

- Si tiene dudas sobre el estado físico de tu hijo o si aprecia síntomas como diarrea, vómitos o un dolor persistente, en relación con su pérdida de apetito.
- Si rechaza algún alimento de forma particular.
- Si tarda más de 30 minutos en cada comida.
- Pero recuerde que los medicamentos que aumentan las ganas de comer tienen efecto temporal y a veces causan sueño.

2.6 ¿Cómo va de percentiles mi hijo?

Es habitual que en las consultas pediátricas se utilicen los percentiles para valorar el desarrollo físico del niño. Hay percentiles de talla, peso, perímetro craneal... Los más utilizados son los de talla y peso.

El percentil es una medida que compara el crecimiento de un niño con el de otros niños de su misma edad. Si un niño está en el percentil 50 de peso o de talla significa que comparado con los de su edad, hay un 50% que pesan o miden más y un 50% que pesan o miden menos. Si estuviera en el 25 tendría 25 niños que pesarían o medirían menos que él y 75 más. Y en el 75, al contrario.

En general se considera el rango normal entre el percentil 3 y el 97. Pero hay que tener en cuenta que cada niño crece a su propio ritmo. Estar por debajo del percentil 3 no siempre significa que el niño no esté sano o tenga un problema de crecimiento. Ni estar en el percentil 50 que esté sano. Los factores genéticos son muy importantes: padres pequeños suelen tener hijos pequeños y padres grandes, hijos grandes (aunque no siempre se cumple).

Más que el valor en un momento dado, a los pediatras y enfermeras pediátricas nos interesa ver la evolución del percentil a lo largo del tiempo. Lo normal es que el niño siga un determinado percentil a lo largo del tiempo. Pero si de repente cambia de patrón podemos estar ante un problema de salud y descubrirlo así.

En internet que hay varias herramientas para calcular los percentiles de crecimiento de los niños. Por ejemplo: <http://www.percentilesinfantiles.es/>

2.7 Vitaminas y suplementos nutricionales

Las vitaminas son sustancias necesarias para conseguir una correcta nutrición. Cada una cumple una función específica en el cuerpo. Tanto la carencia como el exceso de vitaminas pueden ser perjudiciales.

Existen dos tipos de vitaminas: liposolubles e hidrosolubles.

- Las vitaminas liposolubles (A, D, K, E) se transportan en las grasas. Un exceso de ellas en la dieta puede hacer que se acumulen en el tejido adiposo llegando a resultar tóxicas. Se llama hipervitaminosis (sobredosis de vitaminas).
- Las vitaminas hidrosolubles (grupo B, C) se transportan en el agua. Si se toman en exceso no son tóxicas, porque se eliminarían por la orina.

Los minerales (calcio, fósforo, sodio, hierro, yodo, potasio...) también son fundamentales para la regulación de diversas funciones del cuerpo. Su carencia o exceso, a su vez, pueden ocasionar síntomas dañinos y complicaciones.

Una alimentación variada y equilibrada en los niños, es suficiente para conseguir los requerimientos diarios de cada uno de los nutrientes, incluidas las vitaminas y los minerales. Por ello, no son necesarios los suplementos vitamínicos.

Salvo en determinados niños con hábitos atípicos, escaso apetito o consumidores de dietas vegetarianas. En estos casos el pediatra puede recomendar entonces suplementos. Pero siempre de forma vigilada sin exceder la cantidad diaria recomendada, para evitar los efectos adversos derivados del exceso de algunos de ellos.

También, los lactantes alimentados con leche materna poseen todas las vitaminas necesarias para su desarrollo, pero deben recibir aportes extra de vitamina D durante el primer año de vida, especialmente en los meses de invierno y en zonas poco soleadas (400 unidades al día).

En los países desarrollados es difícil observar enfermedades por carencia de vitaminas. Pero es frecuente percibir preocupación en los padres sobre la correcta alimentación de sus hijos. Además, la creciente publicidad, incita la utilización tanto de productos farmacéuticos como de alimentos enriquecidos con vitaminas, conocidos como “alimentos funcionales” (por ejemplo, leches o derivados enriquecidos con calcio, vitaminas, omega 3, ácido oleico, ácido fólico, fósforo, cinc, etc.).

Todo ello ocasiona un uso inadecuado de los suplementos nutricionales y específicamente de las vitaminas en edades pediátricas, produciéndose un abuso en su consumo sin justificación.

A continuación, se refleja las complicaciones tanto del exceso como del defecto de vitaminas:

- **Vitamina A.** Carencia: Ceguera y problemas inmunitarios. Exceso: náuseas, fatiga, daño hepático.
- **Vitamina D.** Carencia: Raquitismo. Exceso: Náuseas, irritabilidad, dolor articular.
- **Vitamina K.** Carencia: Hemorragias. Exceso: Trombosis y vómitos.
- **Vitamina E.** Carencia: Anemia hemolítica. Exceso: Dolor de cabeza, fatiga, diarreas.
- **Vitamina B1.** Carencia: Beri-beri, depresión, pérdida de apetito. Exceso: No efectos tóxicos.
- **Vitamina B2.** Carencia: Lesiones mucosas y oculares. Exceso: No efectos tóxicos.
- **Vitamina B3.** Carencia: Pelagra. Exceso: Dolor de cabeza, náuseas.
- **Vitamina B5.** Carencia: Fatiga, pérdida de coordinación. Exceso: No efectos tóxicos.
- **Vitamina B6.** Carencia: Dermatitis seborreica, irritabilidad. Exceso: Pérdida sensibilidad.
- **Vitamina B8.** Carencia: Fatiga, depresión. Exceso: No efectos tóxicos.
- **Vitamina B9.** Carencia: Anemia megaloblástica. Exceso: No efectos tóxicos.
- **Vitamina B12.** Carencia: Anemia megaloblástica. Exceso: No efectos tóxicos.

- **Vitamina C.** Carencia: Escorbuto. Exceso: Diarrea, cálculos renales.

Cada alimento contiene un conjunto de vitaminas. Por ello es importante la variedad en la dieta y un consumo adecuado de todos los grupos de alimentos, incluyendo siempre: frutas y verduras, cereales integrales, huevos, lácteos, pescados, carnes, legumbres y grasas saludables. Una buena educación nutricional durante la edad escolar es imprescindible para lograr unos correctos hábitos alimenticios, y de esta manera, poder completar las necesidades vitamínicas necesarias para la vida. La pirámide nutricional muestra las recomendaciones de consumo en frecuencia (diaria, semanal y ocasional) de los distintos grupos de alimentos, paralelamente con las distintas actividades de ejercicio físico (pasear, gimnasia, subir escaleras, etc.).

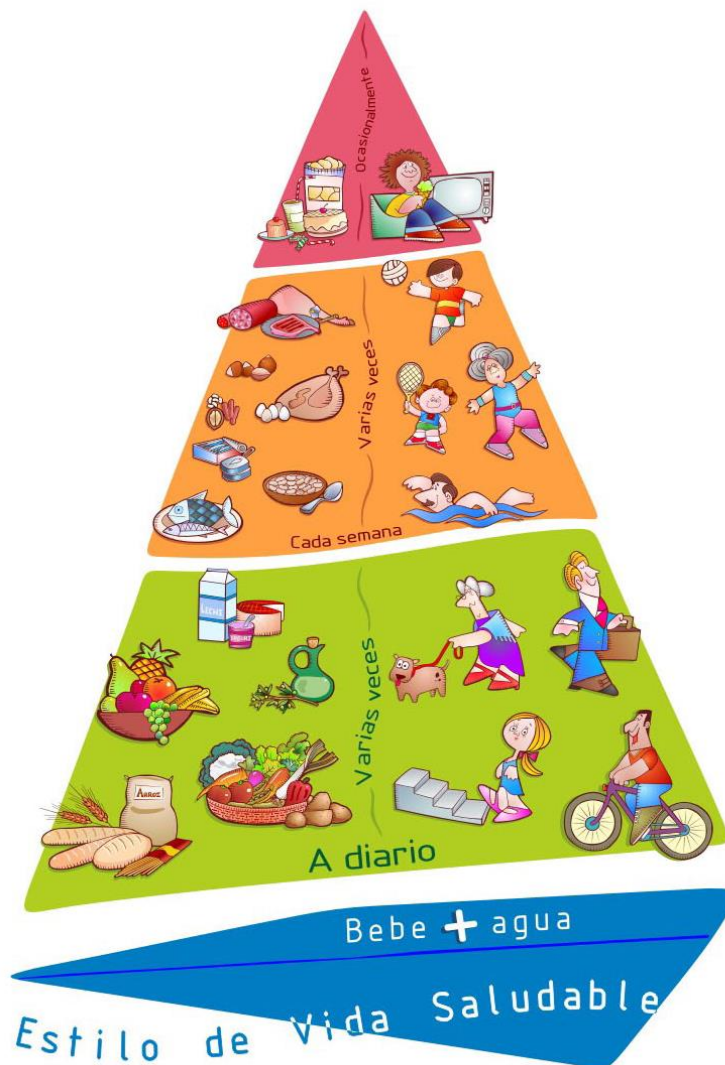


Imagen 3: Pirámide alimentaria.
Estrategia NAOS. Ministerio de Sanidad

2.8 El consumo de cafeína

La cafeína es una sustancia estimulante que se encuentra presente en el café, té, chocolate, y en muchas bebidas con gas y energéticas. Algunos productos de bollería y repostería también pueden contener alguna cantidad de cafeína en los rellenos o en las coberturas de chocolate.

Veamos un ejemplo: un niño desayuna cacao con la leche y alguna galleta rellena de chocolate; en la comida toma natillas de chocolate de postre; durante la tarde toma un refresco de cola y antes de cenar se come una chocolatina. Con el consumo de estos productos, el niño ya habría excedido la cantidad de cafeína diaria recomendada. Además, no serían muy recomendables dentro de una dieta saludable y equilibrada.

La dosis recomendada por la FDA para adultos es de 300 mg al día (aproximadamente 3 tazas de café). En niños y adolescentes, se recomienda que el consumo no debe superar los 2,5 miligramos de cafeína por kilo de peso y día.

- Niños de 4 a 6 años: consumo máximo de 45 mg al día.
- Niños de 7 a 9 años: consumo máximo de 62 mg al día.
- Niños de 10 a 12 años: consumo máximo de 85 mg al día.
- Adolescentes: consumo máximo de 100 mg al día.

El mayor consumo de cafeína se produce con las bebidas energéticas y los refrescos. Las latas de refrescos tipo cola tienen aproximadamente 50 mg de cafeína.

Los niños y los adolescentes son más vulnerables a los efectos de la cafeína que los adultos. Su consumo puede provocar alguno de los siguientes problemas:

- Alteración del patrón de sueño.
- Obesidad.
- Dificultades en el aprendizaje.
- Modificaciones en el comportamiento.

- Arritmias cardíacas.
- Ansiedad.
- Irritabilidad.
- Dificultad para mantener la concentración.

Hay que tener mucha precaución con el consumo de bebidas estimulantes por parte de **los adolescentes**, sobre todo las noches de los fines de semana junto con el alcohol, ya que estas bebidas enmascaran el grado de embriaguez. El consumo de estas sustancias con motivo de fiestas o celebraciones, se está convirtiendo en una costumbre poco saludable. En otros casos, su consumo se realiza para mantenerse despiertos y estudiar durante los periodos de exámenes.

2.9 Efectos beneficiosos del ejercicio

- Posibilita un crecimiento más sano y un desarrollo más completo
- Es bueno para la mente. El ejercicio hace que el cuerpo produzca endorfinas, unas sustancias químicas que nos hacen sentir en paz y felices. Ayuda a dormir mejor. Ayuda en los problemas de salud mental, como la depresión leve y la baja autoestima. Proporciona sensación de logro y orgullo cuando se alcanzan las metas. Crea una imagen positiva de uno mismo.
- Ayuda en el aprendizaje. Nada mejor que un tiempo dedicado al deporte antes de ponerse delante de los libros. La mente estará mucho más despierta y preparada para el rendimiento escolar.
- Ayuda a tener mejor aspecto. Ayuda reducir la grasa corporal.
- Reduce el riesgo de desarrollar enfermedades, como la diabetes tipo 2, cardiopatías y la hipertensión arterial. Fortalece músculos y corazón.
- Favorece la resistencia y mejora el contenido mineral del hueso. El ejercicio ayuda a envejecer bien y disminuye la osteoporosis (debilitamiento de los huesos) y las caídas.
- **Enseña:**
 - a trabajar en equipo, incluso en deportes individuales,
 - autodisciplina y a programar los horarios de su vida,
 - a fijarse objetivos y trabajar para conseguirlos,
 - a asimilar las victorias y las derrotas,
 - a desarrollar fuerza de voluntad y capacidad de sacrificio,
 - estimula la capacidad competitiva y el interés por el progreso.

- Favorece las relaciones sociales y la adquisición de amigos de su entorno deportivo, que suponen la mayoría de las veces compañías más sanas y seguras.
- Induce a una mayor preocupación por una vida sana (alimentación, descanso, abstención de tabaco y otras drogas). Desvía las formas de diversión como “el botellón” o pasar las noches en la discoteca, hacia el disfrute de la competición y de las reuniones con compañeros y rivales.
- Aumenta las probabilidades de seguir haciendo deporte durante la vida adulta. Se va constituyendo parte de la rutina diaria.

Consulta el “DECÁLOGO SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS DE LA ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE PEDIATRIA”

Disponible en:

http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diptico_actividades_fisicas_aep.pdf

2. 10 Recomendaciones sobre ejercicio físico

Hoy en día se está empezando a cuestionar que las nuevas generaciones van a vivir menos que sus padres. El aumento de las tasas de obesidad en la población infantil asociada principalmente al sedentarismo está aumentando enfermedades como la diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, etc. Para lograr que nuestros hijos vivan más años y con más calidad de vida, es necesario que coman bien y hagan ejercicio a diario.

Hay que buscar un ejercicio divertido. Es más fácil que el niño o adolescente no haga ejercicio si no le gusta. Lo ideal es que realice varios deportes o actividades (nadar, correr, montar en bicicleta, fútbol...). Se puede probar hasta encontrar el que más le guste. Además participar en más de una actividad deportiva puede ayudarle a desarrollar diferentes habilidades y a evitar lesiones.

También es bueno fomentar el deporte en equipo y a ser posible en la naturaleza, ya que ayuda a evitar el abandono del mismo.

Los padres y los colegios deben promover, y a ser posible compartir, la actividad física desde la más tierna infancia en un intento de habituar a los niños y adolescentes en el deporte. Los niños aprenden más con el ejemplo que con palabras y órdenes.

El profesional de la salud debe ocuparse no solo de diagnosticar y tratar enfermedades, sino también de “recetar ejercicio”, para prevenir e incluso curar algunas enfermedades.

Las autoridades deben poner en marcha medidas de apoyo como aumentar los espacios para la práctica de deporte: parques, carril bici, deportivos, etc.

La enfermedad no debe ser excusa en los niños con enfermedades (asma, anorexia, diabetes, retraso mental, discapacidad, etc.). Cada vez hay más evidencias sobre el beneficio de la actividad física en estos casos. Habrá que buscar el que más convenga.

CAPÍTULO 3

• CUIDADOS DEL NIÑO •



3.1 Declaración de los Derechos de Salud del Niño

Los niños son la parte más vulnerable de nuestra sociedad. No cuentan con los medios ni las herramientas necesarias para protegerse a sí mismos. Por tanto, deben ser objeto de una atención especial y una protección específica. Bajo estas premisas han sido adoptados acuerdos que proclaman la protección del niño y sus derechos:

- Todo niño merece nacer bien, mantenerse sano y poder adquirir buenos hábitos de salud.
- Todo niño y adolescente merece tener un fácil acceso a atención médica que sea preventiva y que fomente la salud. Dicha atención se proporciona mejor a través de un equipo de atención primaria y con un fácil acceso a los niveles de atención secundarios y terciarios.
- Todo niño y adolescente merece tener una familia que lo críe adecuadamente, que le proporcionen seguridad, buenos ejemplos, calidez, amor y una aceptación incondicional. La salud de un niño comienza con la salud de los padres.
- Todo niño y adolescente merece criarse en un hogar donde no haya peligros físicos y asistir a una escuela.
- Todo niño y adolescente merece una vivienda adecuada, buena nutrición, buena educación. Todo niño y adolescente merece tener la oportunidad de adquirir buenos valores y de llegar a ser un ciudadano responsable en su comunidad.
- Todo niño y adolescente merece ser feliz, tener amigos, autoestima. Saber que puede lograr lo que se propone y tener éxito en la vida.

Estos derechos deben cumplirse porque las intervenciones y cuidados durante los primeros años suponen una ganancia en salud que dura toda la vida.

“La humanidad debe dar al niño lo mejor de sí misma”

Declaración de Ginebra de 1924

3.2 Controles de salud

Los controles de salud o revisiones de niño se realizan de forma regular en las consultas de pediatría en Atención Primaria. Sirven fomentar la buena salud del niño y ayudar a prevenir enfermedades. Su utilidad y pertinencia está demostrada.

Para cada grupo de edad existen actividades específicas de promoción de la salud y cribado de enfermedades que se adaptan a las necesidades de cada niño. Se abarcan áreas relacionadas con la salud física, psíquica y emocional del niño. De igual manera se ofrecen información y orientación, para resolver las cuestiones e inquietudes que habitualmente tienen los padres.

En algunas de ellas se procederá a la vacunación del niño, siguiendo las recomendaciones del calendario vacunal establecido. También se valorará la necesidad de pruebas complementarias (análisis, radiografías, interconsultas...) en los niños que se detecten anomalías.

El pediatra o enfermera le harán preguntas relacionadas con su hijo, para entender mejor su crecimiento y desarrollo, y le realizarán una sencilla exploración.

Estas revisiones brindan una excelente oportunidad para que haga preguntas o hable de las preocupaciones que tenga. Y no olvide informar de cualquier enfermedad o lesión que haya sufrido el niño y si ha tenido que llevarlo a otro centro médico.

En la actualidad no existen evidencias sobre cuál es el número óptimo de revisiones de salud a realizar durante la infancia y la adolescencia. Debe existir cierta flexibilidad, según la carga asistencial del pediatra y enfermera, las posibilidades de organización y las necesidades individuales de atención. Su pediatra le informará de las que debe seguir.

3.3 Consulta a urgencias

La salud es un bien al que las personas tenemos derecho. Para asegurarla se pone a nuestra disposición distintos recursos sanitarios. Pero incorrectamente utilizados pueden mermar su calidad y eficiencia.

En la actualidad, la mayoría de las urgencias pediátricas atendidas suelen ser procesos banales, que no precisan pruebas diagnósticas y ni siquiera tratamiento. La urgencia se está convirtiendo en toda aquella situación, que en opinión del paciente, su familia o quienquiera que toma la decisión, requiere una atención médica inmediata, aunque no sea urgente. Esto lleva a la sobrecarga del sistema sanitario, que puede dificultar la asistencia de los problemas más graves. Y además provoca situaciones frustrantes para el profesional sanitario.

Asistir a las urgencias de pediatría se está convirtiendo en un hábito social. Las personas con una mayor información sobre salud, exigen respuesta rápida y eficaz a los problemas. Parece que la familia es incapaz de soportar la patología del niño, que le resulta angustiosa y difícil de valorar. Estamos asistiendo a un temor creciente de los padres a que sus hijos presenten una enfermedad grave.

Para evitarlo es importante conocer síntomas de alarma y actuar con sentido común ante síntomas banales. Siempre debe acudir a urgencias si su hijo tiene:

- Fiebre en un bebé menor de 3 meses.
- Menos de 3 meses y rechaza el alimento, está decaído, con llanto persistente o mal color.
- Fiebre mayor a 38° que dura más de 3 días.
- Fiebre con manchas en la piel de color rojo oscuro (petequias).
- Si le cuesta respirar (se marcan las costillas y se hunde el esternón, se oyen pitos cuando respira, respiración muy rápida, etc.).
- Supuración del oído.

- Tos y mocos durante más de 10-15 días.
- Vómitos repetidos o diarrea abundante.
- Convulsiones o pérdida de conciencia.
- Rigidez de cuello.
- Golpe en la cabeza con pérdida de conciencia, vómitos o conducta no habitual.
- Dolor abdominal continuo y localizado o abdomen muy duro e hinchado.
- Dolor testicular.
- Golpes en brazos o piernas con deformidad, hinchazón o mucho dolor.
- Dolor de oídos, cabeza, abdominal o garganta que no se pasa con Ibuprofeno o Paracetamol.
- Ingestión de sustancia tóxica.
- Reacciones alérgicas.

¡LA SALUD NO HA DE BUSCARSE EN EL MÉDICO!

¡HAGA UN BUEN USO DE LAS URGENCIAS!

3.4 ¿Cómo tomar la temperatura para comprobar si tiene fiebre?

La temperatura es la cantidad de calor que tiene el cuerpo y **se mide en grados centígrados**. Cuando un niño tiene fiebre, en un primer momento puede sentir escalofríos. Otros síntomas son: mejillas enrojecidas, respiración rápida, sed, adormecimiento o irritabilidad. La palpación de la frente es poco específica. Si se sospecha la presencia de fiebre, debe confirmarse con la medición de la temperatura corporal con un termómetro.

En la actualidad, el termómetro más fiable es el **termómetro electrónico** de lectura digital, por su seguridad, comodidad, fácil lectura y rapidez (30 segundos). Lo habitual es tomar la temperatura rectal o axilar. También existe el termómetro ótico, de chupete, cutáneo, etc. Pero sus mediciones son menos fiables. El termómetro de mercurio ya no se comercializa, fue prohibido por la Unión Europea por el riesgo de intoxicación y de contaminación ambiental en caso de rotura.

Lugares para medir la temperatura:

1. Rectal: Es el lugar más adecuado para niños menores de 4 años por su gran exactitud, por lo que es recomendado sobre todo en lactantes. El valor de la temperatura considerado como fiebre rectal es aquella que supera los 38,5°C (0,5°C grados mayor que la temperatura axilar). La medición se hace de la siguiente manera:

- El niño debe estar tumbado sobre su espalda.
- Lubrique la punta del termómetro y enciéndalo.
- Con una mano flexione las rodillas del niño y con la otra introduzca el termómetro en el recto (2 cm aproximadamente).
- Manténgalo en el sitio hasta escuchar el sonido que indica el final de la medición.
- Limpie el termómetro con agua y jabón o alcohol, después de su uso.

2. **Axilar:** Se recomienda en niños mayores de 4 años. Este lugar de medición ha demostrado ser apropiado, pero hay que mantenerlo bien colocado para lograr una correcta medición. El valor de la temperatura considerado como fiebre axilar es aquella que supera los 38°C. Para lograr una medición fiable:

- Encienda el termómetro y coloque la punta bajo la axila del niño. Para conseguir el contacto total de la piel se aconseja cruzar el brazo del niño sobre su pecho.
- Debe mantenerlo hasta que el termómetro avise.
- Límpielo con agua y jabón o alcohol, después de su uso.

3. **Timpánica (en el oído):** Se puede utilizar a partir de los tres meses de edad. Valora la temperatura a través de infrarrojos. En los menores de tres meses no se recomienda ya que su canal auditivo es muy pequeño para que pueda encajar el dispositivo. El valor de la temperatura timpánica es similar a la rectal (0, 5º C mayor que la axilar). Es accesible y rápido (2 segundos), pero sólo es útil si se coloca bien y el tímpano no está afectado. Si existe cerumen también puede dar lugar a lecturas incorrectas.

4. **La boca:** Se puede utilizar en niños mayores de 6 años. El termómetro es colocado debajo de la lengua. Su valor puede ser erróneo si ha comido algo caliente o frío. Se deben esperar unos 15 minutos desde la ingesta para asegurarnos que sea correcta.

5. **Las cintas para la frente** no son recomendables por su variabilidad en la lectura.

Última recomendación: La temperatura corporal puede verse afectada por aspectos externos (temperatura del hogar, ropa de abrigo, actividades realizadas...). Por ello se aconseja tomar la temperatura en reposo, en un entorno agradable, sin ropa de abrigo en el niño, y esperando al menos 20 minutos después del baño para conseguir valores exactos.



Imagen 4: Toma de la temperatura corporal en recto (bebé) y axila (niño mayor) y clasificación de la temperatura según la intensidad. Elaboración propia.

3.5 Higiene del sueño

Los niños tienen que descansar suficiente. Si no lo hacen se sentirán cansados, irritados, tendrán mala conducta y su rendimiento bajará. Y también los padres sentirán las consecuencias.

Para ello hay que establecer unos hábitos saludables para dormir que se adapten a la forma de vida de la familia, es lo que se conoce como “higiene del sueño”. Nunca es tarde para conseguirlo.

He aquí algunas rutinas y consejos importantes que debe establecer:

- Fije un horario (más o menos a la misma hora) para ir a la cama. Nunca con más de 20 minutos de diferencia entre un día y el siguiente. Contribuye a que el cuerpo espere el sueño.
- Cree unas condiciones favorables de temperatura, silencio y luz.
- Evite malos hábitos: dormirle en brazos o en el sofá o en la cama de los padres (aunque después se le lleve a su cama). Es mejor acostarle despierto.
- A partir del 4º o 5º mes de vida, se aconseja sacar al niño de la habitación de los padres, aunque por supuesto es una decisión personal.
- A partir de los 8 meses intente no alimentar al bebé por la noche.
- Establezca un ritual presueño (lavado de dientes, baño, masajes, cuentos, canciones infantiles son una buena opción).
- Si a pesar de todo el niño le demanda demasiado es mejor ignorarlo, interviniendo en intervalos progresivamente más largos (1, 2, 5 minutos) para tranquilizarlo y hacerle comprender que es la hora de dormir (caricia o frases cariñosas). Evite el sacarlo de la cuna o encender la luz.

- Compartir la cama con el bebé es un tema controvertido, algunos piensan que favorece el vínculo y la lactancia materna; pero la Comisión de Seguridad de los Productos de Consumo advierte que ésta práctica pone a los bebés en riesgo de asfixia.
- Enséñele a no molestar cuando madruga mucho, pero no poniéndole la televisión.
- Es importante que el padre y la madre compartan las mismas normas.
- Se le puede ofrecer un juguete transicional como un peluche o un juguete no peligroso que les sirva de compañero.
- No es conveniente suprimir la siesta de un niño pensando que así dormirá mejor por la noche. Aunque no será excesiva ni tardía.
- Evite darle refrescos con colas y chocolate, por ser estimulantes.
- Evite la actividad vigorosa 1-2 horas antes de acostarlo.
- No potencie la angustia del niño aludiendo al “coco” o al “hombre del saco”.
- No permita aparatos de televisión, ordenadores ni otras pantallas en la habitación de los niños. Los expertos recomiendan apagar todas las pantallas electrónicas 30 minutos antes de acostarse.

3.6 ¿Cuánto debe dormir un niño?

Se trata de una cuestión que algunas veces los padres y familias se plantean. Existe una publicación de un grupo de expertos de la National Sleep Foundation de Estados Unidos, en la que se señalan los intervalos de sueño recomendados para los diferentes grupos de edad: en **azul oscuro** lo recomendado, en **azul claro** lo que puede ser correcto, y en **naranja**, por debajo y por encima, lo que no sería recomendado.

De esta manera, la duración diaria de sueño ideal para **un recién nacido hasta tres meses** sería de 14 a 17 horas, para **un lactante de cuatro a doce meses** entre 12 y 15 horas, para **los niños pequeños de uno a dos años** entre 11 y 14 horas, para **los preescolares de tres a cinco años de 10 a 13 horas**, para **la edad escolar de seis a trece años** entre 9 y 11 horas y para **los adolescentes** de 8 a 10 horas.

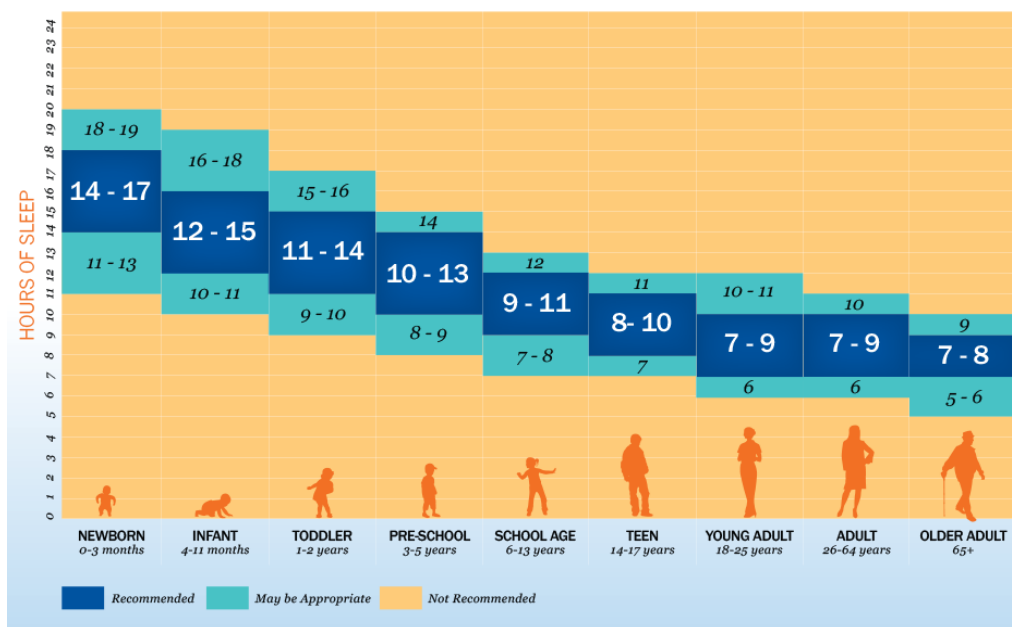


Imagen 5: Recomendaciones de los intervalos de sueño según edad.
National Sleep Foundation.

De cualquier forma, estos valores deben considerarse **aproximativos**. Cada persona tiene unas necesidades de sueño dependiendo no solo de su edad sino también de

factores emocionales, del estado de salud, del desgaste físico diario, de la ingesta de determinados alimentos (café, cola) o medicamentos, etc. Lo más importante es que el sueño que cada niño haga le permita estar bien y realizar las actividades diarias con normalidad.

En los recién nacidos los episodios de sueño se reparten en periodos de tres o cuatro horas sin respetar la noche. A partir de los tres meses se empieza a respetar la noche, durmiendo durante la mayor parte de ella. Hasta los cuatro años los niños suelen hacer siesta diurna. Pasada esta edad no es habitual que el niño necesite la siesta. Cuando llega la adolescencia lo que pasa es que parece que el joven no se quiere ir nunca a dormir, esto se conoce como “síndrome de retardo de fase” y es debido a variaciones en la melatonina.

Los problemas del sueño más frecuentes en el niño son:

- Que le cueste dormirse: insomnio, síndrome de piernas inquietas, síndrome de retraso de fase.
- Que haga cosas raras por la noche: síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS), sonambulismo, terrores del sueño, despertar confusional, pesadillas, movimientos rítmicos.
- Que se duerma durante el día: narcolepsia.

Puede encontrar más información sobre los problemas del sueño y las medidas preventivas para desarrollar un sueño adecuado en la [Guía para conocer y manejar los problemas del sueño en la infancia y la adolescencia](#).

3.7 El calzado

A los niños les encanta andar descalzos. Es una sensación agradable tener los pies libres y fresquitos, y poder sentir todas las texturas de las superficies por las que caminamos.

A los bebés no es necesario ponerles zapatos. Durante los primeros meses de vida basta con patucos o calcetines para protegerles del frío. Cuando empiezan a gatear en la fase pre-andante se pueden poner babuchas de piel que los protegen de roces y golpes.

Finalmente cuando comienzan a andar, el zapato mejora el apoyo. Debe tener suela y ser flexible, pero con puntera y contrafuerte reforzado para evitar golpes. No se recomienda zapato de contrafuerte alto (ya que disminuye la movilidad del tobillo) aunque se puede usar una botita en invierno para proteger del frío. La sujeción se hará con hebilla, cordones o velcro pero sin apretar, se debe adaptar a la anatomía del pie. Deben ser fáciles de poner y quitar, por lo que el velcro será la mejor opción los primeros años.

Comprar el zapato más caro no siempre significa comprar el mejor. Intente buscar alguno económico que reúna las anteriores condiciones, y mejor de material transpirable. Para elegir el tamaño tiene que intentar introducir sin demasiado esfuerzo el dedo índice entre el talón y el zapato. Esto lo tendrá que vigilar cada mes porque el pie está creciendo. Es frecuente tener que cambiar cada dos o tres meses de zapatos.

Tampoco se aconseja que intercambie los zapatos de hermanos o de amigos. El zapato se adapta a la anatomía del pie del que lo usa y puede alterar el apoyo del que lo vuelve a utilizar.

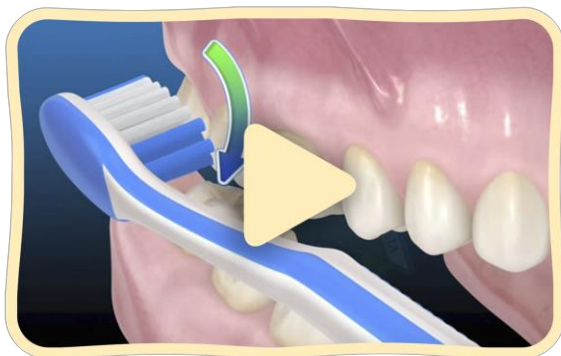
3.8 Higiene dental

La mejor manera de evitar la caries y la gingivitis (inflamación de las encías) es limpiar los dientes de forma adecuada cada día. El cuidado dental se debe iniciar cuando el niño tiene dos o más dientes en cualquiera de las encías, estableciendo así una constancia y rutina.

- Es aconsejable limpiar los dientes desde que salen, **después de cada comida**. Al principio bastará con limpiar los dientes con una gasa humedecida o con un cepillo pequeño de cerda suave, sin pasta dental.
- Más adelante, cuando el niño aprende a enjuagarse debe introducir pasta dental con flúor, pero siempre en pequeñas cantidades (del tamaño de un guisante). El exceso de flúor puede dañar el esmalte.
- El cepillado se hará de abajo hacia arriba en la arcada inferior, y de arriba abajo en la arcada superior, limpiando cada una de las caras de los dientes: la externa, la interna y la cara triturante.
- Al final es recomendable sacar bien la lengua y cepillarla también, hacia delante.
- El tamaño del cepillo debe adaptarse al tamaño de la boca. Se debe cambiar cada 2 o 3 meses.
- Hasta los 6 años la limpieza dental debe ser supervisada por un adulto, y después de los 6 no está de más.
- No está demostrado qué sistema de limpieza es mejor. Los niños pueden utilizar cepillos manuales o eléctricos y también deben usar la seda dental como complemento a diario.
- El cepillo eléctrico no es necesario moverlo, basta con aplicarlo sobre el diente e irlo desplazando a cada lugar.
- La limpieza interdental (con hilo de seda, cepillo interdental, agua a presión, etc.) se recomienda como complemento del cepillado una o varias veces al día, sobre todo por la noche.

A continuación puede ver estos tres vídeos del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de España sobre cada técnica:

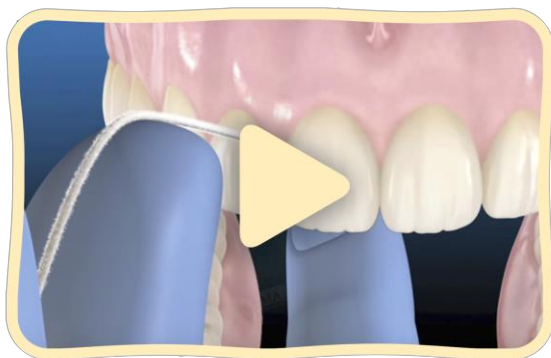
LIMPIEZA DENTAL CON CEPILLO



LIMPIEZA DENTAL CON CEPILLO ELÉCTRICO



LIMPIEZA CON SEDA DENTAL



3.9 Protección solar

El sol tiene muchos efectos positivos. Ayuda a sintetizar la vitamina D, que fija el calcio en los huesos y favorece el crecimiento de los bebés. También mejora nuestro estado de ánimo (hace que nos sintamos más felices y sonrientes).

Sin embargo hay que concienciarse de que se deben tomar precauciones para protegernos del daño que puede ocasionar sobre la piel.

El sol es la causa principal del **cáncer de piel**, sobre todo por las radiaciones ultravioleta B. También causa **quemadura solar, envejecimiento cutáneo precoz (arrugas)**, así como aparición de **cataratas en los ojos**. A su desarrollo contribuye toda la exposición solar acumulada año tras año durante toda la vida, incluida la que tiene lugar en la infancia y la adolescencia.

El bronceado es una reacción de defensa de la piel ante la exposición a la radiación UV y la agresión que esta le origina. Es erróneo creer que a la sombra o en un día cubierto no te puedes quemar. La sombra y las nubes protegen de los rayos directos y atenúan la radiación UV, pero la radiación difusa es suficiente para quemarte.

Las medidas de fotoprotección más importantes son:

- Los lactantes de menos de 6 meses de edad no deben exponerse a la luz del sol directa.
- No se deben realizar exposiciones prolongadas al sol. **Evitar las horas centrales del día.**
- Utilice **ropas** que cubran la mayor parte de piel posible: mangas más bien larguitas, cuellos más bien altos, pantalones largos (tipo bermudas).
- Use **gorros** o sombreros con ala ancha y/o visera frontal, que proyecte sombra sobre la parte alta de la cara.

- Use **gafas de sol** con filtro UVA y UVB. Lo deseable es usar un EPF-10 (*"Eye Protection Factor"* = Factor de Protección Ocular).
- Aplique **filtros solares** con factor de protección solar (FPS) 30 o más alto en las zonas de piel descubiertas. Deben ser resistentes al agua y proteger tanto de UVA como de UVB.
- Hay que proponerse como objetivo general el desarrollo de hábitos saludables para toda la vida. Predique con el ejemplo, aplicándose usted mismo siempre medidas correctas de protección solar.

Los protectores solares actúan de dos formas posibles, según sus componentes:

1. **Absorbiendo** la radiación ultravioleta, impidiendo su penetración: filtros químicos. Necesitan 30 minutos para actuar.
2. **Reflejando** los rayos UV, impidiendo su penetración: filtros físicos o pantallas minerales. Actúan inmediatamente y se recomiendan sobre todo en la piel del bebé o muy blanca. Estéticamente se extienden peor porque quedan blanquecinos, pero son los indicados en los niños menores de un año.

Recientemente se han desarrollado nuevas sustancias que reúnen las ventajas de los dos tipos anteriores. Son las pantallas orgánicas.

¿Cómo debe aplicar los protectores solares?

1. Se deben aplicar 30 minutos antes de salir de casa. No actúan inmediatamente, por lo tanto no es correcto exponer a su hijo al sol inmediatamente después de haberlo aplicado
2. No deje de ponerlos en los días nublados.
3. Se deben reaplicar cada 2 horas. Pero si su hijo está todo el día corriendo por ahí, se baña frecuentemente o se dedica a jugar en el agua, la renovación debería ser más frecuente.

4. Aplíquelo en cantidad suficiente extendiéndolo bien. Asegúrese que cubre todas las áreas corporales expuestas, especialmente la cara de su hijo, los pies, las manos, así como partes de las piernas y brazos no cubiertas por la ropa.
5. En la cara, aplíquelo incluso en la nariz, los labios y las orejas. Proteja esta parte delicada del cuerpo también con gorro y gafas de sol.

3.10 Protección frente al tabaco

Cada 31 de mayo la Organización Mundial de la Salud celebra el día mundial sin tabaco, dedicado a resaltar los riesgos para la salud asociados al consumo de tabaco y promover políticas eficaces para reducir ese consumo.

La exposición de los no fumadores al humo del tabaco consumido por otros se llama “**tabaquismo pasivo**”. Los efectos del tabaco varían en función del momento de exposición:

Antes de nacer: si la madre fuma en el embarazo aumenta el riesgo de:

- Bajo peso al nacer.
- Abortos espontáneos.
- Prematuridad.
- Muerte o enfermedad perinatal.
- Malformaciones congénitas (labio leporino, defectos cardíacos).
- Problemas en la placenta.

Tras el nacimiento:

- En el período de lactancia la nicotina da mal sabor a la leche y puede hacer que el bebé la rechace, que llore y que no duerma bien. Además permanece en la leche materna hasta 5 horas después de que la madre haya fumado un cigarrillo.
- Aumenta el riesgo de sufrir muerte súbita infantil.
- Enfermedades respiratorias (como bronquitis, neumonías, asma).
- Infecciones en vías respiratorias altas (como amigdalitis, rinitis, otitis o faringitis).
- Alergias alimentarias.
- Problemas en la piel.

- Caries.
- Perturbación del proceso de aprendizaje debido a un mayor absentismo escolar.
- Mayor número de ingresos hospitalarios.
- Los niños menores de 5 años, expuestos al humo del tabaco consumido por sus padres (sobre todo si la madre fuma) tienen nicotina en su orina en cantidades equivalentes a un adulto que fuma 2-5 cigarrillos al día. Esto puede aumentar 4 veces el riesgo de padecer cáncer de pulmón en la adultez y aumentar en casi un 40% el riesgo cáncer de vejiga.

Los hijos de padres fumadores tienen más posibilidades de llegar a ser “**fumadores activos**”. La edad de inicio en el hábito de fumar es muy precoz, en torno a los 13 años, y en estos casos el tabaco tiene unos efectos muy concretos:

- Retraso en el crecimiento y el desarrollo.
- Mayor riesgo de sufrir diabetes y obesidad.
- Predisposición a alteraciones de la conducta (como la hiperactividad y el déficit de atención).
- Y a largo plazo aumenta el riesgo de desarrollar de enfermedades como enfisema, bronquitis crónica, enfermedades cardiovasculares y diversos tipos de cánceres, principalmente de laringe y pulmón.

Lo que debe hacer...

1. No fume en presencia de los niños, y no deje que otros fumen en su hogar.
2. Apoye las prohibiciones de fumar en lugares públicos.
3. Eduque a su hijo en los efectos nocivos del tabaco.
4. No le enseñe a fumar.
5. Por su bien y el de los suyos, deje de fumar.
6. Solicite al personal sanitario de su Centro de Salud ayuda para dejarlo.

3.11 Protección frente al alcohol y otras drogas

El alcohol y otras drogas tienen numerosos efectos nocivos en el cuerpo de las personas, especialmente en el de los niños y adolescentes que está en desarrollo. Su cerebro es uno de los órganos más vulnerables. Los expertos han demostrado que su consumo origina alteraciones importantes de la memoria y el aprendizaje. Y lo que es peor, este efecto de mantiene aunque se deje de beber.

Hoy en día el consumo de alcohol y otras drogas se asocia con el ocio y la diversión, como una forma relación social o de liberar las tensiones de la semana. Una de las formas más frecuentes de consumo para personas con pocos recursos económicos, como los jóvenes, es *el botellón*. Costumbre de consumir grandes cantidades de alcohol en la vía pública (calles, plazas, parques, jardines, etc.).

En estudios recientemente publicados, se pone de manifiesto que el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ilegales sobre todo cannabis es alarmante en los menores de 18 años. Algunos se inician incluso por debajo de los 12 años.

La prevención debe realizarse desde la más tierna infancia, en diferentes ámbitos: **familias, escuelas, sanitario, comunitario y político**. Pero ante todo es importante la familia, aprovechando la convivencia y el ejemplo diario.

- Aproveche circunstancias cotidianas para hablar sobre alcohol o drogas: noticias de la televisión o consumo de alcohol, tabaco o drogas por parte de alguien.
- De respuestas claras y sencillas a sus preguntas. Así evitará que la busque en otras fuentes no seguras (amigos o internet). Si muestra que está dispuesto a hablar del tema y a escuchar, es posible que acuda por ayuda en el futuro.
- De información positiva. Hable de las ventajas de no consumir.
- Establezca límites de conducta claros. Sobre todo en los horarios de salida cuando el adolescente empieza a salir con amigos (razonables pero firmes).

- Promueva la sobriedad en el uso del dinero.
- Transmita valores. Debe ser un modelo adecuado para tu hijo. Es más fácil que un niño comience a beber, a fumar o tomar drogas si sus padres también lo hacen.
- Anímele a hacer actividades de ocio saludables. Y si es posible comparta aficiones (jugar al fútbol, al ajedrez, escuchar música,).
- Refuerce sus conductas positivas y reproche las negativas, pero sin descalificaciones personales.
- Dele autonomía y responsabilidad poco a poco.
- Enséñele a resistir la presión de amigos. Que sepa decir “no” cuando el grupo de amigos le ofrece consumir. Que no se deje llevar por lo que hagan los demás.

3.12 Protección frente al abuso sexual

Se estima que uno de cada cinco niños es víctima de violencia, incluido el abuso sexual. Tanto los niños como las niñas pueden sufrir abuso.

Puede suceder en cualquier clase social, lugar, momento y edad.

Los agresores no suelen ser “desconocidos”, suelen ser familiares o conocidos. No son “enfermos mentales” o “viejos verdes”. La mayoría los cometen personas “normales”.

Es probable que si los abusos ocurren en nuestro entorno, no nos enteremos fácilmente. Las personas que los sufren tienen a ocultarlos por vergüenza o miedo. Pero los niños/as nunca mienten cuando cuentan que han sido víctima de abuso sexual.

Los abusos sexuales no van siempre asociados a la violencia física. Es posible que exista algún tipo de pacto secreto con el niño/a para que no revele lo que le sucede.

Todos podemos ayudar para que esto no le suceda a nuestros hijos ni a los niños que están a nuestro alrededor. La clave para la prevención es una buena comunicación con el niño/a o adolescente.

LA REGLA DE KIKO puede ser una gran ayuda para la prevención y detección precoz:

Es una guía sencilla para padres, madres y educadores con un cuento para niños de 0 a 3 años. Dice cómo enseñar a los niños a evitar el abuso sexual, cómo reaccionar y dónde dirigirse para pedir ayuda. Tienen que saber que su cuerpo les pertenece y que nadie puede tocarles sin su permiso, que existen secretos buenos y malos, y formas de tocar buenas y malas.

Puede descargarla en: <http://www.laregladekiko.org/Default.es.asp>

Lo que no debe hacer...

- No culpe al niño del abuso.
- No niegue que ha ocurrido el abuso.
- Evite expresar alarma, tristeza o angustia por la situación.
- No trate al niño/a de forma diferente a partir de ese momento.
- No le sobreproteja.
- No se desanime. Puede superarlo. Es muy importante que le transmita que está a su lado.

Lo que debe hacer...

- Escuche al niño. Créale y no cuestione la veracidad de su relato.
- Es muy importante decirle que el abuso no es culpa suya.
- Hable de lo ocurrido y del abusador refiriéndose a él/ella como alguien que necesita ayuda, no como una persona malvada porque cuando quien abusa es un familiar el niño/a tendrá sentimientos contradictorios.
- Muéstrese orgulloso porque se haya atrevido a decírselo. Dígale que no está enfadado.
- Dígale que saldrá adelante y que las cosas van a cambiar.
- Exprésele afecto. Necesita sentirse seguro y querido.
- **Busque ayuda. El pediatra establecerá el protocolo de actuación** necesario para garantizar una atención coordinada y eficaz de todas las instituciones: educativa, sanitaria, policial, social y judicial.
- **El Teléfono Europeo de Ayuda a la Infancia (116 111).** Es un servicio gratuito atendido por profesionales cualificados que puedan prestar una importante ayuda y orientación tanto a niños, niñas y adolescentes como a los padres, madres, familias, educadores y en general cualquier adulto.
- Cuide que el niño/a esté alejado del agresor. Es muy importante proteger al niño de nuevas agresiones.

Capítulo 4

· VACUNACIÓN ·



4.1 Las vacunas funcionan

Las vacunas son fundamentales para cuidar la salud de todas las personas, especialmente niños, ancianos y enfermos. Son capaces de proteger de enfermedades infecciosas muy graves, e incluso de determinados cánceres.

El acto de la vacunación consiste en administrar **el microorganismo** causante de la enfermedad a dosis muy pequeñas. Con ello, nuestro cuerpo se activa y crea las defensas (anticuerpos) necesarias para que esté preparado ante un posible contacto con esos mismos microorganismos en el futuro.

Algunos padres dudan de vacunar a sus hijos porque temen que los niños tengan reacciones graves o contraigan la enfermedad que la vacuna va a proteger. Pero en realidad, los riesgos que presentan las vacunas son pocos comparados con los riesgos que tiene padecer las enfermedades que previenen. En general, las vacunas pueden producir reacciones leves, como dolor en el lugar de la vacuna o fiebre. Las reacciones graves (alérgicas, principalmente) no suelen ocurrir.

Otras personas piensan que es un producto que promociona la industria farmacéutica para obtener beneficios económicos. Pero este no es el objetivo que se persigue, ya que lo prioritario es la prevención de las enfermedades infecciosas.

El calendario vacunal refleja las vacunas que corresponden según la edad del niño, y el número de dosis recomendadas para cada una. Éste puede verse modificado según las nuevas investigaciones que se van realizando para mejorar la protección en la población. En España las autoridades de salud pública de las comunidades autónomas (CCAA) son las responsables del establecimiento, ejecución y evaluación del calendario de vacunación en su territorio. Puede encontrar información sobre los calendarios vacunales de España y de Europa y del resto del mundo en el siguiente enlace:

<http://vacunasaep.org/profesionales/calendario-vacunas>

Nuestra legislación no obliga a poner las vacunas de estos calendarios vacunales, pero sí las recomienda. Los padres o tutores legales son los que deciden vacunar o no a sus hijos, pero siempre con conocimiento de que las vacunas son seguras, eficaces y tienen muy pocos efectos secundarios, por lo general muy leves.

Así existen vacunas contra bacterias y virus: hepatitis B, difteria, tétanos, tosferina, polio, *Haemophilus influenzae b*, meningococo B y C, neumococo, rubeola, sarampión, parotiditis o paperas, varicela, virus del papiloma humano, rotavirus, meningococo B, hepatitis A y gripe.

En la actualidad, sólo dos de estas vacunas (meningococo B y rotavirus) no están financiadas, aunque están igualmente recomendadas por la Asociación Española de Pediatría. Son los padres los que deben costear cada dosis de vacuna para su hijo.

Además algunas van combinadas, es decir, varios microorganismos dentro de la misma vacuna. Así se habla de vacuna hexavalente, pentavalente, triple vírica, etc. Esto permite reducir el número de inyecciones y el número de visitas al centro sanitario, y con ello mejorar la cobertura poblacional. También se obtiene un ahorro económico que contribuye a una mejor gestión de los recursos disponibles.

Es importante concienciar a la población de la importancia de las vacunas, ya que si una persona no está vacunada pone en riesgo a todas las personas de alrededor, principalmente a los más débiles (niños, ancianos y enfermos). Cuanta más gente se vacune, menor es el riesgo de epidemia. Hay que favorecer la vacunación universal para crear la llamada inmunidad de grupo.

Muchas enfermedades infecciosas no tienen tratamiento efectivo, y las vacunas son la única opción para luchar contra ellas. **La prevención es la mejor protección.**

4.2 Importancia de la vacuna del tétanos y difteria

El **tétanos** es una enfermedad causada por la toxina que produce la bacteria *Clostridium Tetani*. Esta bacteria entra en el cuerpo a través de las heridas, especialmente las producidas por punción o desgarro, y las quemaduras.

Suele asociarse a heridas contaminadas por tierra o heces. También se han descrito casos por mordeduras de animales, congelaciones, cirugía intestinal, tatuajes o piercing. Incluso hay casos de tétanos en recién nacido a causa de cuidados no estériles en el cordón umbilical cuando la madre no está inmunizada.

El tétanos no se transmite de persona a persona. Los síntomas son rigidez generalizada y en la musculatura facial, dificultad para respirar, neumonías, convulsiones y otras complicaciones que pueden llegar a la muerte.

Actualmente, el tétanos continúa preocupando a la salud pública. En países en vías de desarrollo afecta sobre todo el tétanos maternal y del recién nacido. Pero en nuestro entorno sucede principalmente en las personas mayores de 60 años. Gracias a la vacunación, esta enfermedad es muy poco frecuente en España.

La **difteria** es una enfermedad que también se origina por la toxina que procede de la bacteria *Corynebacterium diphtheriae*.

Se transmite por gotitas respiratorias, a través de la tos o el estornudo de una persona enferma o de una sana que porte la bacteria sin tener la enfermedad. Menos veces, es a través de objetos contaminados.

Esta bacteria produce pseudomembranas a nivel de las vías aéreas superiores (nariz y garganta) que dificultan la respiración y pueden originar obstrucción o asfixia. Otros síntomas son fiebre, dolor intenso al tragar o adenopatías. Además, puede afectar a otros órganos: corazón, riñones y cerebro.

Actualmente la alta cobertura de vacunación mantiene la difteria bajo control.

Las vacunas de tétanos y difteria se pueden aplicar de forma simple o combinada:

- Vacuna de tétanos.
- Tétanos asociado a difteria: Vacuna Td (es la vacuna utilizada comúnmente en el adolescente y adulto).
- Tétanos asociada a difteria y tosferina acelular: Vacuna dTpa.
- Tétanos asociada a difteria, tosferina y *Haemophilus influenzae* tipo b.
- Tétanos asociado a difteria, tosferina y *Haemophilus influenzae* tipo b y poliomielitis (pentavalente).
- Tétanos asociado a difteria, tosferina y *Haemophilus influenzae* b, poliomielitis y hepatitis B (hexavalente).

Se recomienda la vacunación sistemática en la edad infantil y en adultos no vacunados. En casos de heridas, la prevención antitetánica se hará según el estado de vacunación previo y las características que tenga la herida. En general los niños ante una herida no precisan nueva vacunación, si han recibido las dosis recomendadas.

La vacunación infantil para tétanos y difteria consiste en la administración de varias dosis combinadas durante el primer año y después como refuerzo. Es muy importante seguir las indicaciones del calendario vacunal vigente en su CCAA, en cuanto al número de dosis y momento en el que se recomiendan. Los calendarios de vacunación, aunque tengan diferencias, aseguran la protección frente a todas las enfermedades incluidas.

Por último debe saber que padecer tétanos o difteria no confiere inmunidad para siempre, por lo que es necesario que los que hayan padecido estas enfermedades completen la pauta de vacunación para alcanzar la protección.

4.3 La vacuna de la tosferina para embarazadas y niños

La tosferina es una enfermedad respiratoria producida por la bacteria *Bordetella pertussis*. Se transmite fácilmente por vía aérea al toser, estornudar, reír e incluso al hablar.

Aunque inicialmente se parece a un catarro, con el paso de los días se producen fuertes ataques de tos, de predominio nocturno, ocasionando dificultad en la respiración del niño. A veces al inspirar el sonido es similar a un gallo, y tras los accesos de tos es posible que aparezcan vómitos sin otra causa aparente.

Puede suceder tanto en niños como adultos, pero es más peligrosa en niños muy pequeños. A veces ocasiona graves complicaciones, que pueden producirles la muerte.

El tratamiento de la enfermedad requiere antibióticos durante 2 semanas. Los medicamentos contra la tos no funcionan nunca. Normalmente va remitiendo poco a poco. Pero en los casos graves necesitará cuidados intensivos hospitalarios.

La única forma de prevenirla es la vacunación. La vacuna está incluida en los calendarios de vacunación infantil, en varias dosis y de forma combinada con otras vacunas: hexavalente, pentavalente o DTPa (Difteria, Tétanos, Pertussis acelular).

A pesar de las altas coberturas de vacunación en España y en otros países del entorno, se está registrando un alto número de casos de tosferina, y cíclicamente brotes epidémicos. Esto es debido a que los anticuerpos que se forman se van perdiendo con el paso del tiempo.

Es muy importante:

- Que los niños reciban las dosis correspondientes del calendario vacunal.
- Que cualquier persona que entre en contacto con la tosferina tome el antibiótico o incluso se ponga la vacuna.
- Que las embarazadas se vacunen para proteger a su bebé de posibles contagios.

- Otra medida complementaria, es vacunar a todos los convivientes de bebés (padres, hermanos...) y a todos los profesionales en contacto habitual con niños pequeños (sanitarios, guarderías...).

Esta vacuna administrada en el embarazo es segura y eficaz. La pauta consiste en una dosis de vacuna en el último trimestre de la gestación, **entre las 27 y 36 semanas de gestación**. Es en este momento más cercano al nacimiento cuando se produce la mayor transferencia de anticuerpos de la madre al feto a través de la placenta. Permite una mayor protección al bebé, hasta que se le administre la vacuna a los dos meses y pueda desarrollar sus propias defensas. Desde que se administra esta vacuna al final del embarazo, se ha observado un descenso en los casos de lactantes que enferman por tosferina.

Aquellas madres que no se hayan puesto la vacuna dTpa en el embarazo, deben ponérsela en el postparto.

Además señalar que aunque los niños hayan padecido la enfermedad natural de la tosferina, deben continuar con la vacunación según la edad.

4.4 Protege a tu hijo del meningococo B

Hay varios tipos de meningococo. El más frecuente y causante de enfermedad meningocócica es el B. Es una enfermedad muy grave que puede causar meningitis y/o sepsis. Otro que era habitual es el meningococo C, pero este está controlado gracias a la vacunación.

Por suerte la enfermedad por meningococo B es poco frecuente, pero supone el 95% de todas las meningitis y afecta especialmente a menores de 2-3 años, seguidos de los adolescentes (aunque puede ocurrir a cualquier edad).

Es una enfermedad que se puede tratar con antibióticos, pero a veces éstos no son eficaces. Tiene una mortalidad del 10% de los afectados, y en mayor proporción deja importantes secuelas (pérdida de audición, amputaciones, daños cerebrales, renales, cutáneos, etc.). Por lo que la mejor es la prevención con la vacunación.

Con la vacuna (Bexsero®) se puede proteger a las personas del 75% de las cepas de meningococos circulantes en nuestro entorno. La forma de administración es intramuscular (como la mayoría de las vacunas), siguiendo la pauta del calendario vacunal de la Asociación Española de Pediatría.

Las reacciones de la vacuna del meningococo B son leves. Las más comunes son locales (dolor y enrojecimiento de la zona) o fiebre e irritabilidad. En los casos la fiebre suele ser menor de 38,5 °C e inferior a 24 horas.

Se puede administrar, de forma simultánea (en el mismo día), con la mayoría de las vacunas, sin que aparezcan problemas de interferencia inmunitaria o de reactogenicidad. Pero para evitar en lo posible la fiebre puede separarse de las vacunas habituales incluidas en el calendario infantil financiado, y en caso de presentarse fiebre, administrar paracetamol.

Actualmente en España la vacuna del meningococo B aún no está financiada por el Sistema Nacional de Salud, salvo para personas con determinadas inmunodeficiencias,

los que hayan padecido anteriormente la enfermedad y en caso de brotes. Por lo que de momento, son los padres los que deben costear el precio de esta vacuna.

Según la edad del niño en que se inicie la vacunación, las recomendaciones de la vacuna son las siguientes:

Población no vacunada	Nº de dosis	Intervalos mínimos entre dosis primarias	Dosis de refuerzo	Nº de dosis
Lactantes de 2 a 5 meses	3	1 mes	Sí, 1 dosis entre los 12 y 15 meses de edad	4
Lactantes de 6 a 11 m	2	2 meses	Sí, 1 dosis en el 2º año de vida con un intervalo de, al menos, 2 meses entre la dosis final de primovacunación y la dosis de refuerzo	3
Lactantes de 12 a 23 meses	2	2 meses	Sí, 1 dosis con un intervalo de 12 a 23 meses entre la dosis final de primovacunación y la dosis de refuerzo	3
Niños de 2 a 10 años	2	2 meses	No	2
Adolescentes desde 11 años de edad y adultos ^b	2	1 mes	No	2

Tabla 1: Manual de vacunas en línea de la AEP

4.5 Varicela, mejor vacunar

Es cierto que la varicela es una enfermedad leve y aparentemente benigna en la mayoría de los casos, pero padecerla de forma natural **también puede producir complicaciones**: sobreinfección bacteriana, neumonías u otros problemas neurológicos graves. Antes de que existiera la vacuna, unos 50 niños morían a consecuencia de ella cada año y alrededor de 1 de cada 500 niños que la contraían tenían que ser hospitalizados.

Por ello, ES PREFERIBLE LA VACUNACIÓN. Los posibles efectos secundarios son menores que lo que supone exponerse a la verdadera enfermedad y a sus complicaciones. Además, con la vacunación se evita la transmisión a nuevas personas. Incluso si existe contacto con un enfermo la administración de la vacuna de forma precoz evita el desarrollo de la enfermedad.

No obstante, la efectividad de la vacuna no es completa y pueden aparecer casos de varicela en niños que han sido vacunados. Pero en ellos, los síntomas de varicela son mucho más leves que si no hubieran sido vacunados. De ahí, la necesidad de administrar dos dosis de vacuna para maximizar la protección contra la varicela (un estudio demostró protección en un 87,3 % tras la primera dosis, mientras que tras la segunda alcanzó el 99,5 %).

En la actualidad se habla del posible desplazamiento de la varicela a edades más avanzadas y el aumento del virus herpes zóster en la población adulta (por reactivación del virus latente de la varicela), etapa en la que la enfermedad cursa con peor pronóstico. Pero los estudios realizados hasta el momento no han demostrado esos fenómenos, todo lo contrario. La incidencia de herpes zóster es menor con el virus de la vacuna, que con el virus de la varicela tras la enfermedad real.

Hay que añadir que los efectos sociales y económicos de la vacuna son también favorables. Reduce el número de hospitalizaciones de niños y adultos y además disminuye el absentismo escolar y laboral de los cuidadores del niño.

La pauta recomendada es poner dos dosis a los 15 meses y una segunda dosis entre los 3 y los 4 años de edad. Los niños y adolescentes que no hayan pasado la enfermedad ni hayan sido vacunados anteriormente, también deben recibir una pauta de dos dosis separadas al menos de un mes.

Los niños que hayan padecido la varicela, ya están protegidos para futuros contactos con el virus causante, por lo que no requieren vacunación. No obstante, existen indicaciones especiales para casos particulares:

1. Niños que han padecido varicela antes del año de edad:
 - Los lactantes de más de 6 meses de edad con varicela clínicamente clara, desarrollarán una inmunidad completa y duradera. Pueden ser considerados inmunes y, por tanto, omitir en ellos la vacunación.
 - Los lactantes que padecen la varicela con edad inferior a 6 meses y los menores de 1 año con enfermedad leve o muy leve, deberán vacunarse a la edad indicada con carácter general.
2. Niños que a la edad de la vacunación estándar, refieren el antecedente de varicela clínicamente muy leve y con poca seguridad diagnóstica, deben ser vacunados según la pauta normal de 2 dosis.
3. Niños que han padecido la varicela (o un herpes zóster) posterior a la administración de la primera dosis de la vacuna, no necesitan recibir la segunda dosis.

Al tratarse de una vacuna vírica, la vía de administración es subcutánea. Puede administrarse el mismo día con cualquier otra vacuna, bien sea de origen vírico o bacteriano, pero en inyecciones separadas y en diferentes lugares de inyección.

Las reacciones adversas no son frecuentes. Si suceden puede aparecer: síntomas locales (dolor, picor o enrojecimiento en la zona de inyección) y fiebre leve (entre 5 y 12 días después de recibir la dosis).

4.6 ¿Qué niños se tienen que vacunar de la gripe?

La gripe es una infección con enorme impacto en la población general. La tasa de ataque anual en niños es de un 20 a 40% del total. Se contagia con facilidad de persona a persona a través de las secreciones respiratorias y a través de las manos contaminadas con estas secreciones. **Los niños son la principal fuente de transmisión a la comunidad.**

La vacuna de la gripe es una vacuna eficaz para proteger del virus estacional que aparece cada año. Al sufrir cambios constantes, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dependiendo de la epidemia de gripe esperable, decide las cepas de virus de la gripe que deben incluir cada año.

La vacunación antigripal es una estrategia especialmente efectiva cuando se aplica a personas que por su condición o enfermedades previas pueden presentar formas graves, complicaciones y mayor mortalidad si adquieren la enfermedad.

En menores de 2 años la eficacia vacunal es limitada. No debe administrarse en menores de 6 meses. Ni en alérgicos al huevo que hayan sufrido reacción anafiláctica grave. En caso de no haber presentado reacciones graves se puede aplicar en un centro sanitario con alguna precaución conocida por su médico y/o enfermera.

Las recomendaciones oficiales de vacunación en niños y adolescentes son las siguientes:

1. Niños a partir de los 6 meses y adolescentes en las siguientes situaciones o enfermedades de base:
 - Enfermedad respiratoria crónica (p. ej. fibrosis quística, displasia broncopulmonar, bronquiectasias, asma e hiperreactividad bronquial, etc.).
 - Enfermedad cardiovascular grave (congénita o adquirida).
 - Enfermedad metabólica crónica (p. ej. diabetes, errores congénitos del metabolismo, etc.).

- Enfermedad renal crónica (p. ej. insuficiencia renal, síndrome nefrótico, etc.) o hepática.
- Enfermedad inflamatoria intestinal crónica.
- Inmunodeficiencia congénita (se excluye el déficit aislado de IgA) o adquirida (se incluye la administración de corticoides sistémicos a dosis altas y mantenidas).
- Asplenia funcional o anatómica.
- Enfermedad oncológica.
- Enfermedad hematológica moderada o grave (p. ej. hemoglobinopatía, leucemia, etc.).
- Enfermedad neuromuscular crónica y encefalopatía moderada o grave.
- Malnutrición moderada o grave.
- Obesidad mórbida (IMC mayor o igual a 3 desviaciones estándar por encima de la media).
- Síndrome de Down u otros trastornos genéticos con factores de riesgo.
- Embarazo en adolescentes.

2. Niños sanos a partir de los 6 meses y adolescentes sanos que convivan con adultos u otros niños de riesgo.

Si cualquier niño se encuentra en alguno de estas situaciones debe pedir cita en su centro de salud, cuando comience la campaña vacunal (octubre- noviembre).

También es especialmente importante la vacunación antigripal de todos los **profesionales sanitarios** en contacto con población pediátrica. E igualmente importante la vacunación de **las embarazadas**, con el fin de proteger mediante los anticuerpos transplacentarios al niño en los primeros meses de vida, además de protegerlas a ellas.

Actualmente se encuentran en discusión otras indicaciones como los niños que acuden a las guarderías o incluso la vacunación universal de todos los niños, ya que son fuente principal de propagación del virus.

Las vacunas disponibles autorizadas para menores de 18 años en España son vacunas inactivadas, para su administración por vía intramuscular. Actualmente la vacuna atenuada intranasal está disponible en las farmacias españolas.

En los niños menores de 9 años, salvo que hayan recibido dosis previas de la vacuna, son necesarias 2 dosis de la vacuna, separadas por al menos 4 semanas. Por encima de los 9 años, sólo se indica una dosis.

4.7 Tengo dudas sobre la vacuna del papiloma

El virus del papiloma humano (VPH) provoca una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en el mundo. Se relaciona con más del 70% de los cánceres de cuello de útero (segundo tumor en frecuencia de las mujeres en el mundo) y con verrugas genitales o condilomas.

El mayor riesgo de contraerla ocurre en los primeros años de relaciones sexuales, asociado principalmente al patrón de comportamiento sexual de estas edades. A mayor número de parejas sexuales mayor riesgo.

Generalmente las infecciones por VPH ceden espontáneamente en un plazo máximo de dos años. Pero en algunos casos pueden persistir y producir lesiones precancerosas de cuello uterino que si no se tratan, pueden evolucionar en 20-30 años a un cáncer cervical.

Existen dos vacunas comercializadas: Cervarix® y Gardasil®. Ambas vacunas son muy efectivas en la prevención del cáncer de cérvix. Gardasil impide además el 90% de las verrugas genitales. Actualmente estas dos vacunas se administran en nuestro programa de vacunación a las niñas a la edad de 12 años en pautas de dos o tres dosis.

En los últimos años se están generando muchas dudas y polémicas en torno a esta vacuna que hacen, que las coberturas vacunales en adolescentes estén siendo menores de las esperables (entorno al 70 % de las niñas). Se desconoce exactamente cuál es la causa: ¿Escasez de información? ¿Movimientos antivacunas? ¿Edad adolescente que rechaza la vacunación? ¿Dudas sobre su seguridad?

Es segura y efectiva. La Agencia Internacional para la Investigación contra el Cáncer (IARC), que depende de la Organización Mundial de la Salud (OMS), acaba de publicar la cuarta edición del Código Europeo contra el Cáncer. Se trata de un documento que recoge doce medidas dirigidas a reducir el riesgo de cáncer.

Entre ellas incluye la vacunación frente al VPH, como **una de las formas más efectivas para prevenir el cáncer de cuello de útero junto con las pruebas de cribado**. Y asegura que mantiene un buen perfil de seguridad.

La vacunación es eficaz especialmente sino se ha producido la infección y esto sólo puede garantizarse cuando aún no se han iniciado las relaciones sexuales. Por esta razón, son las preadolescentes y adolescentes las que resultan más beneficiadas de los efectos preventivos de la vacuna.

Hay países como EEUU, en los que esta vacuna se está administrando también en los niños. El virus del papiloma puede ocasionar también cáncer de pene, ano y boca en varones. Además los hombres lo transmiten.

Nunca es tarde para vacunarse. El virus del papiloma se puede adquirir en cualquier momento. Se aconseja en mujeres de 11 a 26 años e incluso mayores. Además puede tener un efecto preventivo en pacientes que ya han padecido la infección por algún tipo de virus del papiloma (ya que la vacuna protege frente a varios serotipos). Por ello no se recomienda hacer una prueba de papiloma antes de poner la vacuna, simplemente se administra.

4.8 Contraindicaciones y falsas contraindicaciones de la vacunación

Al acudir al centro de salud para la administración de una vacuna, siempre debe informar a su enfermero/a de las alergias del niño. Es importante evitar situaciones que pongan en riesgo su salud.

Son **CONTRAINDICACIONES**, y por tanto, no se deben administrar vacunas en los siguientes casos:

- **Reacción anafiláctica grave a dosis previas de una determinada vacuna o alguno de sus componentes.** Algunas vacunas (triple vírica, varicela, gripe y rabia) contienen antibióticos (kanamicina, gentamicina, neomicina, penicilina o polimixina). No se deben usar en los niños alérgicos a estos medicamentos.
- **Enfermedad aguda CON FIEBRE >38 °C.** En este caso, será necesario esperar hasta la recuperación del niño.
- **Inmunodeprimidos.** En niños que estén sometidos a tratamientos que hacen disminuir sus defensas, o que por cualquier otro motivo tengan el sistema inmune debilitado, se retrasará la vacunación para virus vivos atenuados, como por ejemplo: Varicela y Triple Vírica (Rubeola, Sarampión y Parotiditis).
- **Antecedentes de encefalitis en los 7 días siguientes tras administrar la vacuna de tosferina.** En este caso, NO está indicado administrar dosis posteriores de esta vacuna.
- Respecto **la alergia al huevo y la vacuna de la gripe**, las vacunas antigripales contienen pequeñas cantidades de huevo, ya que proceden de cultivos en huevos de gallina.
 - El antecedente solamente de urticaria tras la exposición al huevo no contraindica la administración de la vacuna antigripal.

- El antecedente de angioedema (inflamación de cualquier zona del cuerpo), dificultad respiratoria, mareo o vómitos después de una exposición al huevo, o la necesidad de emplear adrenalina, se relaciona con reacción anafiláctica tras una nueva exposición. En estas personas no se recomienda la administración de la vacuna antigripal.
- De todos modos no hace falta introducir el huevo en la dieta, ni hacer pruebas de alergia previas para poder iniciar la vacunación.

Por el contrario, existen otras situaciones que llevan equivocadamente a decidir no vacunar, ocasionando retrasos innecesarios en la vacunación y reduciendo la protección en la población. Es importante conocerlas, para evitar creencias erróneas. Por tanto, **SÍ SE PUEDEN ADMINISTRAR VACUNAS Y SON FALSAS CONTRAINDICACIONES** las siguientes:

- Enfermedad aguda SIN fiebre o fiebre $<38^{\circ}\text{C}$. Se pueden administrar vacunas cuando el niño está resfriado o tiene diarrea leve, por ejemplo.
- Reacciones locales (dolor, inflamación) o fiebre $<40,5^{\circ}\text{C}$ con dosis anteriores. En estos casos se podrá continuar con las siguientes dosis de vacunas.
- Niños prematuros: estos niños deben seguir la pauta normal de vacunación según la edad cronológica.
- Enfermedad crónica: los niños enfermos de corazón o pulmón, o con diabetes mellitus... deben vacunarse con normalidad.
- Niños malnutridos.
- Si el niño está tomando antibióticos (excepto en casos de alergia a algún componente, y tampoco con la vacuna antitifoidea oral).
- Administración concomitante de tratamientos de desensibilización. Cuando un niño es alérgico al polen o a los ácaros y está recibiendo la inmunoterapia específica, este niño puede vacunarse con normalidad para el resto de enfermedades según el calendario vacunal. Sólo se tendrá la precaución de aplicarlo en miembros distintos.

- Madre del niño a vacunar embarazada o con lactancia materna. Los niños que estén en contacto íntimo con sus mamás u otras mujeres en este tipo de situación, deben vacunarse con normalidad.
- Contacto domiciliario con personas inmunodeficientes (con la excepción de la vacuna antipoliomielítica oral).
- Contacto con enfermedad infecciosa.
- Antecedente en la familia de convulsión o efectos secundarios de las vacunas o síndrome de muerte súbita del lactante. El niño se vacunará, ya que las reacciones sucedidas en hermanos u otros familiares no influyen en el niño a vacunar.
- Administración de vacunas inactivadas en pacientes inmunocomprometidos.
- Enfermedad neurológica conocida, resuelta y estabilizada.
- Se podrá realizar en el mismo día la administración de la vacuna triple vírica y la prueba del Mantoux (prueba diagnóstica de tuberculosis). Pero si ya se ha puesto la vacuna, es preferible esperar 4 o 6 semanas para realizar la prueba del Mantoux ya que la triple vírica puede disminuir la respuesta de esta prueba.
- Alergia al huevo y triple vírica: estos niños pueden recibir la vacuna de la triple vírica en el centro de salud, porque prácticamente no tiene proteínas de huevo. Siempre esperando posteriormente 15-30 minutos en la sala de espera igual que con todas las vacunas (Asociación Española de Pediatría, agosto 2016). Una excepción son los niños que habían tenido reacciones cardiorrespiratorias graves. En estos casos serán derivados al hospital para vacunarse.

4.9 Reacciones de las vacunas ¿Qué debo hacer?

Antes de introducir una vacuna en la población, es necesario superar unos estudios clínicos previos a su comercialización, en los que se evalúa la seguridad de cada vacuna. Es la forma de demostrar que los beneficios de una determinada vacuna, superan los posibles riesgos de la misma. Y que sus efectos vencen los problemas y complicaciones que se derivarían al padecer la infección de forma natural.

Hay veces que las reacciones adversas son tan infrecuentes, que no se identifican en los ensayos clínicos previos y sólo es posible observarlas después, cuando se aprueba, comercializa y la población recibe la vacuna. Por ello, los profesionales sanitarios participan en un seguimiento tras la comercialización, notificando y vigilando las reacciones conocidas y las nuevas, para ampliar el conocimiento y la seguridad de todas las vacunas.

A pesar de ello, **es cierto que las vacunas pueden ocasionar reacciones adversas, pero en su mayoría son leves y bien toleradas.** Éstas pueden ser:

- Reacciones menores:
 - Locales: dolor, hinchazón, enrojecimiento, induración, vesículas o adenopatías localizadas.
 - Sistémicas: fiebre, erupción cutánea, dolores articulares, adenopatías generalizadas, afectación del estado general y síncope.
- Reacciones mayores:
 - Alérgicas: Reacción anafiláctica a la vacuna o a alguno de sus componentes.
 - Encefalopatía o convulsiones.

Lo que debe hacer ante esas reacciones es...

- Ante el dolor, hinchazón o enrojecimiento: puede aplicar frío local (compresa fría, hielo recubierto), para que ayude a aliviar esa sensación.

- Ante la aparición de un nódulo (como un bulto en el lugar de inyección): no debe preocuparse. Puede doler a la palpación, pero desaparece espontáneamente al cabo de semanas. Es frecuente que suceda ante la vacuna del meningococo B y tosferina.
- En el caso de fiebre: se puede administrar paracetamol o ibuprofeno, si es mayor a 38° o se acompaña de malestar. Si la fiebre es inferior a 38°C, no se recomienda la administración de antitérmicos, ya que se ha demostrado que interfiere con la correcta inmunización de las vacunas. Tampoco se recomienda la administración de estos medicamentos de forma preventiva antes del acto de la vacunación. Sucede sobre todo ante la vacuna del Meningococo B, Triple Vírica (rubeola, sarampión y parotiditis) y DTP (tétanos, difteria y tosferina). En el caso de la vacunación triple vírica, la fiebre suele aparecer 4 a 15 días después de la vacunación. Si la fiebre dura más de 24 – 48 horas, puede acudir a su centro de salud y consultar a su pediatra.
- Ante la aparición de adenopatías o cualquier otro acontecimiento, debe consultar con su pediatra.
- Si presencia un síncope (o desmayo) poco después de la vacunación no debe alarmarse. Es una pérdida de conciencia transitoria y del tono postural con recuperación espontánea tras permanecer unos minutos tumbados. Suceden sobre todo en adolescentes. Es bueno evitar las situaciones de ansiedad y transmitirles tranquilidad.
- Si sucede una reacción anafiláctica durante los primeros minutos del suceso, es necesario una rápida actuación. Por ello, se recomienda que la administración de las vacunas se lleve a cabo por profesionales sanitarios dentro del centro de vacunación, así como la permanencia en el mismo durante los primeros 15 – 30 minutos tras la inyección.

4.10 La vacunación en el prematuro

Un recién nacido prematuro o pretérmino es aquel que nace antes de la semana 37 de gestación. Estos lactantes tienen más riesgo de infecciones graves por diversos microorganismos comparado con el nacido a término. Especialmente los que nacen antes de la semana 32, y sobre todo los menores de 28 semanas, ya que presentan peor respuesta frente a agentes infecciosos externos.

Esta vulnerabilidad a las infecciones se puede prevenir mediante la vacunación. A pesar de que la producción de anticuerpos en el niño prematuro sea inferior, se ha demostrado que al finalizar la primovacuna, la cantidad de anticuerpos es suficiente para evitar la enfermedad.

En todos los niños prematuros se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones:

- El programa de vacunación comenzará a los dos meses de edad cronológica, independientemente de la edad gestacional o peso al nacimiento.
Es importante no retrasar la vacunación, ya que son los más peligrosos para el recién nacido, especialmente para el prematuro.
Sólo si el recién nacido prematuro se encuentra hospitalizado a los dos meses de vida, se valorará su estabilidad clínica para decidir o no la administración de las vacunas, y en este último caso, posponerlo hasta que exista mejoría en su estado general.
- La única vacuna que se inicia al nacimiento en algunas comunidades autónomas es la vacuna de la hepatitis B. Esta vacuna se administra al nacer en los niños con peso superior a los 2000 g. (En hijos de madre portadora de hepatitis B, se administra al nacimiento vacuna y gammaglobulina antihepatitis B, sin tener en cuenta el peso)
- Los intervalos recomendados entre vacunas son los mismos, seguirán el calendario de vacunación de forma similar que los recién nacidos no prematuros.
- La dosis de la vacuna será igual a la utilizada en un recién nacido a término.

- El lugar de administración es el mismo que el empleado en el recién nacido a término (cara anterolateral del muslo).
- El calibre y la longitud de la aguja serán inferiores por poseer menor cantidad de tejido celular subcutáneo.
- Medidas de protección indirecta:
 - Vacunación en padres y hermanos: los convivientes del niño deben estar vacunados correctamente y recibir la vacuna antigripal de forma anual.
 - Vacunación de la mujer embarazada: la mujer crea defensas que transmite durante el embarazo a través de la placenta a su bebé, de manera que tras el nacimiento, éste pueda protegerse durante los primeros meses de vida hasta que pueda recibir las primeras vacunas a los 2 meses de edad. Por ello se recomienda la vacunación de la gripe en el segundo o tercer trimestre de gestación. Y desde finales del año 2015, también se aplica la vacuna frente a Tdpa (Tétanos, difteria, tosferina acelular) en las mujeres embarazadas entre la semana 27 y 36.
 - Vacunación al personal hospitalario susceptible: frente la hepatitis B, Tdpa o varicela. Y anualmente frente a la gripe.
- En cuanto a la seguridad y reactogenicidad de las vacunas, no se observan diferencias significativas respecto al recién nacido a término.
- Todo recién nacido prematuro puede recibir la vacuna de la gripe a partir de los 6 meses de edad. Además, en estos niños, las vacunas del rotavirus y meningococo B también se consideran eficaces y seguras.

4.11 Protección frente al virus respiratorio sincitial en niños de riesgo

El Virus Respiratorio Sincitial (VRS) es el agente respiratorio más frecuente en niños y afecta sobre todo a los menores de dos años. Según la Asociación Española de Pediatría, la posibilidad de que un niño de dos años haya sido infectado por el VRS es mayor del 95%.

Causa el 60-90% de **las bronquiolitis**, aunque también puede producir neumonías. Es la primera causa de hospitalización en niños por infección respiratoria, y un motivo de consulta frecuente en los centros de salud.

En nuestro país se distribuye de forma epidémica cada año, con carácter estacional desde el mes de noviembre hasta marzo-abril. Además, no produce inmunidad permanente por lo que puede ocasionar reinfecciones.

No existe vacuna (prevención activa) para evitar la infección por el VRS. Pero en niños en riesgo, se puede prevenir con **Palivizumab**, un fármaco que consiste en anticuerpos monoclonales específicos (prevención pasiva).

El método de administración de Palivizumab es similar al de una vacuna normal, ya que se inyecta por vía intramuscular. Esto ha derivado en la falsa denominación de “vacuna frente al VRS” a “la profilaxis con Palivizumab”. En realidad la profilaxis consiste en la inyección de anticuerpos ya creados para que el niño tenga las defensas preparadas desde el primer contacto con el virus (en el caso de las vacunas se inyecta el microorganismo para que el propio cuerpo forme las defensas). Para que sea efectivo es necesario administrar los anticuerpos durante toda la fase epidémica mediante 5 dosis, cada una de ellas separadas con el intervalo de un mes. Cuando sea posible, la primera dosis se administrará antes del comienzo de la estación del VRS.

El Palivizumab ha demostrado su seguridad y efectividad en diversos estudios: reducción del número de hospitalizaciones por VRS en un 55% y disminución de días con oxígeno, de la gravedad y del número de días de ingreso en la unidad de cuidados intensivos.

El inconveniente es su elevado costo para el Sistema Nacional de Salud ya que tiene precio elevado y se necesitan tratar entre 8 y 20 pacientes para evitar una hospitalización.

El pediatra valorará la necesidad de protección frente el VRS en determinados niños, y en caso de decidir su administración, ésta se realizará en el hospital de referencia.

Está indicado solo en niños de riesgo:

- Niños nacidos a las 35 semanas o menos de gestación y menores de 6 meses de edad al inicio de la estación de riesgo de infección por VRS (noviembre).
- Niños menores de 2 años de edad que hayan requerido tratamiento para la displasia broncopulmonar en los últimos 6 meses.
- Niños menores de 2 años de edad y con cardiopatía congénita hemodinámicamente significativa.

Si durante la campaña de vacunación el niño desarrolla infección por VRS, se reanudará su administración cuando el niño se haya recuperado, para protegerle de otros serotipos.

El resto de vacunaciones infantiles se pueden continuar administrando con normalidad según el calendario vacunal vigente, ya que el anticuerpo administrado con Palivizumab es específico para el VRS y no interfiere con la respuesta inmune a las vacunas. Tampoco interfiere con la vacunación antigripal.

4.12 Tetanalgesia y vacunación

El dolor es una experiencia emocional desagradable, que a veces los niños pueden experimentar en las consultas de pediatría debido a los procedimientos que se realizan: vacunación, prueba del talón, extracción de analítica...

Para poder reducirlo existen “**métodos no farmacológicos**”. La clave es la anticipación, es decir, preverlo y actuar antes de que se produzca.

En los recién nacidos y lactantes se puede utilizar la “**tetanalgesia**” que consiste en aprovechar el momento de lactancia materna, para realizar el procedimiento y reducir así el dolor. Otros métodos serían la succión no nutritiva (chupete), la contención (mantener al niño en posición de flexión y con los miembros próximos al tronco y hacia la línea media) o la sacarosa (sustancia dulce). Tanto la tetanalgesia como la sacarosa, deben realizarse dos minutos antes, durante y después de la prueba.

En niños mayores puede utilizarse la **distracción**, preguntándole al niño cómo le va en el colegio, qué tal con sus amigos, o hacerle contar, soplar, cantar una canción, etc. Así evitaremos que centre su atención en el procedimiento que vamos a realizar. También podemos utilizar el masaje, la vibración o la imaginación guiada (que visualicen dónde les gustaría estar en ese momento). Es importante dar información de lo que va a suceder antes de llegar a la consulta, ya que les permite prepararse mentalmente.

En todos los casos es bueno mantener en la consulta un ambiente tranquilo y permitir la presencia de los padres. Así pueden mantener al niño en los brazos y aliviar su angustia y ansiedad.

Es cierto que estas terapias alternativas no anulan el dolor por completo, pero si lo alivian. Los últimos estudios realizados sobre este tema, señalan que fueron menos los niños que lloraron al recibir estas terapias, y entre los que lloraron, el llanto tuvo menor duración.

Además sin ningún tipo de efecto secundario, a bajo coste y sin ninguna dificultad en su aplicación, influyendo de forma positiva tanto en el bienestar del niño y de los padres como en el desarrollo del trabajo de la enfermera y resto de profesionales.

La **TETANALGESIA** es especialmente destacable por ser natural y efectiva. Ha demostrado claramente calmar el dolor de los más pequeños en los procedimientos dolorosos, sobre todo en el acto de vacunación. La enfermera te facilitará esta medida siempre que tú lo desees, te otorgará una labor en la que sentirás que ayudas a tu hijo y comprobarás el efecto de consuelo que se consigue. Además será buen momento para resolver cualquier duda relacionada con la técnica de amamantar, fortaleciendo de esta manera la lactancia materna.

4.13 Conservación y transporte de las vacunas compradas por las familias

Existen vacunas que no están incluidas en el calendario de vacunación y que no son financiadas por el sistema de salud. Tras la información de los pediatras, muchas familias deciden voluntariamente costear y administrar dichas vacunas.

Las vacunas han de ser conservadas y transportadas con mucho cuidado y siguiendo unas recomendaciones básicas porque si se manipulan de forma incorrecta pueden perder su eficacia.

Es importante evitar:

- La congelación.
- El calentamiento.
- La exposición a la luz.

Para garantizar que las vacunas se conserven adecuadamente hay que tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- **Comprar la vacuna justo antes del momento de acudir al centro sanitario para administrársela.** Si son varias dosis, es mejor comprarlas de una en una o que se guarden en la farmacia hasta su administración.
- **Si la distancia de transporte es corta,** se puede utilizar una **bolsa isotérmica** que ha de ser entregada al profesional sanitario para que la guarde en el frigorífico hasta su administración.
- **Si la distancia es mayor,** debe realizarse en una **nevera isotérmica** con **acumulador de frío**, pero la fuente de frío no debe estar en contacto directo con la vacuna, para evitar que se congele.
- **Si se lleva a casa:**
 - Es fundamental comprobar la fecha de caducidad de la vacuna y conocer los plazos en los que ha de ser administrada.

- Hay que guardarla en el frigorífico, en uno de los estantes centrales. Nunca en la puerta ni en el congelador, ni tampoco en el cajón de las frutas y verduras.
- Hay que mantener el rango de temperatura óptimo **entre +2 y +8 °C**. En los frigoríficos domésticos puede ser complicado. Hay que abrir la puerta lo menos posible.
- Hay que conservar la vacuna en la caja correspondiente hasta su administración.

La conservación de las vacunas es muy importante. Las vacunas van a conseguir que su hijo no enferme o que si contrae la enfermedad sea de una forma más leve. Si se afecta la temperatura recomendada se puede comprometer su viabilidad.

Capítulo 5

· SEGURIDAD Y ACCIDENTES ·



5.1 Hay que prevenir los accidentes infantiles

¿Cuándo fue la última vez que tu hijo tuvo una caída, una herida o un accidente?

Los niños son especialmente vulnerables a los accidentes, desconocen el peligro, prestan poca atención, son imprudentes por naturaleza, etc. Están entre las tres primeras causas de muerte en niños hasta los 14 años y producen una gran morbilidad en la infancia.

La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP) con la colaboración de fundación Mapfre, realizó un “**Estudio sobre accidentes en la población infantil española**” para conocer la situación actual y su repercusión en la salud:

- La media de accidentes padecidos por niño en el último año fue de 2.
- El 56.7% de los accidentes fueron caídas al suelo o desnivel y el 26.2% golpes contra objetos, personas o animales.
- Los accidentes en el hogar son más frecuentes cuanto menor es la edad del niño y el porcentaje de accidentes padecidos en la escuela y lugares de ocio aumenta cuando el niño es mayor.
- La mayoría de los accidentes se deben al azar o a la imprudencia del niño.
- El 9.1% de los menores de 12 años se quedan solos en casa en algún momento, incluso niños menores de un año.
- El 75% de las familias solicitan atención médica en caso de accidentes y un 4% de los niños requieren ingreso hospitalario.
- El 18.3 % de las familias no saben a qué número de teléfono tienen que llamar en caso de urgencia.

El documento completo se puede consultar aquí

<http://www.moonbook.es/downloads/Accidentesenpoblacioninfantil3.epub>

La “**Guía de Seguridad de los productos infantiles**” publicada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad proporciona información sencilla y clara sobre

distintos productos que expertos europeos en seguridad infantil han identificado como potencialmente peligrosos y que pueden suponer un riesgo de lesiones para los niños.

Habla de 26 productos infantiles: camas para adultos, andadores, asientos y anillos de baño, bicicletas, literas, cambiadores, cochecitos y sillas, puertas y barreras, pijamas, porterías, tronas, encendedores, chupetes, sonajeros, bolsas de plástico, áreas de juego, detectores de humo y monóxido de carbono, juguetes y otros objetos.

Su propósito es advertir a padres, cuidadores y educadores de los motivos por los que estos productos se han considerado potencialmente peligrosos y de cómo utilizarlos correctamente para evitar que originen lesiones en la población infantil.

También dice que no siempre el distintivo “CE” que indicaría que el producto cumple los requisitos de seguridad establecidos en la legislación comunitaria, es señal de seguridad. Puede ocurrir que sea falso y tampoco a los fabricantes se les exige verificarlo de forma independiente, con lo que a veces puede resultar engañoso para los consumidores.

La guía se puede consultar en el siguiente enlace

http://www.msssi.gob.es/va///profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/docs/GuiaSeguridad_ProductosInfantiles.pdf

También la AEPap ha elaborado un interesante y sencillo “**decálogo**” en el que se indica cómo prevenir accidentes en la casa propia, en la casa de los abuelos, en las guarderías, en el coche, andando o en bicicleta, con los objetos que rodean a los niños, con los medicamentos y tóxicos, en las piscinas y zonas de ocio. Cualquier escenario puede ser apto para que ocurra un accidente infantil.

Se puede acceder a él en el siguiente enlace

<http://www.familiaysalud.es/podemos-prevenir/prevencion-de-accidentes/como-prevenir/decalogo-de-la-prevencion-de-accidentes>

RECUERDE:

- La mejor forma de evitar los accidentes infantiles es la prevención.
- Es fundamental tomar precauciones según la edad del niño.
- Eduque al niño para evitarlos.
- Como los accidentes siempre pueden ocurrir, sepa que en caso de emergencia debe llamar al 112.

5.2 ¿Qué tenemos que hacer cuando un niño está desmayado y no respira?

Por desgracia en alguna ocasión los niños pueden sufrir una parada cardiorrespiratoria, a causa principalmente de accidentes, atragantamientos u otras enfermedades graves (respiratorias, cardíacas, meningitis, etc.). Por ello **cualquier persona** debe conocer cómo actuar. Una intervención **rápida y eficaz** puede ser crucial para que el pronóstico y desenlace sean favorables.

La reanimación cardiopulmonar básica se basa en una serie de maniobras que permiten suplir las funciones del corazón y de los pulmones durante un tiempo hasta que lleguen los servicios de emergencias sanitarias.

Lo primero que hay que hacer es:

- Mantener la calma y controlar los nervios.
- Comprobar la seguridad de la persona que va a reanimar para evitar otro accidente. Por ejemplo si ocurre en la carretera, no se quede en el medio, póngase en un lugar seguro o señalice el accidente.

La secuencia de actuación a continuación es:

1. Llame al niño o agítelo para ver si responde.
2. Si no responde: grite pidiendo ayuda.
3. Abra la vía aérea: levante la barbilla sujetando la frente con la otra mano.
4. Compruebe si respira.



Imagen 6: Comprobación respiratoria. ADAM

5. Si no respira: llame al 112 y dígales que “es un niño que no respira”.
6. Empiece a ventilar: 5 ventilaciones. Consiste en echar tu aire sellando con tu boca la nariz y boca del niño pequeño. Pero si el niño es mayor boca a boca tapando su nariz.



Imagen 7: Ventilaciones. ADAM

7. Siga con masaje cardíaco: 1 compresiones torácicas fuertes en el centro del tórax: en los lactantes con 2 dedos, en niños pequeños con la palma de la mano y en niños más mayores con las dos manos (como en el adulto).



Imagen 8: Masaje cardíaco. ADAM

8. Luego otras 2 ventilaciones.
9. Seguir con el ciclo de 15 compresiones y 2 ventilaciones hasta que lleguen los servicios de emergencia o el niño recupere la respiración espontánea.

La secuencia se explica en este vídeo:

<https://www.youtube.com/watch?v=XopewSZdwu8&feature=relmfu>

5.3 ¿Cómo ayudar a un niño que se ha atragantado?

La obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (alimento, piezas de juguetes, monedas, frutos secos, etc.) es algo frecuente. Es una situación de angustia, estrés...y más cuando le ocurre a un niño o un bebé, por lo que debemos reaccionar de manera rápida pero tranquila.

ESQUEMA DE ACTUACIÓN

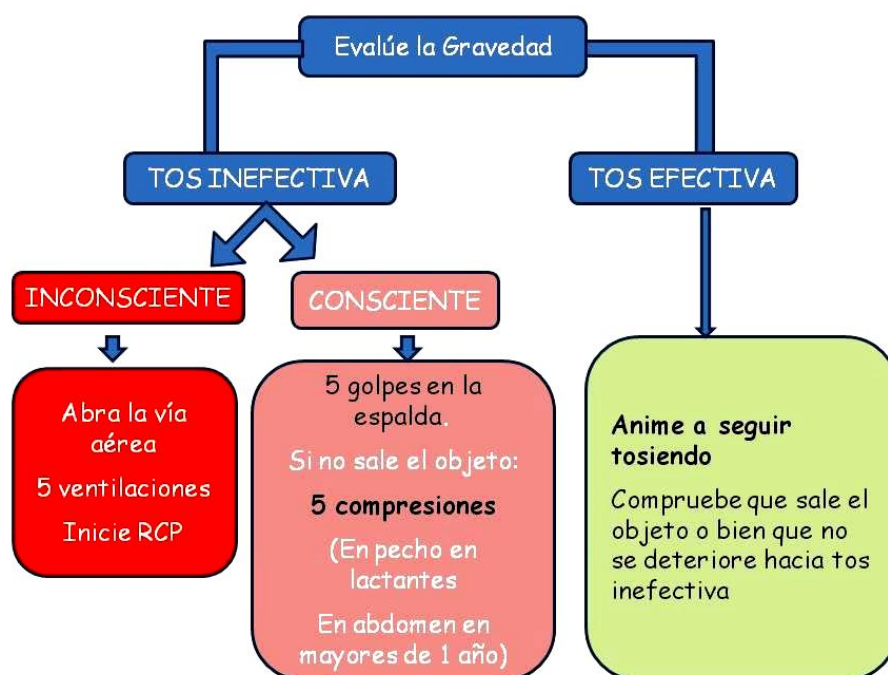


Imagen 9: Secuencia de actuación en la situación de atragantamiento.

PUNTOS CLAVES

- Si el niño tose, no hace falta que le golpee en la espalda.
- Si no ve el objeto en la boca no intente sacarlo. Puede empujarlo más adentro.
- Si es un lactante, cójale y póngale boca abajo. La gravedad facilita la salida del cuerpo extraño.

Este vídeo realizado por Natividad Vázquez, Instructora del RCP pediátrica del Hospital Gregorio Marañón muestra cómo realizar maniobras de desobstrucción en un **lactante**:

https://www.youtube.com/watch?v=PFCJa_ytZqo

Este vídeo realizado por Jeanette Álvarez enfermera y formadora de Cruz Roja, nos enseña paso a paso los primeros auxilios en caso de atragantamiento en un **niño mayor de un año**:

https://www.youtube.com/watch?v=co_9rTsvErg

5.4 Mi hijo se ha dado un golpe en la cabeza ¿me debo preocupar?

Los golpes en la cabeza en niños son **muy frecuentes**. La mayoría son contusiones leves y no producen lesiones dentro del cerebro, ya que está rodeado de líquido cefalorraquídeo y protegido por el cráneo.

Para valorar si existen hemorragias cerebrales u otros daños lo mejor es hacer una Tomografía Axial Computarizada craneal (TAC o Scanner), pero supone una gran radiación y se hace sólo cuando es necesaria. La radiografía no suele ser útil porque permite ver el cráneo, pero no el contenido cerebral.

Tras el golpe en la cabeza conviene que el niño sea observado al menos 24 horas. Puede seguir con su actividad normal (jugar, comer, salir, dormir). Puede tomar alimentos líquidos y sólidos si no aparecen vómitos. También puede dormir, pero debe observar su estado cada 3 o 4 horas, despertándolo y viendo que reacciona normal. Es bastante común que el niño se quede algo abatido o incluso vomite por el berrinche, tras el golpe.

Si el niño se ha hecho un chichón es normal que le duela un poco la cabeza. En estos casos lo mejor es aplicar frío local con hielo envuelto en un paño durante 10-15 minutos y dar un analgésico (paracetamol o ibuprofeno).

Tiene que acudir al pediatra si aparece alguna de las siguientes alteraciones:

- Pérdida de conocimiento
- Dolor de cabeza intenso que no se alivia con un analgésico: paracetamol o ibuprofeno a las dosis habituales
- Vómitos repetidos
- Si se queja de debilidad, hormigueo o pérdida de fuerza en brazos o piernas
- Si camina de manera extraña o está mareado
- Si se comporta de forma extraña o se muestra irritable
- Si se queda demasiado dormido o si es difícil despertarlo

- Si aparecen movimientos extraños en los ojos, visión doble o borrosa, o si una de las pupilas se hace más grande que la otra
- Si sale líquido claro o sangra por la nariz o por el oído (sin haberse dado un golpe en esa zona).

5.5 ¿Cómo actuar ante las heridas y quemaduras?

Los niños muchas veces se hacen heridas, rozaduras o quemaduras leves que se pueden cuidar en casa.

Ante una **HERIDA** los pasos a seguir son:

1. Lavarse las manos con agua y jabón antes de tocarla.
2. Limpiar la herida con agua y jabón. Aclarar con agua a chorro para arrastrar la suciedad.
3. Secar la herida con una gasa estéril dando pequeños toques y siempre de dentro a fuera.
4. Si la herida sangra presiónela con apósitos estériles.
5. Aplicar un antiséptico.
6. Mejor no tapar. Solo cubrirla con un apósito si sospecha que se puede ensuciar.

No debe...

- Intentar curar heridas profundas o con bordes muy separados. Acuda a un centro médico donde le dirán si necesita un tratamiento especial (puntos, cinta adhesiva, pegamento, grapas)
- No extraer objetos clavados, ya que pueden estar taponando la herida y evitando el sangrado.

Ante una **QUEMADURA**, los pasos a seguir son:

1. Enfriar la quemadura con agua fresca durante 10 o 20 minutos.
2. Si solo se ve la piel roja poner una crema hidratante.
3. Si sale ampolla no romperla, solo hay que limpiarla con un antiséptico.
4. Si la ampolla se rompe se debe tratar como las heridas: lavándola con agua y jabón y tapándola con un apósito estéril, si cree que se puede ensuciar.

Debe acudir a un centro médico...

- Si la quemadura no duele (las quemaduras más graves y profundas son las que no duelen).
- Si la quemadura es extensa o afecta a las manos, la cara, los orificios naturales (boca, nariz, ojos...), el cuello, los pliegues del codo o de la rodilla, los genitales o la planta del pie.

5.6 ¿Cómo actuar ante un caso de intoxicación por productos tóxicos?

En caso de que un niño se haya intoxicado por la ingestión de una sustancia tóxica, por inhalación de gases o por contacto debe actuar deprisa. Seguir los pasos que se detallan en los esquemas le puede salvar la vida:

1º Separe la sustancia tóxica del niño



2º Si tiene algo sólido en la boca quíteselo. Pero no lo haga a ciegas

**Llame a información toxicológica:
91 562 04 20**

3º Si le dicen que vaya al hospital, hágalo rápido (hay tratamientos que pierden su eficacia 1 hora después de la ingestión) y lleve el envase del producto que se ha tomado



Imagen 10: Ingestión de tóxico

1º Abra las ventanas

2º Sáquelo rápidamente al aire libre

3º Llame al 112



4º Si está inconsciente y respira, manténgalo tumbado hasta que llegue la ayuda



5º Si está inconsciente y no respira: grítele y déle pellizcos. Si no reacciona aplique maniobras de reanimación cardiopulmonar y masaje cardíaco



Imagen 11: Inhalación de gases o humos

1º Póngase unos guantes de fregar

2º QUITÉLE TODA LA ROPA

3º Lávele en la ducha con agua templada a chorro durante 10 minutos



Imagen 12: Contacto con tóxico

RECUERDE QUÉ NO DEBE HACER...

- En caso de ingestión de tóxico no intente provocar el vómito y ni de leche ni aceite.
- En caso de escape de gas no encienda la luz ni otro aparato eléctrico.

TELÉFONO DE URGENCIAS

112

TELÉFONO DE INFORMACIÓN TOXICOLÓGICA

91 562 04 20

5.7 Sistemas de retención infantil en el vehículo

Los accidentes de tráfico son la **PRIMERA** causa de muerte en menores de 14 años.

El 40% de estos niños no utilizaba sistemas de retención infantil (SRI). Se estima que con el uso correcto de estos SRI se podría evitar el 75% de las muertes infantiles y el 90% de las lesiones graves.



GRUPO: 0

EDAD (APROX): 0 a 9 meses

PESO: Hasta 10 kg

DESCRIPCIÓN:

- **SILLAS:** instaladas en asientos delantero o trasero. Se instalan en sentido contrario a la marcha asegurándonos de que el **airbag** del copiloto esté **DESACTIVADO**. El asiento trasero central es el más seguro.

- **CAPAZOS ó CUCOS:** colocados en el asiento trasero en sentido transversal.



GRUPO: 0+

EDAD (APROX): 0 a 18 meses

PESO: Hasta 13 kg

DESCRIPCIÓN:

SILLAS/CESTA: se instalan en asientos traseros y sentido contrario a la marcha. Tienen un arnés de 5 puntos.



GRUPO: 1

EDAD (APROX): 9 meses a 3 años

PESO: Desde 9 a 18 kg

DESCRIPCIÓN:

SILLAS: con arnés de 5 puntos propio. La mayoría se pueden instalar en el sentido de la marcha o en contrario. Se fijan con el cinturón del vehículo.



GRUPO: 2

EDAD (APROX): 3 a 6 años

PESO: 15 a 36 Kg

DESCRIPCIÓN:

SILLAS CON ELEVADOR: para el asiento trasero. Adapta al niño a la altura del cinturón de seguridad.



GRUPO: 3

EDAD: 6 a 12 años

PESO: 22 a 36 Kg

DESCRIPCIÓN:

COJÍN ELEVADOR: También pueden ser cinturones especiales, con regulación de la altura de la cinta.

Imagen 13: Dirección General de Tráfico

A partir de 12 años y entre 135 y 150 cm de estatura: Se recomienda seguir utilizando SRI homologados para su estatura y peso, aunque pueden utilizar el cinturón de seguridad de adulto.

DECÁLOGO:

1. Un niño no debe viajar sin un SRI adecuado. Ni siquiera en los trayectos más cortos. Es **OBLIGATORIO**.
2. Un bebé nunca viajará en brazos de un adulto. Le exponemos a una lesión grave en caso de accidente.
3. Menores de 12 años ó 135 centímetros, deberán utilizar un dispositivo de retención homologado adaptado a su talla y a su peso.
4. Utilizar sistemas que cumplan la nueva normativa i-Size, que regula la homologación de los SRI. De todos modos, no hay aún previsión de prohibir la utilización de los anteriores SRI con la norma ECE-R44 (al menos hasta el año 2018).
5. Procurar que el niño viaje el mayor tiempo posible en sentido contrario a la marcha. Como mínimo hasta los 4 años, siempre que la estatura lo permita.
6. El lugar más seguro es el asiento central trasero, y el más peligroso, el del copiloto.
7. Verificar que la silla se adapta bien a tu coche (sistemas de fijación) y comprobar que sea cómoda para tu hijo (acorde a su tamaño).
8. Sujetar la silla con firmeza al asiento del coche y ajustar bien las correas al cuerpo del niño. Los sistemas ISOFIX anclan la silla a tres puntos del vehículo, minimizando la probabilidad de vuelco.

9. En niños mayores, la banda diagonal del cinturón debe pasar por debajo de la clavícula sin tocar el cuello y la horizontal justo por encima de las piernas sin tocar el estómago.
10. Si la silla ha sufrido algún impacto ó colisión hay que cambiarla para asegurar su eficacia.

Para más información:

“Siempre seguros, siempre protegidos, siempre en su sillita”

http://www.dgt.es/PEVI/contenidos/Externos/recursos_didacticos/otros_ambitos/infancia/la_silla_que_cuida/LaSillaQueCuida.pdf

5.8 Los mareos durante los viajes

Quién más o quien menos, se ha mareado en alguna ocasión en un viaje. Los niños (también algunos adultos) los padecen de forma frecuente cuando viajan en coche, tren, barco, avión o en atracciones de feria. Se llama **cinetosis**.

El cerebro siente el movimiento desde distintas partes del cuerpo: oído, ojos, músculos y articulaciones. Cuando recibe señales de movimiento que no coinciden aparece el mareo.

Produce sensación de vértigo, náuseas e incluso vómitos, acompañado de palidez, sudoración y malestar general.

CONSEJOS

1. Salir temprano para que el niño haga parte del trayecto dormido. Mientras duermen no se marean.
2. Evitar darle de comer antes de iniciar el viaje. Si es necesario dar comidas suaves, mejor sólidos que líquidos.
3. Evitar que vaya leyendo, jugando o viendo la pantalla de videojuegos, móvil o DVD. Mejor ir mirando por la ventanilla o ir cambiando la mirada con frecuencia.
4. Airear el vehículo y descansar cada dos horas (para tomar aire fresco y caminar). El ambiente enrarecido o los malos olores predispone al mareo. No fumar.
5. Colocarse en un lugar que se mueva lo menos posible: en los barcos evitar la popa, la proa y los laterales; en los aviones sentarse cerca de las alas; en el coche mejor en la parte central de los asientos posteriores, para fijar la vista en el horizonte y ver las cosas que pasan.
6. Conducir con precaución, evitar giros bruscos. Moderar la velocidad sobre todo en las curvas.

7. Si el problema es muy repetido y molesto los pediatras pueden recomendar el dimenhidrinato, para tomar 30 minutos a 1 hora antes del viaje. Es un fármaco antihistamínico que produce sueño y tiene efectos contra el vómito (antiemético). Aunque este tipo de productos no están financiados, la dosis debe ser indicada por su pediatra en función del peso y la edad del niño. Se puede tomar cada 6-8 horas a partir de los 2 años. No use ni más ni menos que la dosis indicada.
8. Antes de los 2 años es muy raro, y después de los 12 años el problema decrece, aunque hay personas adultas que siguen predispuestas a padecerlo.
9. Y por supuesto, como recoger vómitos y quitar olores de las tapicerías resulta bastante desagradable, es aconsejable llevar una bolsa o un recipiente de plástico.

5.9 El agua en verano: prevención de lesiones graves

Las playas, las piscinas, los ríos, estanques, lagos, etc. son un lugar de divertimento para los niños, una buena manera de hacer ejercicio y de aliviar el calor los meses de verano. Pero el agua puede ser peligrosa. Los ahogamientos se pueden producir en un pequeño descuido.

Los niños necesitan una supervisión constante tanto dentro como fuera del agua. Se pueden ahogar incluso con cantidades mínimas de agua.

- Es recomendable que los padres **sepan nadar** y que los niños aprendan cuanto antes. No existe una edad específica para aprender a nadar, depende de la predisposición y de la madurez de cada niño. Pero entre los 3-4 años es la mejor edad porque ya hay mayor coordinación de movimientos.
- Si no sabe nadar lo más adecuado es utilizar un **chaleco salvavidas**, sin que esto signifique que pueda dejar de vigilar al niño. Los manguitos inflables y flotadores que cogen el tórax no son eficaces para evitar el ahogamiento.
- **Evite sumergirlo en agua muy fría** por debajo de 25°. Si el niño tiembla, se le ponen los labios azules o presenta calambres musculares sáquelo inmediatamente. Debe secarlo después del baño, envolviéndolo en una toalla.
- Si su casa tiene **piscina es necesario que esté vallada** para que el niño no pueda acceder a ella sin la supervisión de un adulto. **Evite que su hijo se tire de cabeza** en zonas poco profundas o si desconoce la altura.
- El mar o el río es mucho más peligroso que la piscina por las corrientes y mareas. Enseñe a su hijo a respetar **las normas de seguridad y los mensajes de las banderas**: verde (baño sin peligro), amarillo (baño con precaución) y rojo (baño peligroso).
- No se olvide de aplicarle el protector solar, proteger la cabeza con una gorra, poner gafas de sol para evitar la radiación ultravioleta y cubrir el cuerpo con una camiseta para evitar quemaduras solares.
- Debe beber agua abundante para evitar la deshidratación.

Puedes ampliar información en la Guía “Disfruta del agua y evita los riesgos. Prevención de lesiones graves en el medio acuático” editada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en 2011, en colaboración con Cruz Roja Española.

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/jornadaPeriodoEstival2011/docs/FOLLETO_Guia_familias.pdf

En el caso de ahogamiento...

1. Saque inmediatamente al niño del agua y pida ayuda a gritos. Pídales que llamen al 112, el número de teléfono de emergencias.
2. Compruebe si respira, si no respira aplique las maniobras de Reanimación Cardíaca y Pulmonar como se ha explicado en el capítulo 2.
3. Si piensa que su hijo se ha hecho daño en el cuello (se ha tirado de cabeza), colóquelo sobre la espalda sujetando la cabeza y el cuello, evitando que se mueva hasta que llegue emergencias. Evitará lesiones medulares añadidas.

5.10 Picaduras de medusas

Las medusas habitan en los mares de todo el mundo. En la playa a veces se ven entre las olas o en la orilla arrastradas por la corriente. Tienen una composición similar a la gelatina, con un cuerpo y unos tentáculos. En los tentáculos hay unas cápsulas (nemocistos) que se pegan a la piel e inoculan el tóxico ante cualquier presión, contacto o cambio de temperatura.



Imagen 14: Conjunto de medusas

El contacto con medusas deja en la piel miles de agujones diminutos. Con frecuencia no producen síntomas graves, pero a veces originan:

- Dolor y marcas rojas en la piel.
- Sensación de ardor, escozor, entumecimiento u hormigueo.
- Ampollas o úlceras (con mayor picor y dolor).
- Pocas veces hay afectación más general, dificultad respiratoria, vómitos y calambres.

En caso de picadura lo que debe hacer es...

- Sacar al niño del mar. Buscar ayuda, los socorristas saben cómo actuar.
- **Lavar la zona con agua del mar.** Importante que no sea con agua dulce porque puede provocar que los agujones liberen más veneno.
- No frotar ni con arena ni con la toalla.

- Quitar los aguijones de la medusa raspando con una tarjeta o con pinzas o guantes gruesos si se dispone.
- Aplicar frío local periodos cortos, durante 10-15 minutos (botella de agua fría hielo protegido con bolsas de plástico).
- Aplicar antiséptico, alcohol o yodo.
- Se puede tomar algún analgésico o aplicar un corticoide tópico para reducir inflamación. Si pica mucho dar un antihistamínico.
- Acudir a un centro sanitario si empieza a notar: dificultad para respirar o tragar, lengua o labios hinchados, aguijones en una zona extensa del cuerpo, en la boca o en los ojos.

Para prevenirlas...

- Nadar en playas protegidas, donde se informe de la presencia o no de medusas (en algunas playas colocan un banderín violeta).
- Vestirse con tejidos gruesos (neopreno o lycra gruesa).
- Evitar tocar medusas marinas aunque estén muertas, ni desechos marinos.

5.11 Sangrado de nariz o epistaxis

Cuando los niños se rascan o se escarban en la nariz, es probable que se rompa algún vaso sanguíneo. Además los niños con picor nasal o alergias son más susceptibles, así como los que padecen catarros frecuentes y sequedad nasal. En ocasiones, el sangrado puede aparecer durante las horas de sueño.

Lo que debe hacer...

En primer lugar, hay que mantener la calma, ya que suele ceder espontáneamente.

Para detener el sangrado, lo más rápido y sencillo es comprimir la nariz, haciendo una pinza con los dedos índice y pulgar, durante unos minutos. Durante este tiempo el niño debe respirar por la boca y estar tranquilo. La cabeza ha de estar en posición normal, no es necesario echarla hacia atrás.

Otra opción es introducir una gasa o algodón en la fosa nasal que sangra, durante un tiempo, hasta que deje de sangrar. En este caso, es imprescindible no olvidar retirarlos.

Si el sangrado es excesivo o muy frecuente puede necesitar valoración del pediatra.

Consejos para la prevención...

- No tocar la nariz después del sangrado porque estará muy sensible y se puede repetir.
- Evitar golpes, rascarse o hurgarse.
- Utilizar humidificadores si la causa es la sequedad.
- Proteger la cabeza y la nariz si se practican deportes de contacto.

Capítulo 6

· CONDUCTA Y EDUCACIÓN ·



6.1 Sugerencias para enseñar un buen comportamiento a los hijos

Educar es una de las tareas más difíciles a las que se enfrentan los padres. No existen fórmulas mágicas, pero sí algunos principios que hay que tener en cuenta.

El establecimiento de normas de comportamiento adecuadas es fundamental para que el niño aprenda a vivir en sociedad y sepa qué conductas son adecuadas y cuáles no, en función del lugar o situación en que se encuentre. Además unas normas de educación correcta prevendrán problemas emocionales y de conducta en el futuro.

De todos modos, el mal comportamiento del niño tiene un significado especial dependiendo de la edad y de sus circunstancias:

- Cuando son bebés con sus gestos y sonidos “nos dicen cosas”: que tienen hambre, sueño, cansancio, miedo, tristeza, enfado, que necesitan atención, etc. Hasta que aprenden a expresar sus sentimientos.
- Entre los 18 meses y 3 años, aproximadamente, se oponen a todo, es “la etapa del no” y “la época de las rabietas”. Buscan sus límites y los de los adultos.
- A partir de los 6 años, empiezan a razonar los motivos por los que tienen que cumplir las normas.
- En la pre adolescencia: los chicos/as buscan su independencia y su identidad. Esta situación de cambios les lleva a usar “su mala conducta” como una forma de demostrar que nada les afecta y que no son débiles ni pequeños.

Otras veces el mal comportamiento se relaciona con enfermedades (fiebre, malestar, etc.) o con circunstancias vitales o personales (nacimiento de un hermano, problemas de pareja entre los padres, duelos, etc.).

Algunos consejos:

- Eduque siempre con cariño. Dígale lo que hace mal o hace bien, pero no le etiquete de bueno o de malo.
- Sea amable pero firme en sus decisiones. Trate siempre de la misma forma un mal comportamiento y entre los padres no muestren desacuerdo.
- Sea un modelo para él. Su hijo imitará sus acciones y sus palabras. Aprenden más de lo que ven que de lo que se dice.
- Recompense su buen comportamiento. No siempre hace falta algo material, préstele atención extra cuando lo hace bien o elógiele.
- Ignore los comportamientos inadecuados leves.
- Hay que establecer normas cuando llegue la calma (no en el momento de conflicto) y siempre con una actitud positiva.
- No le mienta nunca. Prepárele poco a poco para aquello que no le va a gustar pero diciéndole la verdad.
- No utilice nunca la violencia física ni psíquica (pegar, sacudir, tirar del pelo, insultar). No se trata de demostrar quién es el que puede más o quién es el que manda.

Recuerde que educar no significa cambiar al niño, sino solamente algunas de sus conductas. Tampoco espere cambios rápidos, hay que ir poco a poco. Y ante todo, paciencia.

Para más información, algunos libros útiles serían:

- Guía para educar con disciplina y cariño. Marylin Gootman. Ediciones Medici, 2003
- Como poner límites a los hijos: sugerencias para padres. Elvira Giménez de Abad. Paidós Ibérica, 2007

6.2 Las rabietas: un reto para los padres

Es difícil evitar su aparición. **Son comportamientos naturales en el desarrollo del niño.** Aparecen entre los dos y los tres años o un poco antes en algunos niños.

Pueden aparecer inicialmente por cansancio, hambre o algún otro malestar. También porque quiere algo que no le dais o no quiere dejar una actividad que está haciendo... Por tanto, su intención inicial no es dañar o molestar. Es el modo que el niño/a tiene de expresar que no se siente bien. Pero con el tiempo se mantienen como método para conseguir algo.

Pero no se angustien, si las rabietas son bien manejadas irán disminuyendo en intensidad y frecuencia. Hacia los 4 a 5 años desaparecerán, cuando el niño sepa aceptar las normas y tolerar mejor la frustración. Sólo hay que seguir los siguientes consejos para que no persistan:

1. **No le preste atención.** Mire hacia otro lado, haga como que no le oye. No reaccione gritando, con amenazas o metiéndole miedo. Esto le enseñará a hacer lo mismo. Mantener la calma le permitirá mostrar y enseñar cómo manejar el enojo y la frustración.
2. **Manténgase firme en sus decisiones.** Nunca debe conseguir lo que pretendía con la rabieta. Si lo consigue estará perdido, porque ha aprendido el truco y tenderá a usarlo cada vez más.
3. **Cuando empiece a calmarse,** plantéele una actividad alternativa, que le ayude a terminar de salir de la rabieta (ver un cuento, jugar a algo que le guste, salir a la calle, etc.).
4. **Cuando todo vuelva a la normalidad,** pero nunca durante la rabieta, diríjase a él o ella, póngase a su altura y con cariño intente hacerle comprender que le entiende, pero que no puede pedir las cosas de esa forma. No le castigue Dígale que confía en él y que seguro que la próxima vez lo hará mejor.

Esta técnica no tendrá un efecto inmediato, e incluso puede que al principio se hagan más intensas. Pero si son constantes, en algunos días las rabietas comenzarán a perder intensidad y duración. Su hija o hijo terminará entendiendo que esta manera de pedir las cosas no le funciona.

6.3 El bofetón, el cachete o el azote ¿sirven para algo?

No siempre es fácil dar la solución adecuada para ese momento determinado. Muchos padres tenemos que hacer grandes esfuerzos para mantener la calma en situaciones cotidianas: cuando nuestro hijo no hace caso a nada, coge rabietas, contesta de malas maneras... Son muchas las situaciones que nos pueden hacer perder los nervios.

Algunos padres justifican su comportamiento diciendo que “una bofetada a tiempo evita peligros u otro tipo de consecuencias”, o bien, que “a mí también me los daban y no me traumicé”.

Sin embargo, **los expertos en pedagogía y psicología dejan claro que el cachete, el azote o la bofetada no funcionan**. El niño actuará por miedo al castigo, tardará en entender el sentido de su mal comportamiento, y lo que es peor, generará más violencia y un modelo a imitar. Por ello en su lugar se recomienda utilizar el diálogo como forma de modelar su conducta, tratando de buscar la razón por la que este se comporta así (por ejemplo problemas escolares, de sueño, celos, ansiedad u otras razones más internas).

Además es muy frecuente que algunos padres se sientan mal después de su reacción explosiva. Lo ideal en estos casos ya producidos, no es justificarse, sino mejor prometerse a sí mismo que no volverá a perder los nervios.

Que el castigo físico sea parte de nuestra tradición no lo convierte en algo inmodificable. Es preciso un cambio de mentalidad e interiorizar que **es una práctica a extinguir**. De hecho la mayoría de países europeos, incluido España, tienen una legislación que prohíbe el castigo físico.

Pese a ello, es necesario establecer unas normas o límites en función de la capacidad del niño para asumir responsabilidades. Siendo los padres siempre el modelo de conducta que quieren para sus hijos. Así los niños comprenderán cómo debe ser su actitud ante la vida, y que están siendo correctamente educados.

6.4 ¿Cómo despedirse del chupete?

El chupete tiene sus ventajas e inconvenientes, ya hemos hablado de ello en la parte de cuidados del niño. Pero las dificultades surgen cuando llega el momento de su retirada. Lo normal es que el niño abandone esta costumbre de forma progresiva, pero a veces necesita ayuda para conseguirlo.

Es aconsejable retirar el chupete antes de los dos años de edad. En este periodo debéis decidir cuándo es el momento adecuado, que será cuando no coincidan otros acontecimientos familiares que puedan generar ansiedad en el niño (cambio de casa, la llegada de un hermano...). A veces el hábito del chupete puede hacer que lo sustituya por otro más negativo como es chuparse el dedo.

Es importante hablar con el niño para que acepte que el chupete debe desaparecer. Durante el día, alargar los ratos sin chupete, y después debéis alegraros cada noche que consiga dormir sin él. Cuando esté todo decidido y el niño reclame su chupete, no cedáis, mostráros firmes a pesar de su insistencia. Comprenderle y abrazarle. Lo mejor es deshacerse del chupete de verdad y no tenerlo en casa. Es importante el refuerzo positivo para motivarle, celebre el abandono de esta costumbre y dígale que ya se ha hecho mayor.

También existen algunas ideas creativas para abandonar el chupete:

- Explicar en forma de cuento, que existe un hada/duende/ratoncito que recoge por la noche los chupetes de los niños que han crecido y ya son mayores, para llevárselos a las casas de otros niños más pequeños que sí lo necesitan.
- El niño puede guardar el chupete en una cajita de madera con forma de cofre, y aprovechar el periodo de las Navidades para que los Reyes Magos o Papá Noel se lo lleven como ofrenda. A cambio el niño será compensado con algún regalo de niño mayor.

- Una vez habéis conseguido la disminución progresiva del uso del chupete, **tras la vuelta de un viaje**, contar al niño que lo hemos dejado olvidado y no lo tenemos en casa. Explicarle que no pasa nada, que conseguirá dormir sin chupete porque ya es mayor.
- Cuando sea el **cumpleaños** del niño, que él mismo lo tire a la basura para que sea consciente de que el chupete no está. A cambio, ese día regalarle un muñeco o peluche para que pueda dormir con él.
- Si el niño comienza a hablar pero no se le entiende porque tiene el chupete en la boca, decirle que sólo le entenderéis cuando se lo quite, que mientras tanto no podéis ayudarle con lo que quiere decir.
- Otras iniciativas llevadas a cabo en algunas ciudades europeas y españolas como Sevilla, Almería, Torremolinos, Badajoz, Logroño, Ávila o Salamanca son **“El Árbol de los Chupetes”** y **“El Pozo de los Chupetes”**. Se trata de que los niños consigan desprenderse de los chupetes colgándolos al árbol con un lazo o tirándolos al pozo. Todo un éxito en nuestro centro de salud.



Imagen 15: Nuestro pozo del chupete en el centro de salud

6.5 ¿Cómo retirar el pañal?

No hay una edad para conseguir el control de la caca y el pis y poder retirar el pañal. Cada niño tiene su ritmo. La mayoría logra el control diurno entre los 2 y 3 años. El control nocturno ocurre poco después.

Debe enseñar el hábito en un ambiente tranquilo y relajado (indicándole cómo y dónde hacerlo). Puede iniciar el adiestramiento cuando el niño haya adquirido las siguientes capacidades:

1. Permanece seco al menos 2-3 horas.
2. Se da cuenta de estar mojado o sucio.
3. Siente la necesidad de orinar o hacer caca (adopta gestos, posturas o incluso lo puede decir en su propio lenguaje: pipí, caca, etc....).
4. Entiende y sigue otras órdenes sencillas.

Nunca utilice castigos, amenazas, ni insista demasiado en el tema.

Se puede aprovechar el verano para enseñarle, porque hay más tiempo y si se moja es más fácil cambiarle ya que llevan menos ropa. Pero no debe ser rígido, si el niño se resiste o está inmaduro.

Es bueno que el niño vea como lo hacen los mayores o sus hermanos mayores. También se puede utilizar cuentos para incitar al niño.

CONTROL DE LA CACA

Generalmente se consigue antes el control de la caca que el del pis. Se le debe invitar y animar a ir al baño o a colocarse en el orinal (*¿quieres sentarte en el orinal a ver si sale tu caca?*).

En ocasiones se puede saber el horario aproximado en el que el niño hace caca cada día. Otras veces el niño da signos o gestos de que lo va a hacer (se pone rojo, se encoge). Si no es así el horario preferible es después de cada comida. Al principio debe verlo como un juego y no obligado. No debe permanecer sentado más de veinte minutos.

Premiar al principio cualquier intento (mediante contacto físico, elogios, besos). Después sólo cuando haya obtenido éxito. Si tardase, seguirle animando (“otra vez”, “el próximo día”) y elogiando los intentos. No forzarle, no enfadarse, no reñirle, no ridiculizarle delante de los demás (“eres un cagón” o “un meón”) si tiene fallos.

Al principio los niños necesitarán que se les recuerde ir al baño y que le quite la ropa. Si el niño quiere ir solo utilice ropa fácil de quitar (pantalones elásticos).

CONTROL DEL PIS DIURNO

Retire el pañal durante el día. Ponga al niño en el baño o en el orinal (hay niños que el retrete les da miedo porque piensan que se van a caer) y anímele a hacer pis. Al principio le puede poner cada 2 o 3 horas.

Cada vez que haga pis refuércelo de forma positiva con elogios o con algo que le guste (“qué bien lo hiciste” “estoy muy orgulloso/a de ti”).

Poco a poco el mismo lo irá pidiendo. Conviene reforzar al final del día, antes de irse a la cama.

CONTROL DE PIS NOCTURNO

Una vez conseguido el control por el día y después de varios días que se haya levantado seco, retirará el pañal definitivamente.

Es importante que haga pis siempre antes de irse a la cama. Si no aguanta toda la noche puede ser necesario reducir líquidos dos horas antes de acostarse y levantarlo a media noche

Una vez controlados esfínteres hay que enseñarle a usar bien el baño: a limpiarse con el papel higiénico después de hacer pis o caca, a tirar de la cadena o del pulsador del agua y a lavarse bien las manos después.

CUENTOS DE AUTOAYUDA



Imagen 16: Libro “¡Ya no llevo pañales!” Violeta Denou.
Editorial Timun Mas, 2004

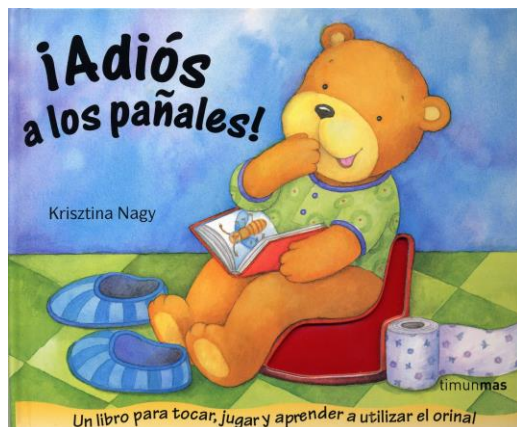


Imagen 17: Libro “¡Adiós a los pañales!” Krisztina Nagy.
Editorial Timun Mas, 2010

6.6 La llegada de un nuevo bebé

La llegada de un nuevo bebé a la familia es una etapa de la vida que las familias preparan y esperan con gran ilusión. Pero para el hermano mayor este hecho puede suponer inseguridad y ansiedad. Los adultos debemos saberlo y debemos ayudar a que el niño se sienta seguro y querido. No hay una forma correcta e incorrecta, ni un momento mejor o peor. **La mejor manera de ayudar a un niño a hacer frente a esta situación es hacerlo con mucho cariño.**

Antes de que nazca conviene infórmale de la llegada, adaptando las explicaciones a la edad del niño. Si es posible es bueno que vea en la ecografía a su hermanito y que piense en los nombres del bebé.

En el periodo cercano al nacimiento no es aconsejable hacer cambios de hábitos en el niño: sacarle de la cuna, quitarle el chupete o el pañal... Si lo tiene que hacer es mejor hacerlo antes o dejar pasar un tiempo después de que el hermano ya esté en casa.

Cuando el hermanito ya esté en casa es importante que el niño participe en su cuidado, dependiendo de la edad: vestirlo, bañarlo, llevarlo en el cochecito... Los familiares deben tratar de entender los sentimientos y a veces explosiones de enfado del hermano mayor. Conviene reservar algo de tiempo cada día para estar con el mayor a solas y dedicarle atención exclusiva. Pero sin permitir que se salte las normas.

CUENTO que ayuda a explicar a los niños este gran acontecimiento:



Imagen 18: Libro "Cuando nace un hermanito. Guía para los hermanos mayores".
Emily Menéndez Aponte. Editorial: SAN PABLO: 2006

6.7 Los celos entre hermanos

La rivalidad o competencia entre hermanos es un hecho normal. También nos pasa a los adultos con compañeros de trabajo o de estudio. Así que, ¿cómo no va a tener celos un niño de su hermano? Aunque lo más común es que el hermano mayor tenga celos del pequeño, en muchos casos puede ocurrir al revés.

Los padres no podéis hacer nada para evitarlo. Un poco de rivalidad no es malo, porque puede estimular al niño a mejorar. Aunque en exceso puede dificultar la vida familiar (riñas, peleas, discusiones).

Los niños celosos se comparan con sus hermanos y sufren por perder la atención y el amor de sus padres. Los padres tienen que ayudar a los hijos a afrontar sus celos y a mejorar su autoestima (su valoración personal) de varias formas:

- **Enseñando a compartir.** Es difícil, porque los niños suelen ser egocéntricos y desean que el mundo gire solo en torno a ellos. Para enseñar a compartir se puede comprar un solo juguete para los dos hermanos (y no uno a cada niño) y así les daríamos la posibilidad de aprender a compartir.
- **Evitando las comparaciones entre los hijos.** Los hijos no son iguales, ni tampoco tienen por qué serlo. Cada uno tendrá unas cualidades. Nuestros hijos necesitan saber que los queremos como son. Esto no está reñido con el cumplimiento de normas y límites.
- **Evitando una excesiva intervención en los conflictos o peleas que surjan entre ambos.** Es mejor que las solucionen ellos mismos porque si lo hace siempre habrá un vencedor y un vencido.
- En ocasiones **explicando las razones del trato diferente** que ha recibido el otro hermano.

- **Buscando momentos de intimidad** con el hijo celoso, pero no demasiado. Dedicarles mucho tiempo también reforzaría sus conductas. Y si tienes poco tiempo busca más la calidad que la cantidad.
- **Felicitando al niño por sus logros** y buenas acciones.

Ante todo en determinados momentos **no pierda la paciencia**. Los celos se suelen pasar y a medida que se van haciendo mayores es posible que se hagan grandes amigos.

6.8 ¿Qué es la encopresis?

Es la evacuación de heces en la ropa interior o en lugares inapropiados (distintos al baño) a partir de los 4 años. Puede ocurrir durante el día o la noche. Puede ser voluntaria o involuntaria. Puede ser de consistencia normal o líquida.

La causa más frecuente es el estreñimiento de larga duración. Las heces duras imposibles de evacuar hacen que los restos fecales más líquidos que van pasando por el intestino se liberen sin control.

Otras causas pueden ser:

- Aprendizaje inadecuado (inicio precoz, presión familiar para controlarlo o por el contrario despreocupación familiar).
- Problemas emocionales (empieza el colegio, nacimiento de un hermano, cualquier tipo de estrés, etc.).
- Trastorno de conducta (retraimiento, conducta antisocial, etc.).

Cualquiera que sea la causa, el niño puede tener vergüenza, culpabilidad y pérdida de autoestima. Esto le puede provocar problemas para integrarse en el colegio y otros trastornos psicológicos.

El tratamiento debe ser supervisado por un pediatra. Se basa en eliminar las heces retenidas y en educar el hábito de hacer deposición. Le puede aconsejar:

- Tomar laxantes o poner enemas para eliminar las heces retenidas.
- Tomar ablandadores de heces, hasta que defeque con normalidad.
- Consumir una dieta equilibrada y rica en fibra (frutas, verduras, productos de granos integrales) y que beba suficientes líquidos, para mantener las heces blandas y cómodas.

El pronóstico suele ser bueno y en la mayoría de los niños se pasa entre los seis meses y dos años. Aunque se puede recaer.

Si el tratamiento no da resultado o el niño tuviera otros problemas de conducta, lo más probable es que el pediatra le aconseje acudir al psicólogo para que valore otros tratamientos.

RECUERDE:

- No hay que intentar que los niños controlen la caca a edades muy tempranas (menores de dos años).
- No castigar ni amenazar si el niño no controla la caca.
- Acostumbrar al niño a que tome una dieta equilibrada con frutas, verduras y agua en abundancia.
- Favorecer la educación intestinal, recomendando que se siente diariamente durante 10 minutos en el inodoro tras la comida del medio día o a la hora que sea. Intente convertirlo en un hábito.
- Promover el ejercicio todos los días.

6.9 Masturbaciones infantiles

Unos padres agobiados vienen a la consulta porque creen que su hija de 5 años se masturba. Lo han observado en casa y la profesora también se lo ha comentado. La niña realiza movimientos rítmicos de su cuerpo, frotando sus muslos hasta su estimulación sexual. Los padres se preguntan si este tipo de comportamiento es normal.

Se trata de una conducta normal, tanto en niños como niñas en la edad preescolar, que se suele retomar en la pubertad. Se inicia habitualmente como una forma de autoexploración de su cuerpo, o de forma casual debido a prurito genital, asociado a una dermatitis del pañal, infección de orina o lombrices. Lo que pasa es que la primera vez genera sensaciones agradables y se tiende a volver a experimentar.

En general no ocasiona problemas físicos ni sexuales en el futuro y no repercute en el desarrollo del niño. Tienden a dejar de hacerlo espontáneamente. Pero no dude en consultar si a pesar de esta información hay algo que le preocupa.

Algunos consejos:

- No debe reñir al niño, ni castigarlo.
- Cuando lo haga con mucha frecuencia procure distraer su atención con otras actividades: juegos, juguetes, ejercicio físico, etc.
- Si lo hace en público, dígame que este tipo de actividad sólo se puede hacer en privado, igual que le dice que no se meta el dedo en la nariz delante de los demás.

6.10 La vuelta al cole

Tras el largo verano llega la vuelta al cole. Los niños han gozado sin horarios ni quehaceres escolares, disfrutando al aire libre. Pero es el momento de comprar libros, renovar ropa o uniforme, reponer material escolar, etc. Hay que establecer de nuevo el horario.

Es normal que su hijo se sienta nervioso o incluso que no quiera volver. **Los niños también pueden sufrir el síndrome postvacacional:** tristeza, apatía, falta de concentración, malhumor, irritabilidad e incluso síntomas como dolor de cabeza, de estómago, etc.

Algunos consejos:

- Hable con su hijo sobre lo que le preocupa y trasmítale seguridad.
- Sea positivo, de importancia a las cosas buenas que tiene el volver al colegio: ver amigos, nuevos libros, deportes, etc.
- Intente acompañarle el primer día, si es posible.
- Vaya adaptando el horario unos días antes del inicio escolar (adelantando poco a poco la hora de irse a la cama, para conseguir que no note tanto el madrugar).
- Organice todo lo que va a necesitar: mochila, libros, ropa (mejor que el niño participe también). No lo deje todo para última hora.
- Anímele a buscar una actividad deportiva que le guste.
- Evite manifestaciones de disgusto o desagrado por el inicio laboral delante del niño (evitará imitaciones).
- Empiece el ritmo de estudio poco a poco. Ayúdale a estructurar el horario compaginando periodos de trabajo y de relax.
- Dedique algo de tiempo a ver cómo va con los deberes. Ayúdele a organizarse.
- Muestre interés por sus temas, en un ambiente tranquilo y relajado, pero no le bombardee a preguntas.

6.11 Planes para Navidad

Durante las vacaciones escolares, los niños disponen de mucho tiempo libre. La Navidad es un momento especial para las familias: reuniones familiares, intercambios de regalos, adornos navideños, comilonas, etc.

Vivimos en una sociedad de consumo y muchas veces nos olvidamos del verdadero significado de la Navidad. **No dude que el mejor regalo y recuerdo para ellos son los momentos que pasan con vosotros.**

Adornar la casa con la ayuda de vuestros hijos: poner el árbol o el Belén, colocar espumillones o manualidades hechas por vosotros. Existen multitud de ideas en Internet.

Dejarles colaborar en la preparación del menú de las fiestas: pueden hacer algún canapé/receta sencilla, ayudar a decorar la mesa, les encantará tener parte de protagonismo.

Organizar reuniones con sus amigos, juegos tradicionales adaptados a la Navidad, karaokes para celebrar la navidad, etc.

En todas las ciudades se organizan múltiples actividades navideñas para los más pequeños: la cabalgata de Reyes, exposiciones de Belenes, conciertos, obras de teatro, musicales, cine infantil, cuentacuentos, etc. Aprovechar las vacaciones para realizar este tipo de actividades.

Proponerles cantar algún villancico, preparar una pequeña actuación o simplemente disfrazarse con sus hermanos, primos, etc. en las reuniones familiares. ¡Seguro que animan la fiesta!

Hacer alguna escapada en familia: a la nieve, al pueblo o a una casa rural.

Fomentar actividades deportivas. Aprovechar las pistas de hielo que se instalan en muchas ciudades para ir a patinar sobre hielo.

En general, cualquier actividad que realicéis juntos en casa: leer, dibujar, jugar, escuchar canciones, ver alguna película, puede ser divertido y gratificante.

6.12 La importancia del juego

El juego es imprescindible en la vida de los niños, ya que fomenta el desarrollo y les proporciona momentos de diversión. Les permite disfrutar, aprender, explorar, imaginar, investigar, probar, conocer y descubrir el mundo. Además mejora la expresión de emociones, de sentimientos y el afrontamiento de situaciones cotidianas.

Mediante el juego los niños se mantienen más activos físicamente. Fomenta el movimiento y coordinación progresiva de las diferentes partes del cuerpo. Cuando el niño pasa el día activo, es más probable que dedique la noche a descansar, de modo que dormirá mejor.

Los niños que juegan desarrollan más su inteligencia. Los sentidos se desarrollan al manejar diversas formas, texturas, colores y olores. Conocen mejor su cuerpo y las capacidades del mismo. Si se trata de juegos en grupo se favorecen las relaciones sociales y se adquieren hábitos de trabajo en equipo.

El tipo de juego va cambiando con la edad y con las capacidades del niño. No hace falta comprar juguetes caros ni los que estén de moda. Los adultos sólo tenemos que observar lo que le gusta y darle la oportunidad de que lo practique en condiciones seguras. Por ejemplo:

- **De 0 a 2 años:** el juego manipulativo. Se recomiendan juegos que favorezcan el movimiento de las extremidades, como agitar un sonajero y presionar botones para producir sonidos. A partir del año, el juego se va haciendo más complejo. Aprenden a distinguir formas, colores, texturas, todo un mundo de experiencias.
- **De 2 a 6 años:** el juego simbólico y de construcción. Son aconsejables juegos que permitan el desarrollo del lenguaje. Aproveche para contarles cuentos, dibujarles. Si juegan varios niños es posible que aparezcan conflictos, casi siempre porque no quieren dejar sus cosas. No lo hacen por egoísmo, sino porque no tienen claro el concepto de propiedad.

Los adultos deben esperar a que los resuelvan ellos mismos, ya que se trata de pequeñas experiencias que les van a ayudar a madurar. Salvo que surja agresión o insultos. También son apropiados los juegos de construcción como los cubos o bloques. Predomina el juego de “hacer como si...” “os imita...” En esta etapa, la imaginación tiene un papel muy importante, ya que los niños son capaces de imaginar situaciones o de otorgar utilidades a objetos, como por ejemplo a un palo que puede ser una espada de piratas. Los niños hablan solos mientras juegan y están metidos en sus fantasías.

- **De 6 a 11 años:** el juego de reglas y de construcción. Los juegos de construcción fomentan la solución de problemas. El juego de reglas tiene un componente social muy importante. Algunos ejemplos serían los juegos de mesa o los juegos deportivos.
- **De 11 a 14 años:** deportes, lectura y las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC). A esta edad el deporte pasa a ser el juego. Un libro puede ser un excelente juguete. La oferta de juegos electrónicos es infinita, pero conviene hacer un buen uso de ellos, eligiendo los más adecuados y durante tiempo limitado.

Debe acudir al pediatra...

- Si no le interesa jugar.
- Si no disfruta cuando juega.
- Si no para de dar vueltas, de mecerse o de aletear su mano.

¡EL JUEGO ES LA FORMA MAS DIVERTIDA DE APRENDER!

Más aún si lo comparte con ellos. Evite que los niños abusen de la televisión, videojuegos y ordenadores.

6.13 Sugerencias e ideas para regalar a los niños

No siempre es fácil saber elegir el regalo o juguete más adecuado para un niño/a. Por eso es importante que tenga en cuenta estos consejos:

- **Busque juguetes de calidad.** Los juguetes deben ser homologados, evite comprar imitaciones. Cómprelo en tiendas o en páginas de internet seguras y guarde el ticket de compra, por si tiene que hacer alguna reclamación.
- **Tenga en cuenta la edad y la personalidad del niño.** A la hora de buscar un juguete es importante buscar aquel que permita al niño la expresión de todo su potencial. La mayoría de los juguetes tienen recomendaciones de edad en el envoltorio.
- **Que sean seguros,** sobre todo para los más pequeños. Los accidentes pueden ser muy graves (asfixias, caídas, intoxicaciones, quemaduras, heridas) y ponen en riesgo la seguridad de quien los utiliza.
- El sello CE en el juguete suele indicar que cumple la normativa europea de seguridad, rechace los que no lo lleven.
- El que ponga que no es apto para menores de 36 meses suele significar que el objeto tiene piezas pequeñas.
- **No regale demasiados juguetes.** No podemos comprar todos los que nos piden. No se recomiendan más de tres a la vez.
- **Procure un equilibrio entre los juegos tradicionales y tecnológicos.** Hay que aprovechar los beneficios de ambos.

- **Los libros son siempre una buena opción.** Desde que nacen pueden jugar con libros de colores brillantes, con figuras, con imágenes. Cuando se van haciendo mayores la lectura les permite imaginar, identificarse con personajes y viajar a sitios sin necesidad de moverse.
- **También valore los juegos para compartir en familia.** No desaproveche la ocasión de compartir momentos de juego con su hijo.
- Puede buscar más información en el documento sobre: **“Juguete seguro y consumo responsable”** del Observatorio de la Infancia.

6.14 Las tecnologías de la información y comunicación: riesgos

Los niños y niñas de hoy en día cada vez tienen más acceso a las tecnologías de la información y comunicación. La gran variedad de aplicaciones y programas para niños y jóvenes ha hecho que *smartphones* y *tablets* sean cada vez más utilizados por ellos.

La verdad no es que el niño haya cambiado, es que la sociedad promueve su uso. Hasta los niños de tres años son capaces de manejar adecuadamente estos dispositivos, ya que no requieren que sepa ni leer ni escribir. Los padres trabajan fuera de casa, y con menos tiempo, complementan la educación y el entretenimiento de sus hijos con las pantallas, móviles e internet. Además muchas empresas tienen interés comercial en este tipo de productos, destinados a la población infantil y juvenil.

Pero nos surge la duda ¿pueden ser peligrosos para el desarrollo y aprendizaje del niño y del joven? ¿Pueden los niños y adolescentes utilizar estos dispositivos? La polémica está servida.

Entre los motivos para no permitir su uso se encuentran:

- Sobreestimula y puede originar problemas en el desarrollo como déficit de atención, depresión, ansiedad, trastornos del comportamiento, etc.
- Dificulta la imaginación y creatividad.
- Promueve la falta de actividad física y por tanto el sobrepeso y obesidad.
- Ocasiona pérdida de horas de sueño e incluso trastornos del sueño.
- Incita a comportamientos agresivos por los contenidos violentos.
- Genera dependencia o adicción.
- Impide la socialización.
- Supone exposición a radiaciones. En este tema no hay acuerdo (hasta la fecha no se ha confirmado).

- Expone a situaciones peligrosas. Por su edad, inexperiencia o inmadurez, los niños o adolescentes pueden experimentar alguna situación peligrosa. Esto va unido en muchas ocasiones a la llamada “brecha digital” entre hijos y padres, que impide a estos una adecuada instrucción a sus hijos hacia un uso seguro de Internet.

Los riesgos más frecuentes con los que se encuentra el niño son:

- **Uso abusivo o adicción:** excesivo tiempo de conexión que puede implicar dependencia o renuncia a la realización de otras actividades.
- **Uso ilícito** o descarga de imágenes, programas, contenido o software.
- **Acceso a contenidos inapropiados:** sexual, xenófobo, terrorismo, anorexia y bulimia o contenido falso.
- **Interacción con otras personas y/o ciberbullying:** *ciberbullying* se define como acoso entre iguales en el entorno TIC, e incluye actuaciones de chantaje, vejaciones e insultos de niños a otros niños.
- **Grooming y/o acoso sexual:** es un “acoso ejercido por un adulto” y se refiere a las acciones realizadas deliberadamente con el fin de establecer una relación y un control emocional sobre un niño o niña con el fin de preparar el terreno para el abuso sexual del menor.
- **Amenazas a la privacidad:** robo, publicación y difusión de datos e imágenes personales.
- **Riesgo económico y/o fraude:** conductas que tienen por objeto provocar un perjuicio económico al menor que se derivan de compras, subastas, apuestas, juegos de azar, etc.

- **Riesgos técnicos y/o malware:** virus, troyanos y otras manifestaciones de malware que pueden suponer un funcionamiento inadecuado del equipo, pérdida de información, etc. y/o un riesgo para la seguridad de quien lo usa.

Pero no nos podemos olvidar de los aspectos positivos que puede tener su uso. Determinadas aplicaciones formativas son herramientas de apoyo para el aprendizaje y desarrollo de destrezas. Ayudan a desarrollar zonas específicas del cerebro.

Lo más recomendable es sin duda el uso equilibrado de las nuevas tecnologías en el ámbito educativo y familiar. Los padres deben controlar el tiempo de uso, promover los contenidos formativos y asegurarse de que niños y adolescentes dedican suficiente tiempo a leer, descansar, realizar sus tareas escolares, dormir e interactuar con adultos y amigos.

6.15 El acoso escolar: *bullying* y *ciberbullying*

El *bullying* (acoso escolar) y *ciberbullying* (acoso a través de las nuevas tecnologías) se están convirtiendo en un gran problema social. Son numerosos los casos que se publican en los medios de comunicación, algunos con consecuencias nefastas: *“Niña de 16 años se suicida tras sufrir buylling”* *“Caso de suicidio de joven en Holanda que se atribuye al acoso por Internet”* Según los últimos estudios al menos uno de cada cuatro jóvenes reconoce haber sufrido acoso.

Aunque a veces no se llega a estas situaciones tan graves como el suicidio, es verdad que puede acarrear consecuencias importantes al que lo sufre, sobre **todo problemas psicológicos** que pueden persistir hasta la edad adulta como disminución del rendimiento escolar, aislamiento social, ansiedad, depresión, agresividad, conductas de riesgo o trastorno de la conducta alimentaria. Incluso propicia que el acosado que ha aprendido el papel se convierta en **acosador de otros compañeros**.

Especialmente peligroso es el ciberacoso o *ciberbullying* a través de las redes sociales (*WhatsApp, Facebook, Twitter, Snapchat, Instagram*, etc.), porque es más difícil de controlar y más fácil de propagar.

Muchos padres y profesores se enteran del problema cuando el niño lleva mucho tiempo sufriendolos. Es preciso prestar atención a los siguientes signos:

- Cambios de comportamiento del niño o joven (agresividad, aislamiento, apatía)
- Le cuesta dormir, pesadillas, terrores nocturnos.
- Lloro sin motivo aparente.
- Disminuye la autoestima.
- Disminuye el rendimiento escolar, dificultad de concentración.
- Fobias o temores (no quiere ir al colegio, salir de casa).
- Lesiones sospechosas: moratones, arañazos, quemaduras, autolesiones.

En caso de sospecha o certeza de *bullying*, he aquí algunos consejos:

- Dialogue con el niño para averiguar más sobre lo que está pasando.
- Póngalo en conocimiento de los profesores para atajar el problema cuanto antes. El buscar aliados en el ámbito escolar (profesores, compañeros) permitirá plantar cara al agresor y disminuir su popularidad.
- Puede denunciar o informar de la situación a través de la página web del Grupo de Delitos Telemáticos de la Guardia Civil:

<https://www.gdt.guardiacivil.es/webgdt/pinformar.php>

- Si la situación es grave, busque ayuda de un profesional (pediatra, psicólogo, psiquiatra).
- Si es muy grave, llame al 091 (Policía Nacional).

¡El niño tiene derecho a vivir y disfrutar libre de acoso!

Más información en: [Guía clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Hospital Universitario La Paz, Sociedad Española de Medicina del Adolescente, Red.es. Madrid. 2015.](#)

6.16 Los niños ante la separación de los padres

Hoy en día, son muchos los niños afectados por la separación de sus padres. Es uno de los acontecimientos más estresantes y penosos para los niños.

La respuesta del niño dependerá de su edad, estado emocional previo, personalidad y del grado de entendimiento de los padres durante el proceso.

Los menores de 3 años, no se suelen enterar demasiado si han sido atendidos con cariño y no han vivido escenas de violencia. Mostrarán más apego al padre que lo cuida de forma habitual.

De los 3 a los 5 años, los niños se muestran asustados, tristes y aturdidos. El sentimiento principal es el miedo a perder a los seres queridos (algunos no quieren salir de casa y otros acuden a dormir con el padre que les cuida). Suelen aparecer manifestaciones en el cuerpo: molestias abdominales, vómitos, dolores de cabeza... Vuelven a surgir comportamientos anteriores de más pequeños: chuparse el dedo, mojar la cama...

De los 6 a los 8 años, es la edad de la razón. Suelen aparecer depresiones con fases más agresivas, repercusiones en el rendimiento escolar y regresiones a edades anteriores. Pueden sentirse la causa de la separación, con sentimiento de culpabilidad. Aunque a veces culpabilizan de la situación a uno de los padres. Mantienen la esperanza de que los padres vuelvan a unirse.

De los 9 a los 12 años, ven con más claridad los hechos. Intentan dominar la situación desarrollando hipermadurez y autonomía para manejarse en la vida (parecen más independientes y seguros). También aparecen sentimientos de enfado contra los padres y en ocasiones de alianza de un padre contra otro.

De los 13 a los 18 años, aparece un profundo sentimiento de pérdida, de enfado, de hipermaduración y responsabilidad. Se hacen más proclives al inicio precoz de relaciones sexuales, el consumo de drogas y comportamientos agresivos y antisociales.

Consejos:

- **Hable con sus hijos sobre la decisión de separarse**, intentando que ambos estén presentes. Deje claro que lo que ha ocurrido no es en absoluto culpa de él, sino un problema entre ustedes. Podrían decirle algo así: "Papá y mamá van a vivir separados para que no se peleen tanto, pero los dos te queremos mucho".
- **Responda a sus preguntas de forma sincera**. Querrá saber que va a pasar con su vida a partir de ese momento: ¿Con quién va a vivir? ¿Va a ir al mismo colegio? ¿Va a mantener sus amigos?
- **Ayúdele a afrontar la situación**. Anímele a expresar sus sentimientos, permita que llame a su padre/madre cuando le eche de menos. Permita que se adapte de forma progresiva a la nueva vida.
- **No utilice a su hijo como desahogo emocional**. No será necesario que le cuente con detalle los motivos de su separación. Si se encuentra mal busque el apoyo de un psicólogo, terapeuta, asociaciones de personas en la misma situación o amigos (no en el hijo).
- **Intente ser objetivo y no poner al niño de su parte**. Los puntos más conflictivos de los padres tras la separación suelen ser los hijos, el dinero y las nuevas relaciones. Hay que intentar solucionar estas cuestiones, sin involucrar a los hijos.
- **Mantenga la mayor normalidad posible**, manteniendo las rutinas y la disciplina habitual, al menos en su casa. Aunque convendría acordarlas y mantenerlas tanto en una casa como en otra, siempre según a la edad y las circunstancias.
- **Dedique tiempo a su hijo**. Si dispone o no dispone de mucho, no lo llene de actividades, dedique tiempo a dialogar con él. Tampoco consienta todos sus caprichos sólo para buscar su agrado.

- **Intente relacionarse con su ex de forma lo más civilizada posible, sobre** todo cuando estén delante de su hijo. Trátelo con respeto. No lo recrimine ni lo insulte delante de nadie si su hijo lo puede oír.
- **Respete los horarios de visita.** Recuerde que es importante que ambos padres participen en el cuidado y la educación del niño. Y mejor si lo hacen en la misma dirección. Es importante que escuchen: “si tu madre te ha castigado es porque no has sido responsable” o “tu padre y yo estamos de acuerdo en esta situación”.
- **De tiempo para que el niño se adapte a terceras personas.** No le exponga a personas con las que crea que va a mantener relaciones esporádicas.

Recuerde que es importante que los hijos asuman la situación de la forma más natural y no se vean envueltos en una lucha entre padres. Cuanto mejor sea la relación entre los padres, mejor será el proceso de adaptación y el desarrollo emocional del niño en el futuro.

6.17 ¿Cómo hablar a un niño sobre la muerte?

La muerte es un hecho natural en la vida de las personas. Pero explicárselo a un niño puede no ser fácil.

De la misma forma que el niño pregunta de dónde venimos, también pregunta a dónde vamos. **Es un error cultural ocultar la verdad o dar explicaciones erróneas sobre la muerte a los niños. Siempre debemos decirles la verdad.** Si no se hace así el niño, que es muy imaginativo, puede construir sus propias teorías que pueden ser incluso más terroríficas y angustiosas que la propia realidad.

El mensaje debe ser adaptado a la edad del niño (no demasiado metafísico o complejo en niños pequeños) y debe aprovechar el momento oportuno, en el que el niño pregunta o se conoce un caso.

Tampoco debemos apartar al niño de la muerte cuando está toca de cerca. Es mejor vivir y compartir las emociones y sentimientos que surjan. Pueden acudir a ceremonias funerarias si así lo desean. El niño debe entender que la persona que ha muerto no va a volver, pero que le vamos a tener en la memoria. En el caso de una familia cristiana puede ser útil decirles que la persona que ha muerto está en el cielo o con Dios. Cuando el niño es muy pequeño lo mejor es mantener los hábitos y rutinas lo antes posible, para evitar más desconciertos.

También es importante que los niños sepan la causa física de la muerte, ya que a veces se culpabilizan ellos mismos. Que entiendan que la muerte de un ser querido ha sido a consecuencia de una grave enfermedad o por un accidente, y no por su mal comportamiento, es muy tranquilizador para ellos.

Los niños sienten sus emociones de distintas maneras: llorando, preguntando, aislándose, cambiando de conducta o somatizando (dolores de tripa, de cabeza, vómitos, mareos, etc.).

Es fundamental hablar con ellos y que nos cuenten que sienten y que quieren saber. Para ello es necesario que la familia esté bien o busque ayuda. Necesitan escuchar que aunque la muerte duela, se puede seguir adelante. Se debe intentar restablecer la vida cotidiana del menor lo antes posible.

Si tiene miedo a la muerte de sus papas habrá que decirle que posiblemente estén mucho tiempo con él, hasta que él sea mayor. Aunque sepamos que esto puede no ser así, esta respuesta será más asumible emocionalmente. Y si el mismo tiene miedo de morir decirle que las personas no mueren hasta que no están muy, muy, muy malitos.

En definitiva, los niños necesitan participar en el proceso de la muerte, aunque resulte doloroso, pero acompañados y apoyados por los adultos.

6.18 La lectura en voz alta

Uno de los medios más sencillos y eficaces para mejorar el aprendizaje del niño es el contacto precoz de este con los libros. La lectura en voz alta antes de que el niño sea capaz de leer por sí mismo, tiene una serie de ventajas:

- Fortalece los vínculos afectivos entre adultos y niños. Permite compartir reflexiones, recuerdos, proyectos...
- Ayuda a los niños a expresarse y a desarrollar el lenguaje. En el caso del lenguaje poético esto será más sutil y evocador que el lenguaje ordinario.
- Asienta los cimientos para una futura lectura por placer, sobre todo si asocian los libros con momentos de alegría, entusiasmo, sorpresa, regalo...
- Promueve la comprensión del mundo y les da capacidad de aprender estrategias y comportamientos para la vida.

Lamentablemente según un estudio reciente, sólo el 48% de las madres españolas confiesa leer con sus hijos con regularidad. En el caso de los padres, la cifra es aún más penosa, ya que sólo el 33,3% lo hacen frecuentemente.

Esta carencia lectora influye en todos los aprendizajes del niño, quedando demostrado que se asocia a fracaso escolar y déficit lectores, que se agrandan a lo largo de la escolaridad. Además supone la pérdida de oportunidades para generar bonitas emociones humanas.

Es preciso que las familias se comprometan en esta actividad tan barata y eficaz. El buen lector no nace se hace. Para transmitir y enseñar el gusto por la lectura debe reflejarse en nosotros mismos, leyendo con entonación, con inflexiones de la voz, con silencios y pausas, que promuevan en el niño el placer por la lectura.

En los siguientes enlaces encontrarán algunos libros que pueden ser útiles:

www.familiaysalud.es

www.cuentosinfantilescortos.net

www.cuentosinteractivos.org

También en [el Portal de Educación de la Junta de Castilla y León](#), pueden acceder a un bonito taller interactivo de lectura, donde podrán elegir entre distintos libros de la estantería virtual.

¡Disfrútenlo con sus hijos!

Capítulo 7

• PROBLEMAS DE SALUD •



7.1. Problemas de salud: alergias y asma

7.1.1 Las reacciones alérgicas graves o anafilaxia

Las reacciones alérgicas **leves** en niños son bastante frecuentes (ronchones o habones en la piel, rinoconjuntivitis, vómitos o asma leve). Pero las **graves** por suerte son mucho menos frecuentes. Este tipo de reacción alérgica grave se llama anafilaxia y puede poner en peligro la vida del niño.

La alergia a alimentos es la causa más frecuente de anafilaxia en niños, seguida de medicamentos y en tercer lugar picadura de insectos. De los alimentos el primero es el huevo, seguido de leche y frutos secos. La leche y el huevo son las primeras en aparecer, afectan a niños a los 0 a 2 años de vida. En edades posteriores estos alimentos descienden, aumentando el número de cuadros de anafilaxias desencadenadas por frutos secos, legumbres y frutas.

Los fármacos más frecuentemente implicados son los antibióticos especialmente los betalactámicos (penicilina, amoxicilina, etc.). En el medio hospitalario el látex es una causa importante.

La anafilaxia se reconoce por síntomas en la piel, respiratorios y circulatorios. La mayoría ocurre de forma brusca. En minutos o pocas horas vemos que aparecen habones, rojez o picor en la piel o labios o párpados se inflaman. Se acompaña de problemas respiratorios (dificultad para respirar, ruidos en el pecho, pitidos, color azulado, etc.) y mareo o desmayo (por la caída de la tensión arterial). Aunque hay un 20% de personas que no tienen los síntomas cutáneos iniciales y son más difíciles de identificar

Es necesario que todas las personas y no solo los profesionales sanitarios conozcan cómo actuar lo antes posible. Estos son los pasos a seguir:

- Coloque al niño en el suelo y de forma **rápida debe administrar adrenalina, también llamada epinefrina**. Incluso aunque la clínica no se haya desarrollado del todo en niños con episodios previos.
- Luego llame al teléfono de emergencias 112. Si hay gente alrededor pida ayuda. Después del episodio puede haber recaída. Por tanto el niño deberá estar bajo vigilancia médica durante varias horas (derivación hospitalaria).
- Se puede administrar otra adrenalina a los 5-10 minutos si persisten los síntomas.

La adrenalina sólo se puede usar en inyección, no puede ser tomada por boca. Pero Los dispositivos farmacológicos son muy fáciles de usar. Son autoinyectores. Llevan dosis fijas para niños de 10 a 25 kg el de 0,15 mg y de más de 25 kg el de 0,30 mg (en los más pequeños habría que ajustar la dosis 0.01mg de adrenalina 1/1000 por kg de peso IM):

1. Sujete fuerte el inyector con la mano dominante como si tratara de un puñal.
2. Con la otra mano quite el tapón de seguridad.
3. Aplicar el autoinyector con el extremo contrario al del tapón sobre la parte externa del muslo del niño. No es necesario entretenerse quitando la ropa. Mantener esa posición 10 segundos.
4. Retirar y masajear la zona otros 10 segundos.

En algunos casos puede ser necesario añadir otros fármacos como broncodilatadores, suero, oxígeno, antihistamínicos, corticoides, etc.

RECUERDE:

- Los padres deben conocer exactamente cuál es el alérgeno responsable de la alergia de su hijo y dónde puede estar enmascarado.
- Los profesores y los cuidadores del niño también deben saber que el niño es alérgico y qué deben hacer (información a ser posible escrita y medicación).
- La Asociación Española de Pediatría recomienda al menos dos autoinyectores de insulina en cada centro escolar.
- La adrenalina salva vidas. Vigile la caducidad del autoinyector.
- La adrenalina tiene una acción rápida pero una vida media corta. Tras su administración es necesario trasladar al niño al hospital para vigilar.



*Imagen 19: Modo de uso del autoinyector de adrenalina.
Fuente: Wikimedia Commons*

7.1.2 Polinosis o alergia al polen

Una de las causas más frecuente de alergia es la polinosis o alergia a gramíneas. Las gramíneas son plantas que crecen en los bordes de las carreteras, campos de cultivo, descampados, praderas, etc. Son lo que conocemos como malas hierbas. Otros pólenes menos frecuentes son los de las malezas y los de los árboles (olivo, plátano de sombra, ciprés, etc.).

Las concentraciones atmosféricas de gramíneas varían según el lugar, y en el mismo lugar cambia de año en año en función de la climatología (principalmente de la pluviosidad). Así en la zona central de España (como Valladolid) tenemos unos niveles de pólenes muy altos en primavera porque la floración se da en un periodo muy corto. Sin embargo, en la zona norte más húmeda, con una floración más repartida, y la mediterránea, mucho más seca y menor floración, las concentraciones suelen ser más bajas.



Imagen 20: Polen

El polen en las personas alérgicas genera una serie de reacciones inmunológicas que pueden afectar diferentes órganos. Cuando afecta a la nariz, produce estornudos, picor, congestión, secreción y obstrucción nasal. Cuando afecta a los ojos conjuntivitis. Y cuando afecta a ambos [rinoconjuntivitis](#). Si la inflamación afecta a los pulmones se produce tos, dificultad para respirar, sensación de opresión torácica y pitidos y se trata de [asma](#).

Es bueno saber cuándo empiezan y terminan los pólenes a los que tiene alergia, en el lugar en donde vive. Así sabrá cuando iniciar y finalizar algunas medidas de evitación y medicamentos para disminuir los síntomas asociados. Los recuentos diarios de pólenes se suelen dar en los medios de comunicación, pero también hay páginas web y apps que lo indican de forma actualizada. Cuando existan más de 50 granos de polen conviene tomar precauciones.

7.1.3 Rinoconjuntivitis

En la primavera, ¿le pican los ojos, estornuda y le cae moco por la nariz? Probablemente tenga una rinoconjuntivitis alérgica (RA).

Es una inflamación de la mucosa nasal y conjuntival. Afecta al 8,5% de los niños de 6-7 años y se eleva al 16,3% entre los de 13 -14 años. Son diversos los factores a los que se atribuye que las alergias en los niños estén aumentando: contaminación, cambio climático, exceso de higiene, etc.

Aunque no es una enfermedad grave tiene gran impacto sobre la calidad de vida de los niños, produciendo cansancio, dolores de cabeza, alteraciones del sueño y afectando el rendimiento escolar. Es preciso un adecuado tratamiento para aliviar sus molestos síntomas.

El diagnóstico se basa en la clínica y se confirma con el estudio alergológico (pero no siempre es necesario, si la clínica es clara).

Los desencadenantes más frecuentes son el polvo, los pólenes, así como los mohos y es conveniente saber cómo evitarlos, en la medida de lo posible. En el caso del polen los síntomas se producen sobre todo en primavera coincidiendo con la mayor concentración de pólenes. En el caso del polvo los síntomas ocurren durante todo el año. Los mohos predominan en otoño.

El tratamiento está basado en tres pilares: evitación del polen en la medida de lo posible, medicamentos y vacunas.

Medidas de evitación en alérgicos al polen:

- En casa mantenga cerradas las ventanas y las puertas los días de máximo recuento polínico, sobre todo por la mañana y por la noche.
- Disminuya las actividades al aire libre. El polen se emite sobre todo los días soleados y ventosos. Los días de lluvia sin embargo hacen un efecto de barrido

- Viaje con las ventanillas del coche cerradas, siendo recomendable el aire acondicionado y los filtros antipartículas.
- Cámbiele de ropa cuando llegue a casa después de estar al aire libre.
- No cuelgue sábanas ni ropa a secar al aire libre. El polen puede acumularse en ellas.
- Infórmese del recuento polínico de su localidad.

Medidas de evitación en alérgicos al polvo:

- No deje que se acumule el polvo en casa.
- Utilice fundas antiácaros y lave la ropa de la cama a 55-60°.
- Retire objetos que tienden a acumular polvo (peluches, alfombras, libros, etc.).

Medidas de evitación en alérgicos a mohos:

- Evite lugares húmedos, como los sótanos.
- Mantenga limpios y secos el cuarto de baño y otros lugares donde se suele formar moho.

Además el médico para aliviarle los síntomas puede recetarle medicamentos antialérgicos, en comprimidos o en jarabes (generalmente antihistamínicos), y a veces gotas para los ojos o un spray nasal para descongestionar. Déselos de forma regular y a la dosis recomendada.

En los casos más graves, cuando el tratamiento con fármacos no es eficaz se suele recomendar inmunoterapia, conocida popularmente como vacuna para la alergia. Debe ser indicada por un especialista en alergología. Se administra durante un largo periodo de tiempo (de tres a cinco años) y siempre bajo control sanitario.

7.1.4 Asma

Las personas que padecen asma tienen una propensión a que se cierren e inflamen las vías respiratorias, dificultando el paso de aire a través de ellas y haciéndoles difícil respirar.

Los síntomas varían de una persona a otra y de una crisis a otra. Pero suele aparecer tos, pitidos, fatiga, sensación de ahogo y dolor en el pecho. Muchos niños que tienen asma asocian también rinoconjuntivitis (estornudos, goteo nasal, picor nasal y ocular, ojos rojos).

Los desencadenantes más frecuentes son el polvo, los pólenes, los mohos y los epitelios de animales. Pero también los virus, el ejercicio físico, el humo del tabaco y la contaminación influyen.

Conocer las causas del asma es importante para evitar en lo posible los desencadenantes. Por ello con frecuencia se realizarán pruebas de alergia. El pediatra le aconsejará el momento adecuado para realizarlas.

Es fundamental un buen control de la enfermedad mediante un tratamiento precoz de la crisis en cuanto aparezcan los síntomas, y un tratamiento de mantenimiento para evitar su aparición. Con ello se conseguirá llevar una vida normal, haciendo las actividades y ejercicio físico que más le gusten.

Hay dos tipos de medicamentos:

- Los broncodilatadores que abren los bronquios. Se usan cuando aparecen los síntomas.
- Los antiinflamatorios que disminuyen la inflamación bronquial. Se usan para controlar el asma y evitar crisis de repetición.

La vía inhalatoria es la que más se usa para poner este tipo de medicación, en el asma y en otras infecciones respiratorias. Permite al fármaco actuar directamente y con rapidez.

7.1.5 Inhaladores en cámara espaciadora

Muchos son los niños que presentan asma y que tienen que recurrir al uso de inhaladores de forma periódica, sobre todo en invierno y en los cambios de estaciones. Es importante conocer qué dispositivos de inhalación existen y cómo se usan, para llevar un control adecuado de la enfermedad.

Hay tres sistemas de inhalación:

- **Inhaladores con Dosis Medida (IDM)**

También llamados de cartucho presurizado. **EN LA EDAD PEDIÁTRICA es el que más se usa. Se suelen aplicar CON CÁMARAS ESPACIADORAS, con o sin mascarilla,** dependiendo de la edad del niño. En niños casi nunca el inhalador se pone directamente en la boca. Gracias a la cámara, no es necesario coordinar el disparo del inhalador con la inspiración. Aunque sí hay que inhalar después de pulsarlo.



Imagen 21: Inhaladores con dosis medida

- **Inhaladores de polvo seco**

Se pueden usar si el niño maneja la técnica. Requiere educación. Se consideran efectivos en mayores de cinco años.



Imagen 22: Inhaladores de polvo seco

- **Nebulizadores**

Aerosol de partículas líquidas en un gas.



Imagen 23: Nebulizadores

A continuación veremos la técnica con **INHALADORES CON DOSIS MEDIDA CON CÁMARA ESPACIADORA**. Se pueden dar tres situaciones, orientativas según la edad:

- En niños menores de 4 años: Usar **CÁMARA + MASCARILLA**. Una mascarilla une la cámara con el niño y se acopla perfectamente a su nariz y boca.
- Entre los 4 y 6 años: **CÁMARA CON / SIN MASCARILLA**. Debe valorarse la colaboración del niño. La mayoría son capaces de inhalar a través de la boquilla de la cámara. Mejora la disponibilidad del fármaco ya que elimina el espacio muerto de la mascarilla.
- En niños mayores de 6 años: **CÁMARA SIN MASCARILLA**. Conecta directamente la boquilla de la cámara con la boca del niño.

Técnica y cuidados:

1. Agitar el cartucho antes de usar. La dosis liberada puede cambiar si no se agita correctamente el dispositivo. Acoplar el cartucho en forma vertical a la cámara.
2. Saturar la cámara antes del primer uso, tras el lavado, o si lleva tiempo sin usarse. Es decir, debe dispararse varias veces el cartucho antes de utilizarlo para

impregnar las paredes de la cámara y así, al realizar el disparo real, el fármaco no se adhiere a la cámara y penetra en la vía respiratoria del niño

3. Colocar al niño sentado o semisentado.
4. Comprobar el correcto sellado de la mascarilla alrededor de la boca y nariz. En caso de usar la cámara sin mascarilla, acoplar la boquilla de la cámara a la boca del niño.
5. Pulsar el inhalador con la cámara horizontal, SÓLO UNA VEZ (“un puff”).
6. Mantener la posición de la cámara mientras el niño respira 5 veces (observar el movimiento de la válvula) o esperar diez segundos. Tras el disparo de la dosis, no puede separarse la máscara de la superficie de la cara. Si es directamente en la boquilla, no separar los labios.
7. Si requiere más dosis (“puff”), agitar de nuevo y repetir el procedimiento 30 segundos o 1 minuto más tarde.
8. Si el niño está llorando o agitado el depósito pulmonar es 2/3 inferior que si realiza la inhalación estando tranquilo. Pero esto es más difícil de controlar.
9. Realizar enjuague bucal (o limpieza de la mucosa oral con una gasita) para evitar absorción sistémica. Importante también el enjuague tras el uso de corticoides, para evitar la aparición de hongos en la mucosa bucal.
10. Limpieza al menos una vez al mes de la cámara: Desmontar y lavar con agua tibia y jabón. Secar al aire, sin frotar.
11. Comprobar que el dispositivo está en buen estado. Las cámaras de plástico deben cambiarse al menos cada 12 meses.
12. Para conocer la dosis restante del cartucho existe el siguiente método: Si en un vaso con agua el cartucho flota, está vacío; si queda en vertical, está por la mitad; y si se hunde, está lleno.

Si la inhalación se hace directamente con la cámara en la boca del niño (sin mascarilla), la única variación en la técnica se encuentra en el punto 6:

6. Pulsar el inhalador y realizar una inspiración larga, suave y profunda durante 5 segundos, retirar la cámara y aguantar la respiración 10 segundos. Expulsar el aire de forma lenta y continua.

Pueden obtener más información en los siguientes enlaces de la Asociación Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias:

Uso de cámara y mascarilla:

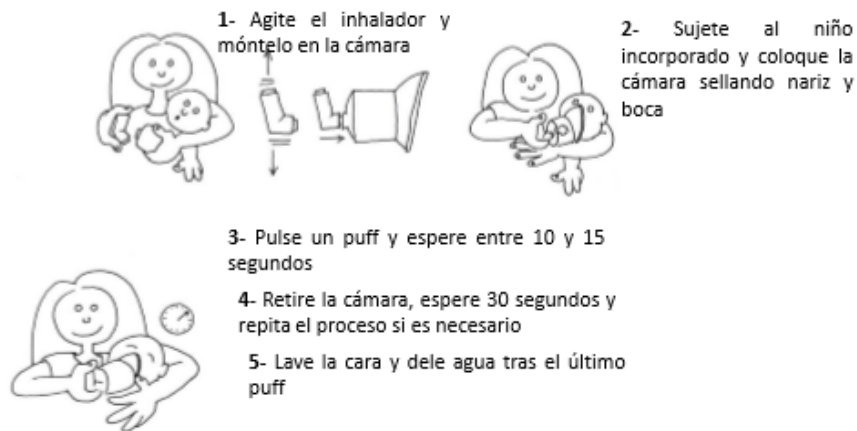


Imagen 24: Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias

Uso de cámara y boquilla:

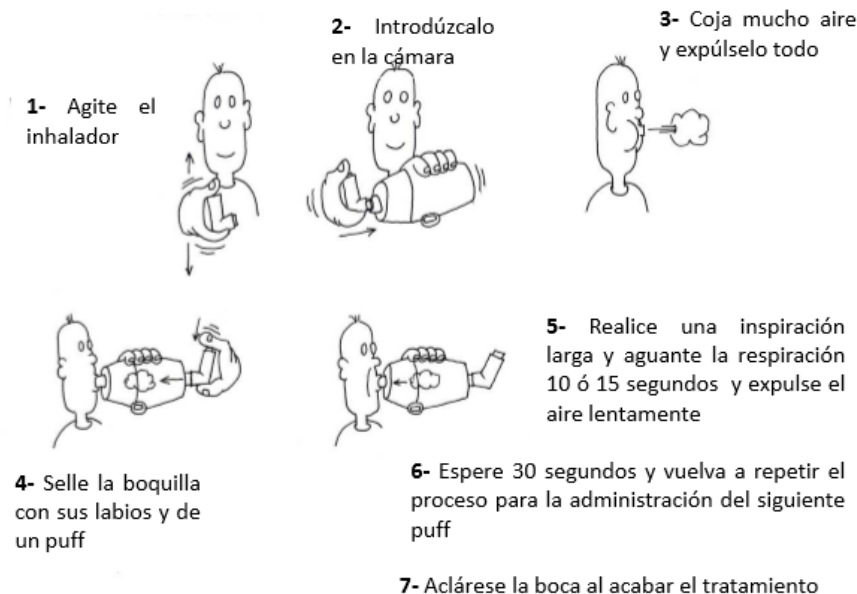


Imagen 25: Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias

7.1.6 Dudas sobre la alergia a las proteínas de la leche de vaca

Es la alergia alimentaria más frecuente en la edad infantil. Afecta a un 2% de la población.

Se produce porque el cuerpo desencadena un mecanismo inmunológico alérgico cuando está en contacto con las proteínas de leche de vaca (las reconoce como extrañas y forma anticuerpos frente a ellas). Y claro, la leche artificial para lactantes está hecha con leche de vaca.

Frecuentemente se ponen de manifiesto en el primer contacto con la leche, con la introducción de biberón de leche artificial. Incluso a veces durante la lactancia materna se ven síntomas (como dermatitis) por el paso de proteína a través de la secreción láctea.

Los síntomas más frecuentes son digestivos y cutáneos. Entre los cutáneos el más frecuente es el enrojecimiento de la piel o urticaria. Entre los síntomas digestivos vómitos, diarrea, irritabilidad, rechazo del alimento, sangrado rectal... También en ocasiones se manifiesta por pérdida de peso, irritabilidad y/o fallo de crecimiento con o sin dermatitis atópica. A veces se pueden desencadenar cuadros más graves con dificultad para respirar.

Cuando se produce una reacción aguda debe acudir al pediatra para retirar de la alimentación del niño las proteínas de leche de vaca. Si el niño toma leche materna, la madre debe evitar lácteos en su alimentación. Cuando la lactancia materna no es posible, se deben utilizar leches especiales (hidrolizados de proteínas, fórmulas elementales o vegetales).

Pese a ser alérgico a la proteína de la leche de vaca, en casi todos los casos se puede tomar la carne de vaca con normalidad, ya que las proteínas que contienen son distintas.

Sin embargo, la leche de otros mamíferos (oveja, cabra) se debe evitar, porque tienen proteínas de gran similitud con la leche de vaca.

Hay que leer bien el etiquetado de los alimentos, ya que las proteínas vacunas pueden ir ocultas en muchos productos.

Afortunadamente, en la mayoría de los niños la APLV desaparece sola en un periodo de tiempo variable (meses o años). Para los casos que no se pasan, la desensibilización es una forma de tratamiento. Se hace en el hospital y consiste en dar pequeñas cantidades de leche de forma progresiva. Hasta que se consigue tolerancia.

Algunos niños con alergia a proteínas vacunas tienen más riesgo de desarrollar después alergia a otros alérgenos alimentarios (huevo, frutos secos, pescado...) o ambientales (pólenes, ácaros, hongos...).

Otro hecho importante a destacar es que no es lo mismo alergia a proteínas vacunas **que intolerancia a la lactosa** (este tema está incluido en el apartado de digestivo). Es algo que mucha gente confunde. En la intolerancia a la lactosa lo que no se digiere es el azúcar de la leche o sea la lactosa. Además suele ocurrir en niños más mayores y en adultos, y no en lactantes como la alergia.

7.2 Problemas de salud: la boca



7.2.1 Erupción dentaria

La cronología y la secuencia de aparición de los dientes son variables.

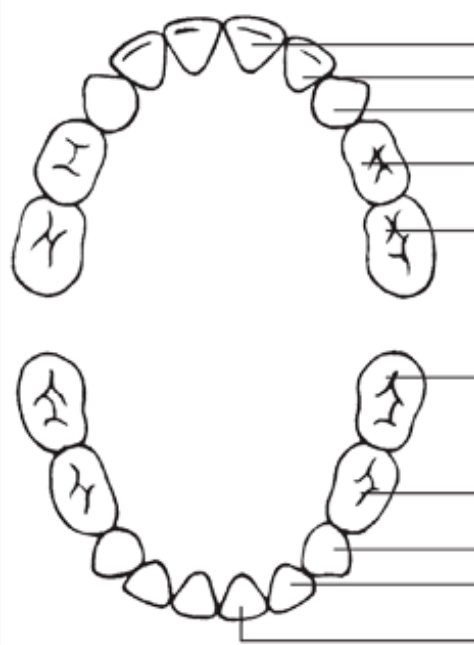
Los incisivos suelen ser los primeros dientes que aparecen. Los incisivos inferiores suelen erupcionar entre los 6 y 10 meses de vida. Los segundos molares suelen salir en torno a los 2 años.

Hay pocos niños que nacen con ellos y se llaman “dientes natales”. Pueden dar problemas como roce o ulceración de la lengua y lactancia materna dolorosa para la madre. En estos casos suele ser necesaria su extracción. Además suelen ser muy móviles.

Hay casos aislados de falta de algún diente, se llama agenesia dentaria. Suele tener carácter familiar. En general, se considera anormal la falta de erupción de la primera pieza dental a los 15 meses.

También está fuera de lo normal la falta de alguna pieza de leche a los 3 años. La causa más frecuente de retraso en la erupción son patrones familiares. Aunque a veces no se sabe la causa.

Hay 20 dientes en la dentición primaria o de leche. Los dientes permanentes son 32, por lo general comienzan su erupción a los 6 años de edad y se completan entre los 15 y 20 años.



Dientes Superiores		Erupción	Se Caen
Incisivo central		8-12 meses	6-7 años
Incisivo lateral		9-13 meses	7-8 años
Canino (colmillo)		16-22 meses	10-12 años
Primer molar		13-19 meses	9-11 años
Segundo molar		25-33 meses	10-12 años
Dientes Inferiores		Erupción	Se Caen
Segundo molar		23-31 meses	10-12 años
Primer molar		14-18 meses	9-11 años
Canino (colmillo)		17-23 meses	9-12 años
Incisivo lateral		10-16 meses	7-8 años
Incisivo central		6-10 meses	6-7 años

Imagen 26: Tabla de dentición y caída de los dientes de leche.
American Dental Association

La erupción dental no suele dar síntomas, salvo:

- Inflamación de las encías.
- Pequeño hematoma en la encía donde está a punto de salir el diente.
- Irritabilidad.
- Lloriqueo.
- Aumento de la salivación, babeo, etc.

No está justificado atribuir a la erupción de los dientes ninguna alteración importante del estado general, ni fiebre o cambios del ritmo intestinal. Achacar a los dientes estos síntomas podría impedir o retrasar el diagnóstico de otras enfermedades coincidentes.

La erupción dental en general no necesita tratamiento. Basta dejar que el bebé muerda objetos seguros duros y fríos (por ejemplo: mordedores enfriados en el frigorífico). Esto alivia ligeramente la molestia. Nunca debe morder cosas que puedan desprender fragmentos por el riesgo de atragantamiento. Si está muy molesto se le puede dar paracetamol o ibuprofeno a las dosis habituales. Los medicamentos para las encías pueden tener efectos tóxicos y no se deben poner.

Los niños deben acudir al dentista entre los 6 y 7 años cuando empiezan a tener dientes definitivos. O antes, en el caso de que aparezcan caries o molestias orales. A partir de este momento se recomienda llevarles 1 vez al año.

7.2.2 La caries dental

El diente tiene tres partes:

- La externa es el esmalte, la más dura y la que evita el desgaste.
- Por debajo está la dentina, más blanda y porosa.
- La capa más profunda es la pulpa, donde están los nervios.

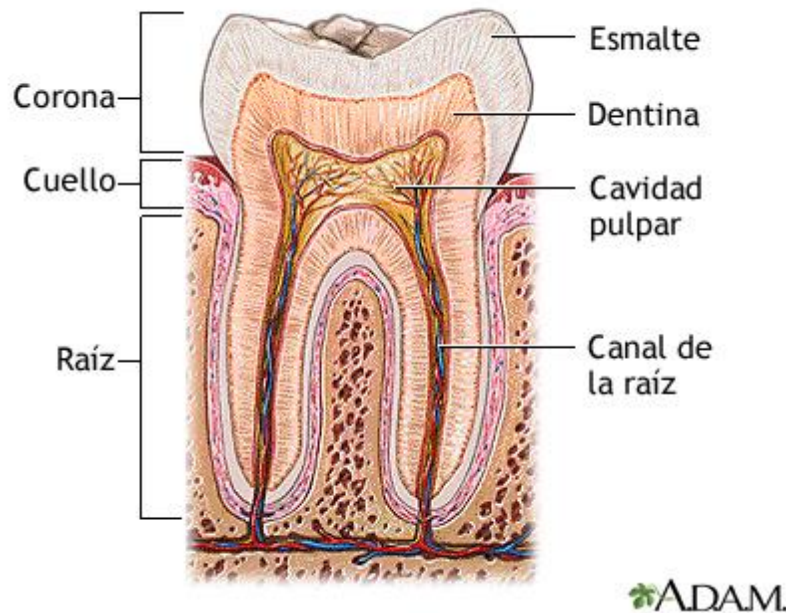


Imagen 27: Partes del diente. ADAM

La caries se forma por culpa de las bacterias que están en la boca. Algunas se pegan al diente y producen ácidos que estropean el esmalte, haciendo un hueco.

En fases iniciales la caries no duele y casi no se ve. Pero si el hueco se va haciendo más grande el niño empezará a notar molestias al tomar alimentos muy fríos o muy calientes. Cuando la caries llega a la pulpa aparece el dolor, porque se irritan los nervios. De la pulpa puede pasar a través de la raíz a los tejidos que rodean el diente dando lugar a inflamación (flemón).

Hay niños que tienen más facilidad para tener caries porque su esmalte es menos resistente a los ácidos de las bacterias. Es algo genético.

Pero en la mayoría de los casos la principal causa es la falta higiene dentaria. Cuando quedan restos de comida las bacterias crecen mejor.

Otra causa frecuente de caries es el consumo excesivo de productos azucarados (zumos, batidos y otros) y chuches.

En todos los casos de caries o molestias dentales deberá acudir al dentista. Cuanto antes se vea, más son las posibilidades de un tratamiento conservador.

En las caries de los dientes de leche, si queda poco para que salga el definitivo puede optarse por la extracción de la pieza. Si se trata de una caries pequeña puede hacerse un empaste. Si se afecta al nervio puede ser necesaria una pulpotomía (como la endodoncia del adulto). Si la caries es muy grande, habrá que extraer la pieza afectada y colocar un espaciador que mantenga el hueco para cuando salga el diente definitivo.

Cuando la caries aparece en dientes definitivos, se procura tratamiento conservador. El empaste es lo habitual. Se limpia el diente con un torno especial y el hueco que queda se rellena con una pasta para empastes. En los casos más avanzados, puede ser necesaria una endodoncia o incluso una extracción.

Hay en niños en los que la caries no se puede evitar porque es genética. Pero en la mayoría de los casos se puede prevenir. Una correcta higiene dentaria eliminará los restos de comida y las bacterias.

Los dientes deben limpiarse desde que están en la boca, aunque el niño solo tenga meses. Se puede hacer con una gasita o bien con un cepillo.

El cepillo de dientes de los niños debe ser lo más blando posible porque el esmalte de los dientes de leche es más blando y un cepillo duro podría dañarlo.

En cuanto a la pasta de dientes para niños, deberá ser baja en flúor porque en exceso podría teñirles los dientes y producir toxicidad (ya que los niños tienen tendencia a tragársela).

Lo ideal es que los niños adopten la costumbre de cepillarse los dientes después de cada comida y de tomar productos azucarados. ¡Y siempre, siempre... después de cenar!

Los niños imitan a los adultos, así que una buena forma de que el niño empiece a lavarse los dientes es que tenga su cepillo de dientes y lo haga usted mismo. Hasta los 6 años conviene repasar sus limpiezas.

Y por supuesto evitar el abuso de bebidas azucaradas, dulces y chuches, sobre todo entre las comidas.

7.2.3 Los aparatos de ortodoncia

El usar aparatos de ortodoncia es algo muy común entre los niños y adolescentes. El problema dental afecta no solo a la belleza del rostro humano sino también dificulta la masticación y la higiene dental. Por ello es importante su corrección.

Básicamente pueden darse varias situaciones:

- **Oclusión dental normal:** el arco dental superior sobrepasa un poco al inferior.
- **Sobremordida:** los incisivos superiores sobresalen a los inferiores haciendo que la barbilla parezca estar desplazada hacia atrás (retrognatia).
- **Mordida cruzada anterior:** ocurre exactamente lo contrario que en la sobremordida, los incisivos inferiores adelantan a los superiores y la barbilla parece prominente (prognatia).
- **Mordidas cruzadas laterales:** desplazamiento a izquierda o derecha.
- **Mordida abierta:** los incisivos no contactan entre sí
- También puede ocurrir **apiñamientos y dientes torcidos** cuando las mandíbulas son pequeñas.



Normal



Sobremordida



Mordida cruzada



Mordida abierta



Apiñamiento

Imagen 28: Tipos de maloclusiones dentales. Fuente: mundodent.es

El ortodoncista es un dentista entrenado en el manejo de malposiciones de los dientes y maloclusiones de la boca. Las sociedades de ortodoncia recomiendan una primera visita al ortodoncista entre los 6 y 7 años. Si fuera necesario, con diferentes medios diagnósticos (radiografías, fotografías, impresiones 3D) te dirá si hay o no un problema dental y el tipo de tratamiento.

El tratamiento en la mayoría de los casos será individualizado. Existen distintos dispositivos: *brackets*, aparatos externos, etc. El momento de inicio y el tiempo de utilización de los mismos serán variables, con una media de dos años. Periódicamente se necesitarán revisiones y ajustes. Cuando finaliza el tratamiento, el ortodoncista suele colocar una pieza de material acrílico que se llama retenedor. Se usa para que los dientes no vuelvan a la posición original.



Imagen 29: Brackets

En la mayoría de casos no se puede prevenir, porque se debe a factores genéticos. Pero en otros sí. El usar chupetes demasiado tiempo, chuparse el dedo o morder lápices u otros objetos pueden ser causas. El tomar alimentación excesivamente blanda por encima de los 2 años y respirar por la boca (por hipertrofia de amígdalas, de vegetaciones, de cornetes o desviación de tabique nasal) pueden ser otras causas.

RECUERDE:

- Retirar el chupete antes de los 2 años de edad. Si al retirar el chupete coge el hábito del dedo, mejor seguir con el chupete, pues las maloclusiones son más intensas.

- La respiración por la boca puede impedir que el maxilar se desarrolle con normalidad, generando mala oclusión dental. Conviene que lo valore su pediatra.
- Debe educar a sus hijos sobre la higiene dental para evitar la caries, y enfermedades de las encías. Especialmente debe hacerlo si su hijo usa aparatos de ortodoncia, ya que es más fácil que entre los *brackets* queden restos de comidas.
- Se puede tomar un analgésico (ibuprofeno o paracetamol) si tiene dolor en algunos momentos de la ortodoncia, sobre todo al principio. Si ocurren pequeños roces en mucosa oral puede aliviarse colocándose un poco de cera para ortodoncia sobre el *bracket* o poner algún producto para las úlceras.

7.2.4 ¿Qué hacer tras los traumatismos dentarios?

A veces los niños sufren golpes en los dientes. Los más afectados suelen ser los incisivos centrales superiores.

Cuando un niño sufre un traumatismo dental puede ocurrir **que pierda el diente (avulsión dental), que se le rompa o que sufra otras alteraciones que debe vigilar.**

Cuando el diente se pierde, lo primero que debe tener en cuenta es si el diente afectado es temporal (de leche) o permanente, porque la actuación será distinta:

- **Si el diente que se pierde es temporal:** no hay que reimplantarle.
- **Si el diente perdido es permanente:** Hay que intentar salvarlo. Se debe reimplantar en menos de 1 hora.
 - Coja el diente por la corona nunca por la raíz, lávelo con suero salino, reimplántelo de la forma menos traumática posible y acuda al dentista.
 - Cuando no sea posible el reimplante, introduzca el diente en un medio adecuado para conservarlo como leche, suero salino, saliva. A veces es suficiente con mantener el diente en el suelo de la boca si es un niño mayor sin riesgo de que se lo trague. El agua es menos recomendable. Con el diente conservado, acuda al dentista.

Si el diente se ha roto, recoja los fragmentos (si están presentes) y acuda al odontólogo en las primeras 24 horas para intentar repararlo.

Tras el traumatismo dental otras alteraciones a vigilar y que precisarán consulta con el dentista son:

- Cuando el diente se oscurece (tonalidad más gris o marrón) significará que el diente se está necrosando.

- Si aparece un granito de pus a nivel de la encía del diente (fístula vestibular) o un flemón.
- Si existe sensibilidad aumentada al masticar o no puede comer ni beber alimentos fríos ni calientes.

RECUERDE:

Se puede administrar paracetamol o ibuprofeno si el niño tiene dolor a causa del traumatismo o por cualquier actuación del dentista. A veces será preciso tratamiento con antibiótico.



Imagen 30: Niño que presenta caída de un diente de leche por traumatismo.

7.3 Problemas de salud: la cabeza



7.3.1 La costra láctea

La costra láctea es la dermatitis seborreica que afecta la piel de la cabeza del bebé. Afecta entre el 7 y el 10% de los niños menores de 2 años.

Consiste en la aparición de una zona enrojecida y con escamas amarillentas. También puede afectar otras zonas del cuerpo ricas en glándulas sebáceas como la cara (frente, cejas y párpados), el pecho y a veces los pliegues y zona del pañal o alrededor del ombligo.

No se sabe muy bien porque se produce. Pero influyen el paso de andrógenos maternos a través de la placenta y la actuación de un hongo saprofita, llamado *Malassezia*, que también está en la piel de niños sanos.

No suele molestar al bebé. Generalmente se resuelve por sí sola en semanas y antes de los 12 meses de edad.

Basta con aplicar un aceite o crema hidratante por las noches y después cepillar el pelo con un cepillo de cerdas suaves (sirve un cepillo de dientes) para eliminar las escamas. En los casos más resistentes puede ser necesario hacer un tratamiento con corticoides de baja potencia en el área afectada.



Imagen 31: Costra láctea

7.3.2 Mi hijo tiene dolor de cabeza ¿me debo preocupar?

Los niños pueden tener dolores de cabeza o cefaleas igual que los adultos, aunque a veces no lo cuentan con precisión, sobre todo los más pequeños. Incluso otros lo pueden referir para llamar la atención del adulto.

El dolor de cabeza más frecuente es el tensional, que se relaciona con preocupaciones y factores estresantes. Se trata de un dolor opresivo continuo, sobre todo al final del día, que no se acompaña de vómitos, ni náuseas.

Menos frecuente, aunque posible en niños, son las cefaleas tipo migraña. Tienen carácter pulsátil (como pinchazos). Suelen afectar a algún otro miembro de la familia. Se acompañan de vómitos, náuseas o dolor abdominal y es habitual que se inicien con signos premonitorios (visión borrosa, dolor en un ojo, reflejos luminosos, etc.). El dolor se intensifica con el ruido y la luz. A veces se acompaña de sensación vertiginosa o de mareo.

Generalmente, se pasan con un analgésico común como ibuprofeno o paracetamol. Si son migrañas, mejor descansar en la cama evitando la luz y ruidos. En los casos muy repetitivos, será necesario un tratamiento preventivo.

Las mejores formas de prevención son:

- Dormir lo suficiente.
- Llevar una vida organizada.
- Evitar el estrés como exceso de actividades extraescolares, demasiadas expectativas.
- Técnicas de relajación y control de estrés (yoga, *mindfulness*).
- Tratar de evitar el agente desencadenante, si fuera el caso. Por ejemplo alimentos (chocolate, frutos secos, queso curado, etc.), olores fuertes (tabaco, humos, algún perfume, etc.), algún medicamento, etc.

Por suerte, en muy pocas ocasiones los dolores de cabeza indican procesos graves. Pero debe consultar a su pediatra si:

- Le impiden dormir, jugar o hacer vida normal.
- Se hacen más frecuentes o intensos.
- Se acompañan de fiebre, manchas en el cuerpo o rigidez de nuca, que pueden indicar una infección grave.
- Se acompañan de otros síntomas: mareos, somnolencia, pérdida de fuerza, alteraciones en la visión o cambios de carácter.

7.3.3 Mi hijo tiene la cabeza deformada

Las deformidades craneales en el lactante son un motivo cada vez más frecuente de consulta debido a las recomendaciones actuales sobre prevención de la “muerte súbita del lactante”, en las que se propone que la posición para dormir debe ser boca arriba (decúbito supino). Con esta posición se está reduciendo la mortalidad, pero se están favoreciendo las deformidades craneales.

La malformación del cráneo más frecuente es la plagiocefalia posicional (8-12% de los lactantes menores de seis meses), en la que aparece aplanada una zona posterior de la cabeza. Otra causa de deformidad craneal mucho menos frecuente (0,003%) es la craneosinostosis, debida a un cierre precoz de suturas del cráneo.

Para su diagnóstico suele bastar con la observación. A veces se puede calcular el Índice de Asimetría Craneal si se dispone de un craneómetro. Este instrumento mide los ejes craneales, facilitando la valoración del tratamiento más adecuado según el grado de deformidad. Pocas veces, para descartar una craneosinostosis se realizará un TAC craneal para reconstitución tridimensional.

La plagiocefalia posicional suele resolverse en los cinco primeros meses de vida adoptando cambios posturales. Si la deformidad es más intensa y no se consigue mejoría en 6 a 8 semanas, se pueden prescribir ortesis craneales (cascos). En general el cráneo es susceptible a



Imagen 31: Plagiocefalia y cabeza normal respectivamente.

moldeamientos externos hasta los 12 meses. En el caso de una verdadera craneosinostosis, el tratamiento es más complejo, requiere ortesis y/o cirugía.

Diversos estudios demuestran que las deformidades craneales son principalmente estéticas, no afectan a las funciones cerebrales ni al cociente intelectual. No obstante, es importante que las familias conozcan las medidas preventivas para evitarlas.

Éstas son más efectivas cuando se inician precozmente, desde el nacimiento:

- Mientras el niño duerme, colocar siempre boca arriba, con cambios en la posición de la cabeza alternando lado izquierdo y lado derecho, para evitar la presión continua sobre el mismo lado.
- Mientras el niño esté despierto, ponerle boca abajo para conseguir reforzar la musculatura del cuello, siempre vigilando que esté despierto. Esta medida se llama “tummy time”. Es probable que al principio no le guste y llore, pero se acostumbrará. Además será un momento ideal para el juego y para la creación del apego con los padres. A cualquier edad se recomienda colocar al niño sobre el pecho de los padres y tenerle en brazos. A partir del tercer mes ponerle frente un espejo o juguetes luminosos para facilitar su sostén cefálico. Debe realizarse al menos durante 5 minutos, más de 3 veces al día.
- Cambiar la orientación del niño en la cuna cada día, para que no se gire siempre hacia el mismo lado al percibir sonidos y movimientos.
- Colocar los juguetes alternativamente a un lado y otro de la cuna o coche de paseo.
- Colocar su cabeza sobre el lado abultado, para ello puede ser útil levantar el colchón poniendo una toalla o sábana enrollada entre el colchón y el somier para inclinarlo, provocando el giro del niño hacia el lado sobre el que se pretende que descanse.
- El porta-bebés se considera buena opción al no producir presión sobre ningún punto. Colocar preferentemente al niño encarado al portador para que la columna vertebral quede en su posición anatómica.
- Usar cojines con concavidad en el centro para el ajuste de la cabeza. Pueden recomendarse hasta los seis meses de edad.
- En caso de tortícolis, se deben realizar ejercicios de estiramiento en el cuello varias veces al día siguiendo los consejos de tu pediatra o fisioterapeuta.

Todas estas medidas evitarán el desarrollo de malformaciones craneales e incluso lograrán mejoría si lo realiza a lo largo de 3 meses.

7.3.4 Los piojos

Los piojos son un problema muy habitual entre los niños. Se trata de pequeños insectos que viven en el cuero cabelludo. Les gusta el entorno cálido que da el cabello, sobre todo en la zona de la nuca y detrás de las orejas.

No son peligrosos, no transmiten enfermedades. Pero producen picor y rascado, pudiendo ocasionar lesiones cutáneas que se pueden infectar.

Los piojos no se suelen ver. Lo más frecuente es ver las liendres, que son los huevos del piojo. Se ven como caspa en el pelo, pero pegado (la caspa está suelta) en la parte proximal del pelo.

Se contagian fácilmente entre los niños por contacto directo o a través de objetos que habitualmente comparten: gorras, cepillos, gomas, etc.

El tener piojos no quiere decir que el niño sea descuidado ni falta de higiene. No deben causar miedo ni vergüenza.

Se recomienda el tratamiento del niño en cuanto se vean las liendres. Existen distintos productos que han demostrado su eficacia:

- Permetrina al 1% con o sin butóxido de piperonilo, son insecticidas que son neurotóxicos a los piojos. Están perdiendo eficiencia últimamente (se observan resistencias). Pueden ser tóxicos si se usan en exceso.
- Malathion al 5%. Es útil en casos resistentes, pero también es un insecticida.
- Dimeticona: es el que tiene menos efectos secundarios. Es el tratamiento de elección sobre todo en los menores de 2 años. Es una silicona que inmoviliza y asfixia al piojo. No se absorbe a través de la piel. Es una buena alternativa a la Permetrina.

Lo habitual es utilizarlos en dos ocasiones: en el momento, y a los 7 o 10 días para exterminar los piojos que han podido salir de la liendre.

Es importante seguir las indicaciones de su pediatra o del prospecto del producto.

Una vez matado el piojo es muy importante eliminar la liendre. La mejor manera es peinando el pelo con una lendrera varios días seguidos. No se aconseja utilizar vinagre ya que inactiva el resto del producto aplicado con anterioridad y que persiste algunos días.

El lavado con agua caliente y detergente de ropa, toallas y utensilios que puedan estar contaminados ayuda a evitar la diseminación y reinfecciones. También se aconseja el aspirado de colchones, almohadas o alfombras.

El niño no tiene que dejar de ir al colegio si hace un tratamiento rápido y adecuado. Lo más eficaz es la aplicación simultánea del tratamiento a los contactos próximos del niño (amigos, padres, hermanos, compañeros). Por eso es aconsejable informar de ello en el colegio.

7.4 Problemas de salud: cerebro y mente



7.4.1 El desarrollo psicomotor: algo que hay que vigilar

Durante los primeros años de la vida, se adquieren progresivamente distintas habilidades: sensoriales, motrices e intelectuales. El momento cronológico en el que se alcanzan es en general bastante uniforme.

El retraso en la adquisición de estas habilidades a lo largo del tiempo puede indicar que existe un problema psicomotor. Es tarea de los padres y de los profesionales sanitarios que atienden al niño el detectarlo lo antes posible. Su detección precoz condiciona las posibilidades de rehabilitación neurológica, ya que el cerebro de los niños tiene una gran plasticidad y está preparado para el aprendizaje.

Para los padres puede ser fácil darse cuenta de un retraso, si tienen la referencia de otros hijos o niños de la misma edad, o si conocen los pasos normales del desarrollo del niño. Pero a veces es difícil, si estas alteraciones son poco llamativas.

Para los pediatras y el personal de enfermería la detección temprana es uno de los objetivos de los controles de salud que realizamos. Existen una serie de escalas o test de desarrollo que nos sirven como modelo o *screening*. Algunas de las habilidades más significativas que el niño desarrolla durante el primer año de vida son las siguientes:

Al mes de edad, mantiene sus manos empuñadas y cae la cabeza hacia atrás al sentarle. Es capaz de llorar con gran intensidad y sonríe a ciertas comodidades y satisfacciones. Fija mirada en una cara o una luz.

A los tres meses, da muestras de gusto (sonríe) al ver a la persona que lo atiende habitualmente y es capaz de sostener su cabeza largo tiempo. Sigue los objetos con sus ojos y con el movimiento de la cabeza. Emite gritos de placer y “parlotea”.

A los seis meses, es capaz de rotar sobre sí mismo y por tanto caerse de la cama. Inicia sedestación con apoyo pélvico, espalda curva y apoyo en manos. Coge objetos los cambia de mano. Sonríe al espejo. Dice sílabas (da, ba, ka).

A los siete meses, ya se sienta apoyándose sobre sus manos y brinca activamente cuando se le coloca en posición vertical. Ya es capaz de agitar y golpear el sonajero o de cambiar un juguete por otro.

A los nueve meses, se sienta solo, gatea (no todos) y camina agarrado de las dos manos. Responde a su nombre y se encuentra mejor adaptado al medio que lo rodea. Come por sí solo galletas y es capaz de sostener el biberón sin ayuda. El sentido de imitación que existe desde el nacimiento se perfecciona. Es capaz de despedirse y palmear.

Al año de edad, participa en juegos sencillos y coge un objeto cuando se le indica. Gatea libremente y puede dar algunos pasos ayudándose con los muebles o sosteniéndolo de una mano. Dice una o tres palabras. Entiende órdenes sencillas. Imita animales.

Cuando los padres y los profesionales detectan un retraso, es fundamental la atención preescolar por distintos especialistas: pediatras, neurólogos, neuropsicólogos, fisioterapeutas, logopedas, etc. En todo este proceso de rehabilitación los padres, bien orientados e informados, deben tomar parte activa, sin alarmismo, descubriendo las capacidades reales del hijo.

7.4.2 Señales tempranas de autismo

El autismo es un trastorno del desarrollo que afecta al cerebro. Hace que el niño presente dificultades para comunicarse e interactuar con otras personas (conversar, jugar o socializar con los demás).

El grado de afectación es variable. Hay personas con autismo leve y otras con grave. Algunas personas con autismo tienen talentos y dones especiales.

Aunque el autismo está presente desde el nacimiento no existe una prueba específica para descartarlo. Los médicos utilizamos cuestionarios que nos permiten comparar con otros niños de su edad. El más utilizado es **el test M-Chat para niños de 18 a 60 meses**. Puede indicar que el niño tiene posibilidades de tener un problema de autismo. Consta de 23 preguntas que se dividen en normales y críticas (en azul). Además sólo en 4 la respuesta debe ser no, en el resto sí. Si falla 2 o más de las preguntas críticas o 3 de cualesquiera, estaría justificada la valoración por un profesional sanitario:

1. ¿Disfruta su hijo cuando se le balancea, se le hace saltar sobre sus rodillas...?
2. **¿Muestra su hijo interés por otros niños?**
3. ¿Le gusta a su hijo subirse a las cosas, como p.ej. las escaleras?
4. ¿Disfruta su hijo jugando a cucu-tras o al escondite?
5. ¿Su hijo simula alguna vez, por ejemplo, hablar por teléfono o cuidar a las muñecas o imagina otra cosa?
6. ¿Utiliza su hijo alguna vez su dedo índice para señalar pidiendo algo?
7. **¿Utiliza su hijo alguna vez su dedo índice para señalar mostrando su interés en algo?**
8. ¿Puede su hijo jugar apropiadamente con juguetes pequeños (ej. coches o bloques) sin metérselos en la boca, toquetearlos o tirarlos únicamente?
9. **¿Le acerca su hijo alguna vez objetos para enseñárselos?**

10. ¿Le mira su hijo a los ojos durante más de uno o dos segundos?
11. ¿Su hijo parece hipersensible a los ruidos? (ej. tapándose los oídos) *(debe ser no)*
12. ¿Responde su hijo con una sonrisa a su cara o a su sonrisa?
13. ¿Le imita su hijo? (ej. poner una cara y su hijo le imita)
14. ¿Su hijo responde cuando se le llama por su nombre?
15. Si usted señala un juguete al otro lado de la habitación, ¿su hijo lo mira?
16. ¿Anda su hijo?
17. ¿Mira su hijo a las cosas que está usted mirando?
18. ¿Hace su hijo movimientos raros con los dedos cerca de su propia cara? *(debe ser no)*
19. ¿Trata de atraer su hijo la atención sobre su propia actividad?
20. ¿Alguna vez ha sospechado que su hijo era sordo? *(debe ser no)*
21. ¿Entiende su hijo lo que dice la gente?
22. ¿A veces su hijo se queda mirando fijamente al vacío o deambula sin ningún propósito? *(debe ser no)*
23. ¿Mira su hijo a su cara para observar su reacción cuando se enfrenta con algo desconocido?

Identificar de forma temprana este tipo de problemas es muy importante para tener el diagnóstico y poder iniciar cuanto antes la atención sociosanitaria que el niño necesita.

Dependiendo del grado de afectación los niños con autismo pueden integrarse en la clase con los demás niños o bien ir a clases o escuelas especiales para niños con discapacidad. Existen distintas terapias que pueden ayudarles a aprender el lenguaje, las habilidades para la vida y ciertos modos de comportamiento que les permitan a ellos y sus familias disfrutar de la vida.

7.4.3 Mi hijo tartamudea ¿es normal?

La tartamudez o trastorno de la fluencia es un trastorno del ritmo del habla caracterizado por bloqueos, repetición involuntaria de sonidos, sílabas o palabras, y/o tensión o esfuerzo al hablar.

Aprender a hablar es una habilidad que parece que los niños adquieren de forma fácil. Pero no es extraño que algunos presenten retrasos o errores en el lenguaje. Los niños o adultos que tartamudean son normales, sin que haya relación con su inteligencia o personalidad.

La causa es neurobiológica y no se debe a factores psicológicos (el tipo de educación o los propios padres no son los causantes). Los niños que tartamudean muestran anomalías en el desarrollo en las áreas cerebrales del lenguaje motora y premotora “área de Broca”.

Según estudios el 5% de los niños presenta este trastorno en algún momento. Afortunadamente de estos, el 80% remiten antes de los 12 meses y solo el 20% persiste en la edad adulta. Menos del 1% presentará tartamudez cuando son adultos.

Entonces ¿cómo distinguir errores normales de fluidez de lo que es un inicio de tartamudez persistente?

Los niños que tienen más posibilidades de derivar a un problema crónico de tartamudez en la edad adulta son los que:

- Tienen un familiar con tartamudez (predisposición genética).
- Asocian tics (parpadeo o movimiento de alguna otra parte del cuerpo) o velocidad de habla muy alta.
- Empiezan a tartamudear después de los 3 años y medio.
- Los varones.

En el resto de niños el problema suele ser un problema transitorio.

La frecuencia es similar en las niñas y en los niños, pero las niñas tienen más posibilidades de remisión, los varones de persistencia. Así en la edad adulta por cada 4 varones con tartamudez solo hay 1 mujer.

Es recomendable valoración por especialistas en logopedia **de forma temprana** en los niños que:

- Tienen los anteriores factores de riesgo.
- También aunque no les tengan, si el problema persiste más allá de los seis meses.

Estos profesionales determinarán cuál será el mejor tratamiento y estrategias a seguir para ayudar a su hijo a superar el problema. Si no se hace un tratamiento adecuado o este se retrasa pueden aparecer problemas psicológicos como ansiedad, depresión, baja autoestima, miedo a hablar en público, dificultades de relación social y otros problemas psicológicos.

Como no existe un medicamento que lo cure, es importante que todos (padres, profesores, pediatras, logopedas, psicólogos, gestores sanitarios, etc.) nos involucremos en este problema, especialmente los padres que tienen un importante papel y una gran tarea que hacer.

7.4.4 ¿Tiene tu hijo problemas para leer?

Leer también parece que es fácil. Es como que cada niño empieza a leer cuando le llega el momento. Pero un elevado porcentaje de niños pueden tener problemas para leer.

Las causas son diversas: desde el desarrollo tardío (el niño que madura más lentamente) hasta las causas genéticas (la dislexia se da en algunas familias), pasando por los problemas emocionales, la falta de motivación o de estímulo en casa o en su entorno, la falta de asistencia a clase frecuente por enfermedades u otros problemas familiares, retrasos intelectuales no detectados, o los defectos visuales o auditivos.

Los niños con dislexia tienen problemas para comprender lo que leen. El problema está dentro del cerebro y no en los ojos.

Los problemas con la lectura pueden dificultar su aprendizaje, su integración escolar y social, originándoles frustración y baja autoestima.

Es muy importante identificar el problema pronto para realizar un tratamiento específico. Cuanto antes se empiece el tratamiento, más plasticidad tiene el cerebro. El primer dato que puede hacer sospechar que un niño tiene problemas para leer es su retraso en la adquisición de la lectura, su lectura lenta y su extraña forma de deletrear. A veces confundirá el orden de letras de una palabra, como, por ejemplo, “toma” y “coma”. Unas veces lo detectarán los padres y otras los profesores. Pero siempre debe consultarlo con su pediatra, les podemos orientar para que reciban la ayuda más adecuada.

Existen una gran cantidad de recursos para tratar a los afectados. **Estos niños pueden aprender a leer si se les enseña correctamente.** El tratamiento psicopedagógico junto al trabajo en el colegio y con la familia son las intervenciones más utilizadas para la resolución del problema. Se trata de buscar estrategias para compensar las dificultades a través de adaptaciones escolares (darles más tiempo, uso de programas informáticos, no contar faltas de ortografía...).

7.4.5 ¿Tiene mi hijo déficit de atención?

El déficit de atención es un problema que puede afectar a los niños y adolescentes (incluso a adultos) de distinta manera. El TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) se caracteriza por tres síntomas guía, como son la falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad. Pero no es imprescindible la aparición de todos ellos a la vez.

Muchos padres se preguntan, ¿tiene mi hijo este problema? Es que le cuesta prestar atención, es un trasto, no para, me desordena todo... un compañero suyo lo tiene ¿Tendrá lo mismo?

Es normal que los niños se distraigan, jueguen, corran... están en edad de ello. Pero... ¿qué nos deben poner alerta y hacernos pensar en este síndrome?

El diagnóstico requiere evidencia de alguno de los dos signos fundamentales del síndrome: déficit de atención y/o impulsividad e hiperactividad.

Déficit de atención

Seis o más de los siguientes síntomas persistiendo por al menos seis meses:

- Fallo para prestar atención profundamente a los detalles.
- Dificultad para sostener la atención en las actividades.
- No escucha cuando se le habla directamente.
- No sigue las instrucciones que se le dan.
- Dificultades para seguir conversaciones.
- Evita las conversaciones que requieren esfuerzo mental sostenido.
- Pierde u olvida cosas necesarias para las actividades.
- Se distrae fácilmente por estímulos externos.
- Es olvidadizo en las actividades diarias.

Hiperactividad e Impulsividad

Persistencia, por al menos durante seis meses, de seis de los siguientes síntomas:

Hiperactividad

- Es intranquilo.
- Se levanta del asiento cuando debería permanecer sentado.
- Va de un sitio para otro en situaciones en las que debería estar quieto.
- Tiene dificultades para jugar sosegadamente.
- Actúa como si “estuviera movido por un motor”.
- Habla excesivamente.

Impulsividad

- Contesta las preguntas antes de serle formuladas.
- Tiene dificultades para esperar su turno.
- Interrumpe o molesta a los otros niños.

Para poder hacer el diagnóstico es preciso que los síntomas estén presentes en varios ambientes: en casa, en el colegio, en actividades extraescolares, en la calle, etc. Por eso es importante que los padres y profesores aporten información. No sería un TDAH un niño que presenta estos síntomas sólo en casa o sólo en el colegio.

En estos casos es importante recordar que los niños no lo hacen a propósito y que no se trata de un problema educativo, porque este trastorno tiene su causa en el cerebro, aunque no se conoce muy bien.

Los niños diagnosticados de TDAH pueden mejorar mucho con el tratamiento. Hay tres posibilidades: tratamiento conductual, farmacológico o ambos, dependiendo de sus necesidades. Su pediatra o especialista en salud mental le orientará en este sentido.

7.4.6 Problemas de autoestima en los niños

Se puede definir la autoestima como el valor que cada persona se otorga a sí misma, es decir, lo que se acepta y valora. Es por decirlo de alguna manera la imagen que cada uno tiene de sí mismo.

Esto se empieza a formar desde la infancia y puede cambiar a lo largo de la vida, especialmente en la adolescencia.

La autoestima positiva (verse bien pese a los defectos que todos tenemos, aceptarse como somos) es muy importante porque ayuda a conseguir objetivos (metas, deseos, éxitos, progresos) y a sentirnos bien con nosotros mismos y con las personas que nos rodean. Los niños con autoestima adecuada y positiva:

- Son más felices.
- Son más responsables y aprenden más.
- Se muestran más sociables y tienen más amigos.
- Confían en ellos mismos y en sus capacidades.
- Asumen los errores y aprenden de ellos.

La autoestima en los niños se construye mediante un conjunto de elementos que interactúan entre sí y que consiguen forjar una valoración general de sí mismos. Entre dichos elementos se encuentran: la familia, la escuela, el grupo de amigos y su aspecto físico.

¿Cómo se puede identificar la baja autoestima?

Durante el desarrollo los niños suelen tener modificaciones y alteraciones de la conducta, siendo normal en muchos casos, ya que están aprendiendo a enfrentarse al mundo a través de diversas situaciones. El problema aparece cuando estos comportamientos desadaptativos se mantienen en el tiempo.

Algunos de las conductas que nos pueden hacer sospechar que estamos ante un problema de autoestima son:

- Negativismo constante ante cualquier situación.
- Agresividad o violencia.
- Excesiva timidez o retraimiento.
- Uso de engaños y mentiras.
- Evitación de actividades grupales o deportivas.
- Uso de frases como: todo lo malo me pasa a mí.
- Presencia de sentimientos de culpabilidad ante acontecimientos o hechos que a nosotros nos resultan triviales.
- Preocupación constante ante lo que los demás opinen de ellos.

Si observa en su hijo, alguna de las anteriores conductas, es recomendable que intente un acercamiento para ayudarlo. El apoyo de los padres y de la familia es fundamental para el proceso de recuperación. Si el problema es mantenido y repercute en la vida diaria, es recomendable solicitar ayuda especializada.

7.4.7 Los niños también sufren ansiedad

Los niños sienten una gran variedad de emociones sobre los que les pasa. Tienen que enfrentarse al mundo y resolver los problemas que cada día se les plantean. Los niños de hoy en día sienten presiones en la escuela, en casa y en el deporte (expectativas altas sobre su actuación y horarios sobrecargados), otras veces problemas de salud (diabetes, asma...), familias en crisis (separaciones, divorcios, violencia, muertes) o incluso las noticias impactantes de los medios de comunicación (tragedias ajenas, videojuegos y series televisivas horripilantes). Los niños de hoy tienen motivos suficientes para estresarse y sufrir ansiedad.

Es por tanto normal sentir ansiedad en determinados momentos. Lo que nos debe preocupar es que esta ansiedad repercuta en su vida y les impida realizar las tareas normales. Algunos ejemplos de cómo se puede manifestar serían:

- No querer ir a la escuela.
- Temor excesivo a la oscuridad, que le impide dormir.
- Rabieta ante la separación de los padres.
- Temor excesivo a animales, insectos, a las alturas.
- Pérdida del control del pis previamente conseguido, incluso de la caca.
- Comportamiento compulsivo: lavarse las manos, contar una y otra vez, aletear las manos, etc.
- Experimentar algún acontecimiento traumático anterior de forma excesiva.
- Quejas frecuentes: dolor de tripa, de cabeza, náuseas, vómitos, sin causa aparente.
- Movimientos nerviosos como los tics.
- Comportamiento extraño, con dificultades para relacionarse con los demás.

En estos casos vosotros los padres podéis ser de gran ayuda:

- Demuestre que le toma en serio, hable con él, escúchelo e intente entender la razón por la que se siente así.

- Bríndele apoyo. No considere insignificante sus inquietudes.
- Ayúdele a encontrar actitudes y actividades que le ayuden a superar sus temores, sin adoptar un papel muy directivo. Tiene que ser el niño el que vaya encontrando soluciones.
- Elógiele por los avances, sin prisas.
- Intente establecer hábitos de vida saludables y rutinas con horarios para irse a la cama. Esto también ayuda.
- Usar técnicas de relajación: inspirar profundamente (imaginando que los pulmones son globos) y después dejar que se desinflen lentamente.

En caso de que la situación le desborde lo mejor será buscar ayuda de un profesional. Su pediatra le dará consejo y puede que le derive al servicio de salud infantojuvenil.

Lectura recomendable:

[¿Qué puedo hacer cuando me preocupo demasiado?](#) de Dawn Huebner. Editorial S.A.TEA.

“Con un lenguaje adaptado a los niños, atractivas ilustraciones y varias actividades pedagógicas, esta sencilla y completa guía enseña a los niños y a sus padres cómo superar estos problemas, proporcionándoles pautas claras y eficaces para manejar la ansiedad y las preocupaciones”.

7.4.8 Los Tics

Los tics son movimientos involuntarios bruscos, cortos y repetitivos de cualquier grupo muscular. Son muy frecuentes en la infancia, más en los **niños** que en las niñas, sobre todo en los más tímidos y cohibidos. Pueden afectar hasta un 15-20 % de los niños, sobre todo entre los 6 y 10 años de edad.

Hay varios tipos de tics:

1. **Tics motores simples:** son los más frecuentes y afectan a un único grupo muscular (guiño de ojos, movimientos de la cabeza, encogimiento de hombros...). Son los más transitorios.
2. **Tics motores complejos:** afectan a varios grupos musculares con el objeto de realizar una acción concreta y son menos frecuentes (saltar, pisotear, girarse sobre sí mismo...).
3. **Tics vocales simples:** afectan a la fonación (gruñir, carraspear, resoplar, emitir un determinado sonido de forma repetida...).
4. **Tics vocales complejos:** es cuando se repite una palabra completa. Hay varios tipos: *ecolalia* (cuando se repite una palabra que escucha), *alilalia* (repite sus propias palabras) y *coprolalia* (repite constantemente palabras obscenas, malsonantes e insultos, se suele asociar al *síndrome de Tourette*). Suelen ser crónicos y más complejos.

Su causa no está clara y posiblemente sea una suma de distintos factores:

- **Factores psicológicos y ambientales:** Pueden aparecer y agravarse en situaciones de estrés y ansiedad (inicio de un nuevo curso escolar, llegada de un hermano, fallecimiento de un familiar...). Los tics debidos a esta causa suelen mejorar con la relajación y desaparecer en el sueño.
- **Factores genéticos:** se han demostrado la presencia de tics similares en gemelos idénticos.
- **Factores neurobiológicos:** al darse con más frecuencia en los varones se piensa que haya relación con la testosterona. También se ha relacionado con la

dopamina, un neurotransmisor de las conexiones cerebrales. De hecho, algunos de los fármacos utilizados para el tratamiento de los tics son inhibidores de la dopamina.

En la mayoría de los casos no es necesario acudir al pediatra. Muchos tics remiten de forma espontánea antes de llegar a la adolescencia, sin llegar a requerir ningún tratamiento. Nuestra recomendación es que los padres y profesores no deben reñirle ni hablar todo el tiempo sobre ello. Se ha comprobado que cuanto menos importancia se dé al tic, más pronto desaparecerá, en un periodo que varía entre unos meses y un año. Si el niño pregunta qué puede hacer, los padres deben tranquilizar a su hijo y minimizar el problema.

Por ello, **las pautas de actuación** ante un niño que presenta un tic son:

- Evitar en la medida de lo posible las situaciones estresantes.
- Analizar en qué situaciones se intensifica el tic y tratar de evitarlas.
- Reforzar su autoestima y premiar las cosas que hace bien.
- Intentar restarles presión, especialmente en los niños muy perfeccionistas.
- No sobrecargarle con actividades después de las clases.

Pero en algunas **situaciones será necesario consultar** con un especialista:

- Si persiste durante más de un año.
- Si su intensidad o frecuencia va a más.
- Si llega a imposibilitar sus tareas cotidianas.
- Si afecta a su rendimiento escolar.
- Si afecta a sus relaciones con amigos y compañeros, ya que puede dar lugar a un trastorno depresivo de la infancia.
- En el caso de que se trate de un tic vocal complejo (ecolalia, alilalia, coprolalia), ya que será necesario descartar el síndrome de Tourette,

En estos casos, los tics pueden necesitar tratamiento con fármacos (relajantes musculares, neurolépticos, sedantes...) o tratamiento psicológico. Hay que tener en cuenta que la medicación trata el síntoma, pero no la causa.

7.4.9 Mindfulness para niños

Se está poniendo de moda aunque su origen se remonta a la meditación budista, hace casi más de 2.500 años. Fue en 1979 donde el Dr. Jon Kabat-Zinn de la Universidad de Massachusetts aplicó un programa antiestrés basada en la Consciencia Plena para el tratamiento de los enfermos crónicos. Esto provocó un creciente interés y la aplicación de estas ideas y prácticas en el mundo de la medicina.

El *mindfulness* es una técnica de psicoterapia, una especie de yogaterapia. Se trata de prestar atención, momento a momento, a pensamientos, emociones, sensaciones corporales y al entorno, con una actitud abierta y relajada. A veces no disfrutamos del presente porque estamos juzgando, experimentando sensaciones desagradables del pasado o preocupándonos por el futuro.

Son muchos los ámbitos en los que se usa y resulta beneficiosa: en el tratamiento del dolor, el estrés, la ansiedad, la depresión, los trastornos alimentarios y la adicción. También en el deporte para mejorar el rendimiento y la concentración. Y últimamente su aplicación se extiende a los niños y adolescentes para mejorar su rendimiento académico y para ayudarle a manejar las emociones, pensamientos, el estrés, la ansiedad y conductas de riesgo.

Lectura recomendable:

“Tranquilos y atentos como una rana” de Eline Snel. Editorial Kairos, 2013.

Es un libro de *mindfulness* infantil que ofrece historias y ejercicios simples y breves para iniciarse en esta práctica. Está dirigido a niños y niñas de 5 a 12 años y a sus padres o profesores, que pueden acompañarlos en su práctica. Los resultados han demostrado que los niños que practican estos ejercicios duermen mejor, están más concentrados y serenos y se sienten más seguros. Lo puede adquirir a través de Amazon.

7.4.10 Problemas psicosomáticos

Es la tendencia a **experimentar y manifestar el malestar psicológico a través de quejas somáticas o físicas**, no estando relacionadas con ningún trastorno orgánico.

Los niños, debido a la dificultad para la expresión verbal de las emociones y la limitación del vocabulario, tienen mayor predisposición. La somatización se entendería como el lenguaje corporal de los sentimientos y los afectos personales. Al llegar a la adolescencia los problemas psicosomáticos aumentan y aparecen mucho más frecuentemente en las chicas.

Existen múltiples factores causantes:

- **Factores genéticos y familiares**, con altos índices de problemas de salud o enfermedades de larga evolución.
- **Eventos estresantes**: la pérdida de un ser querido, problemas en el colegio, el nacimiento de un hermano...
- **Rasgos de personalidad**: perfeccionismo, altas expectativas personales, que tienden a negar sus ansiedades, con familias aparentemente sin problemas, donde los conflictos son negados o relegados.

Durante la infancia se pueden manifestar como **síntomas neurológicos** (lo más frecuente dolores de cabeza, mareos, y tics), **dermatológicos** (picor de la piel), **alérgicos** (tos reiterada, asma). Aunque predominan los digestivos: onicofagia (morderse las uñas), pérdida de apetito y los dolores abdominales.

En los adolescentes suelen ser varias las consultas por **síntomas de ahogo** ("se me pone como un nudo en la garganta que parece que no me deja respirar"), **síntomas cardio-circulatorios** como sensación de taquicardia o de "vuelco" del corazón o de "sentir los latidos". Otra forma de expresión son **los dolores**, sobre todo de abdomen, de cabeza y de articulaciones.

Se destaca también los **trastornos alimentarios** (anorexia y bulimia), **la alopecia areata** (calvas muy relacionadas su aparición con procesos de duelo y/o separaciones violentas) y **la tricotilomanía** (arrancamiento voluntario de pelos). No es extraño que se acompañen de signos clínicos de tipo vegetativo como: sudoración, palidez, sensación de escalofríos, sensación nauseosa con o sin vómitos acompañantes. Pero, sin lugar a dudas, la somatización más frecuente es **la alteración del sueño**: dificultad para conciliar el sueño, despertares a media noche, pesadillas, temores y miedos nocturnos. Las pruebas complementarias, suelen repetirse y sus resultados, persistentemente, se encuentran en los límites normales.

¿Cómo abordar este problema?

- Se debe escuchar al niño y considerar importante el proceso somático que presenta.
- Debe evitar decir que "no es nada" ya que para él es importante.
- Es fundamental tranquilizar al niño, permitiendo una comunicación activa para que exprese sus emociones, evitando dramatizar cada vez que comienzan los síntomas o darle excesiva relevancia.
- Unas buenas relaciones familiares son la base.
- Si los síntomas son graves o persistentes se derivará a los servicios de salud mental de la infancia y adolescencia.

7.4.11 Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia y bulimia

En una sociedad de imagen y consumo, la mejor arma para ayudar a nuestros hijos es proporcionarles buenos valores morales y reforzar su autoestima.

Los trastornos alimentarios son desórdenes del comportamiento. Se trata de algo más que sólo hacer dieta o ejercicio físico para perder peso. Son enfermedades graves que se asocian a otros trastornos mentales y que pueden generar problemas de salud importantes.

La adolescencia es una etapa propicia para ellos, ya que es una etapa de cambios corporales y donde se busca la propia identidad. No es sólo cosa de chicas, sino que cada vez se está detectando más en chicos, que tienden a una apariencia más atlética. El ideal de belleza actual impone cuerpos delgados, que llevan a algunos jóvenes a encontrarse insatisfechos con su cuerpo y a cometer errores para conseguirlo.

La anorexia se caracteriza por la restricción energética que lleva a perder peso asociado a una distorsión de la propia imagen. Sienten miedo de volverse gordos y no valoran de forma adecuada las dimensiones y forma de su propio cuerpo (se ven gordos cuando no lo son).

La bulimia se caracteriza por grandes atracones de comida en pequeños periodos de tiempo, sintiendo luego remordimientos. Por lo que suelen provocarse el vómito, realizar ejercicio intenso o usar laxantes.

Su origen se puede asociar a muchos factores, entre ellos problemas psicológicos de baja autoestima, ansiedad, depresión... también se pueden relacionar con ambientes familiares tensos, estrictos y con poca flexibilidad a los cambios.

Los síntomas que nos pueden orientar hacia el problema son:

- Restricción voluntaria de alimentos más calóricos.

- Beber grandes vasos de agua antes de las comidas.
- Al acabar de comer buscar pretextos para ponerse en movimiento, ir al baño siempre...
- Aumento de la actividad física o incluso ejercicio compulsivo.
- Aumento de las horas de estudio.
- Disminución de las horas de sueño.
- Irritabilidad y cambios de humor/síntomas depresivos.
- Preocupación excesiva por el peso y se pesa repetidamente.
- Baja autoestima/ se siente muy infeliz por su imagen.
- Negación de sensación de hambre, sed, sueño y fatiga.
- Desinterés por actividades de ocio.
- Rechazo a las comidas sociales.
- Vómitos autoprovocados.
- Disminución del rendimiento escolar.
- Sensación de culpabilidad.
- Falta de regla o menstruación en las niñas adolescentes.

El problema emocional que acarrea un trastorno alimentario puede resultar grave. Por ello, debe acudir a su pediatra o médico de familia en caso de sospecha. No espere. Le orientará en los pasos a seguir y le proporcionará las herramientas necesarias para ayudar a su hijo.

El tratamiento consistirá en ir introduciendo cambios para mejorar los trastornos físicos, psicológicos y las relaciones interpersonales familiares y sociales. Desde la familia es necesaria una buena relación de comunicación. De esta forma el niño/a se sentirá seguro/a e intentará buscar su opinión y ayuda.

Más información en: [ADANER](http://adaner.org), Asociación en Defensa de la Atención de la Anorexia Nerviosa y la Bulimia. Disponible en: <http://adaner.org/adane>

7.5 Problemas de salud: Digestivo



7.5.1 Las regurgitaciones de los lactantes después de tomar

Muchos bebés, sobre todo en los primeros 5 meses de la vida, regurgitan leche por la boca. En la mayoría de los casos, se trata de un problema digestivo que se quita solo sin tener que poner tratamiento para evitarlo. Es diferente al vómito.

La regurgitación es la expulsión de secreciones o alimentos deglutidos, sin esfuerzo (acompañando generalmente al eructo). Mientras que el vómito es la expulsión forzada del contenido gástrico por la boca con contracción abdominal (generalmente acompañado de náusea).

Para explicar la causa de estos trastornos hay que tener en cuenta que se trata de un proceso fisiológico o normal, relacionado con la inmadurez del aparato digestivo del bebé. El esfínter que cierra la parte superior del estómago está flojo (no cierra bien) y el alimento sube hacia el esófago y la boca. También influye que el lactante pasa la mayor

parte del tiempo tumbado y que su alimentación casi exclusivamente es líquida (leche). Esto facilita el retroceso de los alimentos del estómago hacia la boca.



Imagen 32: Anatomía del reflujo gastroesofágico en el estómago y esófago.

Este problema va mejorando a medida que el niño toma alimentos de mayor consistencia y se mantiene más tiempo sentado o de pie. En la mayoría de los niños ha desaparecido a los 12 meses de edad.

En general, no debe preocuparle si a pesar de las regurgitaciones su bebé gana peso de forma adecuada. Si no fuera así, su pediatra valorará la necesidad de pedirle pruebas complementarias (analíticas, pruebas de imagen, endoscopias, etc.) para descartar otros problemas, como la alergia a proteínas vacunas.

Para reducir las regurgitaciones puede ser efectivo elevar unos 10-15 ° el cabecero de la cuna. No le mueva demasiado sobre todo tras las comidas. Evite tomas abundantes, mejor tomas más pequeñas y frecuentes. Intente que eructe después de las tomas dándole suaves palmaditas en la espalda. En algunos casos se pueden recomendar leches antiregurgitación, que llevan diversos espesantes (es una opción, pero sin gran eficacia demostrada). Los medicamentos no suelen ser necesarios, porque además pueden tener efectos secundarios.

7.5.2 Diarreas, vómitos y/o gastroenteritis

Las infecciones intestinales pueden originar vómitos, diarreas o ambas. En las gastroenteritis generalmente primero aparecen los vómitos, y después, las deposiciones blandas o líquidas que pueden persistir durante varios días. A veces se acompaña de dolor de tripa, fiebre o malestar.

La causa más frecuente son los virus sobre todo el rotavirus y adenovirus, pero también lo producen bacterias (salmonellas, campylobacter, yersinias, etc.). No siempre es necesario hacer pruebas diagnósticas para saber cuál el germen causante, ya que el saberlo no va a cambiar el tratamiento.

El tratamiento fundamental es mantener al niño hidratado. Se debe hacer en casa, en un ambiente relajado y tranquilo. Tan solo deberá acudir al pediatra si:

- El bebé tiene menos de 6 meses, ya que es más vulnerable a la deshidratación.
- Si el niño tiene otros problemas de salud.
- Si tiene signos de deshidratación: mal estado general, decaído, adormilado, llora sin lágrimas, mucosas secas.
- Si no para de vomitar o diarrea y no tolera el suero.
- Si tiene fiebre muy alta.

En todo caso es preciso actuar con sentido común y acudir a su médico si la evolución no es la adecuada. El pediatra considerará el ingreso hospitalario para rehidratación intravenosa.

El tratamiento se basa en ofrecer soluciones comerciales de rehidratación oral de forma frecuente para prevenir la deshidratación. No se aconseja emplear preparados caseros (limonada alcalina), bebidas carbonatadas (colas) ni bebidas isotónicas para deportistas. No sirven para las gastroenteritis. En el sudor del deportista el mineral más abundante es el sodio, mientras que en las secreciones intestinales de la gastroenteritis es el potasio.

Hay varios preparados comerciales de rehidratación (líquidos, gelatinas y polvos para diluir) de distintos sabores (fresa, naranja, cola, limón o sabor neutro) con o sin probióticos o zinc. Si vomita se darán en pequeñas cantidades (una cucharadita cada 5 o 10 minutos). A medida que vaya tolerando irá tomando mayor cantidad.

Los probióticos potencian el sistema inmunológico y refuerzan la flora intestinal. Algunos de ellos han demostrado que acortan la duración de la diarrea y los vómitos.

No se aconseja diluir la leche o dar leche sin lactosa, sin indicación médica. El niño puede seguir tomando la leche habitual.

Ni usar antibióticos porque prolongan la diarrea.

Tampoco los fármacos antieméticos se deben dar a niños. Tienen efectos secundarios. Solo en casos muy concretos pueden ser útiles.

Si el niño recibe lactancia materna debe continuar con ella, a demanda.

Si el niño es mayor, no hace falta hacer dietas demasiado restrictivas aunque siga con diarrea. Sólo en la fase aguda será necesario evitar alimentos grasos y zumos comerciales (llevan muchos azúcares y pueden dar más diarrea). Es mejor hacer pequeñas comidas a lo largo del día, respetando el apetito del niño.

Para ayudar a evitar la propagación de la gastroenteritis es importante extremar la higiene, mediante el lavado de manos, y limpieza y conservación de alimentos. Se aconseja no acudir a la guardería hasta 24 horas después de que la diarrea desaparezca.

La única medida eficaz de prevención de la gastroenteritis es la vacunación frente al Rotavirus. Este virus afecta sobre todo a lactantes. La vacuna se administra vía oral durante los primeros meses de la vida.

7.5.3 Salmonelosis

Una forma especial de infección intestinal es la infección por salmonela. Es uno de los tipos de intoxicación alimentaria más frecuente en verano.

Ocorre cuando la persona consume alimentos o agua que contienen la bacteria salmonela o se contagia a través de otras personas o animales.

Suele producir fiebre, dolor abdominal, pérdida de apetito, náuseas, vómitos y diarrea, en la que puede haber moco y/o sangre. Su diagnóstico se confirma habitualmente con un cultivo de las heces (coprocultivo).

El tratamiento consiste en disminuir los síntomas del paciente y en evitar la deshidratación. Los niños deben recibir soluciones comerciales para reponer los líquidos y electrolitos que se pierden, e iniciar en cuanto puedan la ingesta de alimentos que necesitan. Si tiene fiebre o dolor se puede dar paracetamol o ibuprofeno. Los antibióticos no suelen ser necesarios. Los medicamentos que disminuyen la diarrea generalmente no se suelen administrar, porque pueden hacer que la infección dure más tiempo.

Tener en cuenta que después de pasar la infección la bacteria se sigue excretando en las heces. Es importante la prevención del contagio, evitando que acudan a los colegios y guarderías al menos hasta 24 horas después de que las deposiciones se normalicen y mediante el lavado de manos de forma frecuente.

7.5.4 Mami me duele la tripa

Muchos niños tienen dolor abdominal en algún momento. En la mayoría de los casos suele estar relacionado con procesos benignos (gases, estreñimiento, diarrea, nervios, etc.). Pero a veces puede reflejar una enfermedad seria que necesitará atención médica urgente.

El dolor es una sensación que no se puede medir, ni cuanto duele, ni cómo duele. En el caso del dolor abdominal nos tenemos que guiar por lo que el niño nos cuenta y por otros síntomas asociados.

¿Desde cuándo le duele? Hace horas, días, semanas, meses.

¿Tiene fiebre? No fiebre (menor a 37°), febrícula (de 37 a 38°) o fiebre (mayor a 38°). En el caso de que se tome en el recto siempre hay que descontar 0.5°.

¿Vomita? Si/no, desde cuándo.

¿Deposiciones? No hace o hace bolitas, duras, blandas, líquidas, con o sin moco o sangre.

¿Tiene molestias al orinar? Le duele o le escuece, tiene fiebre.

¿Interfiere con su actividad diaria? No juega, el dolor le obliga a estar tranquilo o no le deja dormir.

¿Presenta otros síntomas (está nervioso u estresado, síntomas respiratorios, traumatismo abdominal, está operado del abdomen, etc.)?

En las niñas mayores puede estar relacionado con [la menstruación](#).

Lo que tienes que hacer...

1. Tranquilizar al niño
2. Buscar una postura cómoda

3. Invitar a ir al baño a hacer caca, ya que muchas veces lo calma
4. No debe darle medicación (salvo en el caso del dolor menstrual en las adolescentes)
5. Dieta normal, sin forzar a comer
6. Observar la evolución del dolor

Debe acudir a urgencias:

- Si el niño tiene mal estado general, está decaído, pálido.
- Si el dolor se hace continuo, cada vez más intenso, de tal forma que el niño no mantiene su actividad habitual o duerme mal.
- Si el dolor se localiza en el lado derecho del abdomen.
- Si tiene vómitos repetidos.
- Si las deposiciones son negras o tienen sangre roja.
- Si el abdomen está tenso, duro o hinchado.
- Si el niño ha sido operado del abdomen recientemente.

7.5.5 Mi hijo está estreñado ¿Qué puedo hacer?

Aunque el estreñimiento no es una enfermedad, es un síntoma muy molesto y motivo de consulta a cualquier edad. Decimos que hay estreñimiento cuando se dan al menos una de las siguientes situaciones:

- Menor frecuencia de evacuación de las heces (menos de 3 veces/semana).
- Heces muy duras y secas.
- Esfuerzo excesivo al defecar o sensación incompleta de evacuación.

Por tanto no realizar una deposición diaria no es estreñimiento, dado que el ritmo defecatorio es variable de una persona a otras.

Puede presentarse de forma aguda, durando unos días y resolverse. Pero también puede convertirse en un estreñimiento mantenido.

Se trata de un problema que ha ido en aumento en los últimos años debido a diversos factores nutricionales (comida rápida y con poca fibra) y sociales (falta de tiempo, estrés, etc.), existiendo también cierta predisposición familiar.

Suele dar dolor abdominal que empeora a lo largo del día o al comer y se alivia con la emisión de gases. Puede llegar a producirse un círculo vicioso muy difícil de romper: el dolor que producen las heces duras al pasar por el ano, conlleva miedo a la defecación y mayor retención, haciendo más grande el bolo fecal y dificultando más la expulsión de las heces.

En ocasiones se produce un escape involuntario de las heces en niños mayores, de consistencia líquida, después de varios días sin defecar, conocido como falsa diarrea del estreñimiento o encopresis. Se produce por un rebosamiento. Es involuntario, por lo que no debemos regañar o castigar al niño.

Hay situaciones que pueden favorecer el estreñimiento como:

- La retirada del pañal.
- Los cambios en la dieta (menor ingesta de fibra o de líquidos).
- El niño que ha sufrido dolor antes en alguna defecación es fácil que rechace este momento.
- Contener el reflejo defecatorio por falta de tiempo para hacer la deposición tranquilamente (muchas actividades, comidas fuera de casa, distracción por el juego, etc.).

El tratamiento del estreñimiento debe ser largo y mantenido. Es principal conocer el ritmo de defecación de cada persona y observar cuando aparecen los problemas. En general debemos evitar que el niño pase más de tres días sin hacer deposición. En estos casos posiblemente habrá demasiadas heces en el intestino. Lo primero que debe hacer es:

- Dar una dieta más líquida y sin demasiada fibra (sin verduras, sin fruta, sin cereales integrales, mejor zumos y pasta) para evitar que se acumule más bolo.
- Usar supositorios de glicerina, laxantes orales o enemas rectales varios días, para conseguir la limpieza total antes de iniciar el plan a largo plazo (en estos casos siempre bajo control médico).

Pasada esta fase aguda y para regular el ritmo intestinal, los pilares del tratamiento son:

1. Establecer o educar hábitos defecatorios, dependiendo del ritmo intestinal y de la edad. Es lo más importante. Debe iniciarse cuando el niño ya no use el pañal. Crear un ambiente relajado y sentar al niño en el aseo en una posición confortable en cuclillas, con los pies apoyados. Un buen momento es después de las comidas. Si el retrete es demasiado grande, emplear adaptadores. Seguir en esa postura durante 5-10 minutos.

No alargarlo más para que el niño no se aburra y rechace el aprendizaje. Si no ha conseguido defecar, volveremos a intentarlo en otro momento. Hay que recompensar el esfuerzo más que el éxito.

2. Alimentación rica en fibra. Variará según la edad del niño:

En los más pequeños la lactancia materna siempre es lo mejor. Mantener una buena hidratación y aumentar el aporte de agua. A partir del 4º o 5º mes de vida se pueden ofrecer papillas con/sin gluten con efecto bífido e integrales. Más adelante papilla de frutas y un poco después las verduras.

En los niños más mayores se recomienda:

- Dar mayor aporte de agua hasta 1,5-2 litros al día.
- Dar más fibra en la alimentación. Comer 5 raciones de frutas y verduras al día.

Algunos alimentos ricos en fibra son:

- Legumbres y verduras
- Cereales
- Pan
- Galletas: de centeno, de avena, integrales.
- Frutas: frambuesas y moras, plátano, chirimoya, higo, manzana, pera, naranja.
- Coco seco, albaricoque seco, higos secos, ciruelas, cacahuetes, almendras, nueces (no dar frutos secos en menores de 4 años, por el riesgo de atragantamiento)
- También el ejercicio físico regular ayudará.

3. **Medicación:** no se suelen utilizar inicialmente. Si esto fuera necesario, siempre será bajo control de su pediatra.

7.5.6 Mi hijo es celiaco

Con frecuencia los pediatras diagnosticamos niños con enfermedad celiaca. El gluten es una proteína presente en el trigo, el centeno, la cebada, la avena y en otros cereales derivados. La enfermedad se debe a una reacción inmune al gluten, que en estos casos daña el intestino delgado, cuya función es absorber los nutrientes de los alimentos.

Puede manifestarse a diferentes edades (generalmente a partir de los 2 años) y de diversas formas: con dolor abdominal, diarrea, pérdida de peso, lesiones en la piel, etc. Pero en algunas personas no da síntomas y con el tiempo puede producir anemias, defectos de esmalte dental, osteoporosis, fracturas, etc. Además puede dañar el intestino delgado incrementando las posibilidades de desarrollar cáncer intestinal.

El diagnóstico generalmente comienza con un simple análisis de sangre, en el que se mide la cantidad de anticuerpos frente al gluten o alguna proteína intestinal (anticuerpos antitransglutaminasa, antiendomiso, antigliadina). Si dan positivos se pueden requerir otras pruebas que confirmen el diagnóstico, como el estudio genético o incluso la biopsia intestinal.

Una vez que un niño es diagnosticado tanto sus hermanos, sus padres y sus abuelos deberían someterse a una prueba para detectar esta condición, ya que ellos pueden padecerla sin tener ningún tipo de síntomas.

Las personas que padecen enfermedad celíaca deben llevar una dieta libre de gluten durante toda su vida. De esta manera el intestino volverá a la normalidad y los problemas de salud desaparecerán.

Es necesario que primero los padres y después el niño sepan elegir los alimentos sin gluten revisando las etiquetas de los alimentos, y cuando surjan dudas mejor no consumirlos. Cada vez son más los supermercados y los restaurantes que comercializan productos sin gluten. Con el tiempo su hijo se adaptará a una dieta sin gluten y será capaz de distinguir los alimentos permitidos y prohibidos.

También lo pueden contener en pequeñas cantidades suplementos vitamínicos y nutricionales, bálsamos labiales y algunos medicamentos. Su pediatra le informará.

Para asegurarse que tiene la información más actualizada y correcta posible, considere unirse a las asociaciones de celíacos. FACE (Federación de Asociaciones de Celíacos de España) desarrolla actividades y aporta información muy útil para celíacos.

Incluso tiene una aplicación de móvil gratuita llamada FACEMOVIL que permite consultar una lista de productos sin gluten aptos para celíacos, y facilita una gran variedad de restaurantes con menús sin gluten y puntos de venta con productos sin gluten, dividido por Comunidades Autónomas. Además dispone de un lector de código de barras que facilita el proceso de compra. El registro, acceso y navegación puede realizarse por internet www.face-movil.es

7.5.7 Intolerancia a la lactosa

En los últimos años parece que cada vez hay más niños y también adultos que “no toleran” la leche. Pero no es que haya ahora más intolerantes a la lactosa que hace años, lo que sucede es que este problema se conoce más y se diagnostican más personas de intolerancia.

La lactosa es el azúcar de la leche. Para digerirla es necesaria una enzima que está en el intestino: la lactasa. La intolerancia se produce porque hay poca lactasa o no la hay. Así la lactosa no se digiere y es fermentada por las bacterias en el tubo digestivo produciendo gas y muchos síntomas. Hay tres formas de intolerancia:

- Algunas personas a lo largo de su vida pierden la lactasa poco a poco, y por tanto la capacidad de digerir la lactosa.
- También hay una intolerancia a la lactosa secundaria, que es temporal. En niños es frecuente que se produzca tras la gastroenteritis infecciosa o en la enfermedad celiaca sin tratamiento. Pasado un tiempo, se recupera.
- Hay una tercera forma de intolerancia, el déficit de lactasa congénito. Aparece desde el nacimiento. Es permanente y más rara.

Los síntomas pueden variar mucho de unas personas a otras. Dependen del nivel de déficit de lactasa, de la cantidad de lactosa ingerida y de la “sensibilidad” del tubo digestivo de cada persona. Algunas personas sólo tienen síntomas cuando toman leche, pero toleran perfectamente otros lácteos como yogur o quesos si los toman en cantidad moderada. Y hay personas que tienen síntomas tomando muy poca lactosa, por ejemplo con la pequeña cantidad que puede haber en la bollería o en algunos embutidos.

Los síntomas más típicos son: sensación de hinchazón del abdomen, gases y flatulencia, dolor abdominal tipo espasmos (retortijones) o dolor menos intenso pero más constante, a veces náuseas... y hasta diarrea si la intolerancia es importante.

Si su hijo/a tiene alguno de estos síntomas y crees que se debe a que no tolera la leche debes consultar al pediatra.

Si su hijo tiene menos de 2 años es rara la intolerancia a la lactosa, excepto si es secundaria a una gastroenteritis. Si su hijo tiene más de 3 años, la forma más sencilla de comprobar si tiene una intolerancia a la lactosa, es reducir o quitar la lactosa de la leche y derivados lácteos durante 2 a 4 semanas y observar si desaparecen los síntomas. En caso de dudas su pediatra solicitará otras pruebas como la del hidrógeno espirado (consiste en analizar el aliento del niño antes y después de tomar lactosa).

El tratamiento será evitar la leche, los batidos, helados, etc., en mayor o menor medida. Como la mayoría de intolerancias son parciales y variables de un niño a otro, habrá que probar que cantidad de lácteos puede tolerar su hijo. Se puede probar con cantidades pequeñas de lácteos fermentados (yogur y quesos). Y observar si existen síntomas con otros productos que pueden llevar trazas de leche: bollería, jamón york, galletas, embutidos... Con el tiempo el niño aprenderá mediante ensayo y error cuanta leche o productos lácteos puede tomar.

La carencia de leche de la dieta se puede sustituir por una leche sin lactosa, por leches vegetales (de soja, de arroz) suplementadas con calcio o incrementando la ingesta de calcio en otros alimentos (sardinas, salmón, brócoli, espinacas, etc.). Otra opción son los comprimidos de lactasa, que se pueden dar en niños antes de cada comida que contiene moderada cantidad de lactosa. Esto ayudaría a digerirla.

Si la intolerancia ha sido causada por un cuadro infeccioso gastrointestinal, la clínica desaparecerá progresivamente y podrá tomar lácteos poco a poco. Los casos hereditarios en los que hay un déficit de la enzima, los síntomas no desaparecerán, la exclusión de lactosa debe realizarse toda la vida. Además con la edad se pierde la lactasa en nuestro intestino, así que en la edad adulta habrá más casos de intolerancia por la pérdida de la enzima.

No hay que confundir la intolerancia a la lactosa (que es el azúcar de la leche) con la alergia a la leche de vaca (que se debe a las proteínas de la leche).

7.5.8 Las lombrices

Es frecuente oír en la consulta “le han entrado lombrices por comer tanto dulce”. Pero en realidad lo que ocurre es que la lombriz entra en el cuerpo cuando el niño sin darse cuenta chupa objetos (juguetes, prendas de vestir, toallas, alimentos de la cocina, mano de otro niño, etc.) que contiene este gusano o sus huevos. Por tanto pueden afectar a cualquier niño, independientemente de que juegue o no en la arena o se bañe o duche cada día.

En el intestino, la lombriz se alimenta de la comida que el niño ingiere y así logra desarrollarse y producir huevos. Los huevos suele ponerlos en la zona anal, sobre todo por la noche produciendo picor intenso. Al rascarse el niño los huevos pasan a las uñas, dedos, mano, ropa, comida... y se diseminan por el entorno.

Se manifiesta generalmente por picor anal, sobre todo nocturno. El picor a veces es tan intenso que dificulta el sueño, y por el rascado se producen pequeñas heridas o irritaciones alrededor del ano, incluso la vagina o la uretra, escociendo al orinar. Otros síntomas menos frecuentes son: dolor de tripa, escasa ganancia de peso, cansancio, anemia, hiperactividad o rechinar de dientes (bruxismo).

Muchas veces no se nota nada y se ven en las heces: pequeños gusanos, blancos finos de 4-5 m.

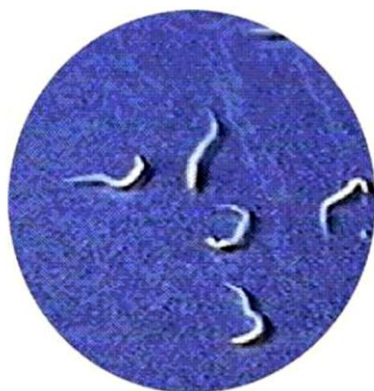


Imagen 33: Lombrices

Las infecciones por lombrices son en general fáciles de curar. No suelen ser necesarios análisis especiales. El tratamiento se hace con un medicamento que destruye al gusano, con una sola dosis, pero no al huevo. Por eso es necesario dar una segunda dosis 10 o 15 días después. ¡No olvidéis la segunda dosis!

También es conveniente tratar a la familia, a todos los niños de la guardería a la vez y lavar con agua caliente la ropa de la cama y pijama después del tratamiento para disminuir el riesgo de reinfecciones (como los piojos).

La mejor medida para evitar la infección y la repetición de infecciones (reinfecciones) es el lavado de manos sobre todo después de ir al baño, antes de comer y después de jugar en el parque con arena. No es necesario que el niño deje de ir a la guardería o al colegio.

7.5.9 *Helicobacter Pylori*

El *Helicobacter pylori* (H. Pylori) es una bacteria que se puede adquirir en la infancia. Produce inflamación de la mucosa del estómago (gastritis) y más raramente úlcera gástrica y/o duodenal.

Su infección depende sobre todo del nivel socioeconómico y de las condiciones ambientales, ya que la transmisión de persona a persona puede ser:

- Oral-oral (el H. Pylori reside en la placa dental).
- Gastro-oral (mediante vómitos).
- Fecal-oral

Así, en los países desarrollados, la infección es baja en la infancia (en nuestro entorno el 22% de los niños sanos poseen dicha bacteria). Sin embargo en los países en vías de desarrollo, debido al consumo de agua no potable y a las malas condiciones sanitarias, la mayoría de la población se encuentra ya infectada en la adolescencia.

En los niños en el 80% de los casos no da síntomas. En otras ocasiones son inespecíficos (dolor abdominal, pérdida de apetito, vómitos mucosos y malestar general) debido a la gastritis. La anemia ferropénica puede ser su manifestación. Las úlceras y hemorragias son poco frecuentes. Sin embargo, no se relaciona de forma clara con el retraso de crecimiento y el reflujo gastroesofágico.

La infección mantenida en adultos predispone a algún tipo de cáncer gástrico o linfoma. Tras adquirir la infección no se puede predecir lo que va a pasar porque depende de la virulencia de la bacteria y de la condición en la que se encuentre la persona (susceptibilidad).

Ante la existencia de síntomas, es difícil distinguir si estos son causados por H. pylori o si son debidos a un dolor funcional (un dolor sin causa).

La infección puede confirmarse con los siguientes métodos diagnósticos:

- **Invasivos:** gastroscopia con obtención de biopsia para detectar la presencia de la bacteria mediante histología, test rápido de urea o cultivo.
- **No invasivos:** prueba del aliento con urea o test de la ureasa, test de antígenos en heces o mediante anticuerpos en fluidos corporales.

Los métodos más fiables son la endoscopia con biopsia y la prueba del aliento o test de la ureasa. El test de los antígenos en heces se usa más para el control tras el tratamiento, que como diagnóstico inicial. La detección de anticuerpos en niños es un método limitado con una sensibilidad de un 60%.

La prueba de la ureasa suele realizarse en el hospital. Consiste en la recogida de aire espirado en una bolsa en dos momentos: al inicio y tras 20 minutos de tomar un comprimido de urea, se realiza nueva recogida de aire en otra bolsa. El *H. Pylori* produce gran cantidad de ureasa, por lo que si existe infección, se produce una reacción química que se analizará en el aire que se ha recogido. Debe realizarse en ayunas y sin lavarse los dientes, y no se debe estar tomando omeprazol ni antibióticos los días anteriores.

El tratamiento incluye medicamentos que disminuyen la acidez gástrica y antibióticos. Uno de los más recomendados es la TRIPLE TERAPIA: inhibidores de la bomba de protones + amoxicilina + claritromicina o metronidazol durante 10-14 días. También se aconseja asociar probióticos.

Existe intención de crear una vacuna frente al *H. Pylori*. Investigaciones recientes la han aplicado en animales, pero aún no está disponible para su uso en humanos.

La prevención que podemos llevar a cabo es: mantener una correcta higiene, tomar agua potable, ingerir alimentos preparados correctamente, evitar contacto con animales domésticos y no compartir utensilios de uso personal.

7.5.10 ¿Está amarillo mi hijo?

Algunas mamás nos consultan porque ven en sus hijos una coloración amarillenta en las palmas de las manos o plantas de los pies, aunque los pequeños no tienen otros síntomas.

La carotenosis o carotenemia es la presencia del pigmento naranja *caroteno* en la sangre debido a una excesiva ingesta de zanahorias y otras verduras de hoja verde oscura. Es un derivado de la vitamina A.

Es especialmente frecuente en bebés y niños que toman grandes cantidades de purés de verduras.

Es un problema benigno, poco importante y reversible. Se observa más en niños de piel muy clara y preocupa a los padres porque **a veces puede confundirse con la ictericia que se manifiesta en otras enfermedades.**

Este pigmento se elimina a través del sudor y se acumula en zonas de piel más gruesa. Por ello aparece una coloración amarillo-anaranjada en las palmas de las manos y plantas de los pies y alrededor de las fosas nasales. A diferencia de la ictericia, no se deposita en la esclera del ojo (la porción blanca).

Otra diferencia con la ictericia es que la carotenosis es más llamativa bajo luz artificial.



Imagen 34: Carotenosis. Copyright MDDK.COM © 2015, All Rights Reserved.

La coloración naranja desaparece si disminuye el consumo de estos alimentos.

A continuación pueden ver una lista de alimentos con alto contenido en carotenos:

- Brócoli, coles de Bruselas, repollo, acelga, col rizada, lechuga, perejil, espinaca, espárragos, alfalfa, habas.
- Zanahorias, naranjas, calabaza, tomates, patata, maíz, calabacín, pepino, remolacha, ñames, batata.
- Albaricoques, melocotones, ciruelas, manzanas.
- Melón, piña, kiwi, papaya, mango, higos.
- Huevos.
- Mostaza.
- Lácteos.

7.6 Problemas de salud: endocrinos y metabólicos



7.6.1 Sobrepeso y obesidad

En los últimos años el sobrepeso y obesidad están aumentando de forma alarmante. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el sobrepeso y obesidad son “la pandemia del siglo XXI”.

La obesidad es una enfermedad crónica que afecta la calidad de vida del niño y favorece el desarrollo de enfermedades... ¿somos conscientes?

Además de la genética de cada persona, las principales causas de esta enfermedad son ambientales:

- Elevada ingesta de alimentos con alto contenido en calorías (bollería industrial, gominolas, pizzas y hamburguesas...).

- Estilo de vida sedentario (poco ejercicio físico y muchas horas frente al televisor o los videojuegos).
- Alteraciones en la dinámica familiar: las ajetreadas familias tienen poco tiempo de preparar comidas saludables y para realizar ejercicio físico. En definitiva, poco tiempo para inculcar hábitos de vida saludable.
- Mala higiene del sueño (dormir menos de 8 horas al día).

Lo más importante es la prevención, con acciones sobre la educación nutricional y ejercicio físico. Pero cuando el sobrepeso u obesidad ya están establecidos es preciso actuar con decisión. Las dietas bajas en calorías: no suelen ser útiles, funcionan mientras se aplican y después tienen efecto rebote. **Lo más útil es modificar la conducta alimenticia y la actividad física, participando todos los miembros de la familia.**

- Todos los días verduras, hortalizas, cereales, pan y patatas.
- Fruta fresca como postre todos los días (una de ellas un cítrico: naranja, mandarina). Legumbres al menos 2 veces a la semana.
- Aceite de oliva una cucharada diaria.
- Leche, yogures y quesos bajos en grasa todos los días. A esta edad es imprescindible el aporte de calcio para favorecer la mineralización ósea y prevenir la osteoporosis que puede aparecer en edades posteriores.
- Pescado 3 o 4 veces a la semana, blanco y azul.
- Evitar carnes animales muy grasas. Escoger la carne magra (sin mucha grasa) y tomarla 2 o 3 veces a la semana. Tomar carnes grasas (rojas, embutidos, tocino) ocasionalmente, sólo alguna vez al mes.
- No abusar de la sal ni de los alimentos salados. Usa el ajo, la cebolla, el vinagre, el limón o las hierbas aromáticas para condimentar como alternativa a la sal.
- Beber al día unos dos litros de agua. ¡El agua no engorda!
- Moderar el consumo de refrescos azucarados, dulces, pastelería, bollería (sobre la industrial) y de comida rápida.

- Realizar 5 o 6 comidas al día, dando especial importancia al desayuno (completo y con tiempo), le dará energías para el resto del día.
- Evitar picotear entre horas, limitando la presencia en casa de alimentos con alto contenido calórico.
- Evitar compensar el buen comportamiento del niño con comida y menos con golosinas.
- Actividad moderada al menos durante unos 60 minutos al día e intensa al menos 3 veces/semana. Los niños disfrutan realizando deportes organizados y en compañía de padres, hermanos y amigos.

Si a usted le preocupa que su hijo tenga exceso de peso acuda a su PEDIATRA, quien le dirá el grado de sobrepeso, mediante la valoración del peso, la talla y el índice de masa corporal, y le indicará la dieta más adecuada.

Desayuno: Un vaso de leche desnatada con 4 galletas María o dos tostas de pan o una tacita de cereales (mejor sin chocolate). Acompañado de un vasito de zumo de naranja o un kiwi.



Media mañana: Frutas variadas o pequeño bocadillo de embutido bajo en grasa (pechuga de pavo, jamón york o queso light).



Comida: Legumbres o pasta acompañada de verdura o bien verduras con carne o pescado a la plancha o al horno. Postre: lácteo desnatado o fruta.



Merienda: Frutas variadas o pequeño bocadillo de embutido bajo en grasa (pechuga de pavo, jamón york o queso bajo en grasa). Mejor lo contrario de la media mañana.



Cena: ensalada con huevo, pescado o carne cocinado a la plancha o al horno. Postre: lácteo desnatado.



Imagen 35: Ejemplo de dieta

7.6.2 Control del colesterol

El colesterol es una sustancia que se forma en gran medida en el hígado y en menor porcentaje procede de los alimentos que comemos. Es necesario para muchas funciones de nuestro cuerpo. Sin embargo los niveles altos y mantenidos a lo largo del tiempo pueden originar obstrucción de los vasos sanguíneos (ateroesclerosis) ocasionando en la vida adulta enfermedades cardiacas y accidentes cerebrovasculares precoces.

Existen tres tipos de colesterol: colesterol total (CT), bueno (HDL) y malo (LDL). Las cifras que se pueden considerar peligrosas son:

- Por encima de 200 miligramos de colesterol total (CT, es la suma del HDL y LDL).
- Por encima de 130 miligramos de colesterol malo (LDL) (el que obstruye los vasos sanguíneos).
- Por debajo de 40 miligramos de colesterol bueno (HDL) (el que necesita nuestro cuerpo).

Las razones por las que se eleva el colesterol pueden ser alimentarias, por aumento de la ingesta de grasas saturadas contenidas en: mantequilla, bollería industrial, embutidos, leche entera, huevos, queso curado, comida basura. Otros motivos muchas veces más importantes son los antecedentes familiares, la falta de ejercicio físico, el estrés, el sobrepeso o algunas enfermedades (del tiroides, diabetes o del riñón).

Actualmente los expertos no recomiendan hacer análisis de colesterol a todos los niños. Solo en los casos especiales en los que se asocie:

- Historia familiar positiva: padres, abuelos, tíos, hermanos, con problemas cardiacos o cerebro vasculares por debajo de los 55 años en varones y 65 en mujeres.
- Padres con CT mayor o igual a 240 mg/dl.

- Niño con cualquier otro factor de riesgo: diabetes, hipertensión, hipotiroidismo, obesidad, tabaquismo.
- Niño con otras enfermedades de especial riesgo: problemas cardíacos, renales, enfermedad de Kawasaki, enfermedades autoinmunes (lupus, artritis reumatoide juvenil), etc.

El tratamiento en niños consiste en rebajar el consumo de grasas saturadas y colesterol, pero aportando las calorías y nutrientes necesarios para un adecuado crecimiento y desarrollo. Esto se consigue con frutas, verduras, hortalizas, lácteos desnatados, legumbres, cereales, pescado azul, carnes blancas (pollo sin piel y conejo) frutos secos y aceite de oliva. Por otro lado habrá que evitar los alimentos que contienen grasa perjudicial para el corazón y las arterias: mantequillas, embutidos, bollería industrial y fritos comerciales. Lo aconsejable son los métodos de cocinado con poca grasa: a la plancha, cocido, al vapor, al horno o al microondas.

También junto a la alimentación sana ayudará la promoción de estilos de vida más saludables, como el ejercicio físico diario.

El tratamiento con fármacos sólo se utiliza en casos especiales, sobre todo cuando existe hipercolesterolemia familiar.

7.6.3 Diabetes

Un día la “Señora Azúcar” volvía del mercado a su casa, cuando se dio cuenta que había perdido su llave, “La insulina”, así que no pudo entrar a su casa “Villa Célula”. Desde entonces Villa Célula estuvo abandonada, la pintura se fue cayendo de las paredes, se marchitaron las flores del jardín y hasta el sol se entristeció al verla tan estropeada. Así empieza el libro: “Todo lo que debes saber sobre la diabetes en la edad pediátrica” y que puede descargar gratuitamente en Internet.

Lo mismo ocurre con la diabetes: el páncreas de nuestro cuerpo deja de producir insulina y la glucosa no puede entrar en las células para que estas formen energía. Si no es así nuestro cuerpo no puede crecer, desarrollarse ni funcionar.

Esta enfermedad tiene carácter genético y no se cura. Sus síntomas son sed intensa, hambre continua, orina abundante y con frecuencia, cansancio, dolor abdominal o vómitos y adelgazamiento. A veces también no tienen apetito.

Es preciso iniciar el tratamiento cuanto antes con insulina. El niño puede llegar a hacer una vida normal si se pone la insulina que le falta y regula de forma correcta la alimentación y el ejercicio físico.

Los padres deben aprender el manejo de la enfermedad del niño hasta que su hijo aprenda a controlarla. La diabetes no debe ocultarse. Es muy importante que los padres den a los profesores y contactos del niño si ellos no van a estar, información sobre cómo actuar en condiciones normales y cuando existen problemas.

Las complicaciones más frecuentes de la diabetes son las hiperglucemias y las hipoglucemias:

- Las hiperglucemias (más de 180 mg/dl) no suelen ser una emergencia, pero hay que evitarlas con un buen control del azúcar en sangre. Hay que administrar líquidos no azucarados.

- Las hipoglucemias (menos de 70 mg/dl) sí suelen ser una urgencia. Los síntomas son mareo, confusión al hablar, sueño o irritabilidad en los más pequeños, etc. Pero a veces no da síntomas. Es una complicación grave de la diabetes que habrá que manejar de forma rápida, ya que si no se trata puede llevar a la pérdida de conciencia y al coma. Los padres, profesores, amigos deben saber tratar este tipo de situaciones:
 - Si el niño está consciente lo importante es dar glucosa: glucosport, azúcar, miel, zumos o refrescos azucarados (no lights). Una vez que se haya pasado hay que dar alimentos con hidratos de carbono de absorción lenta (pan, yogurt o galletas) para evitar que se vuelva a repetir.
 - Si el niño no está consciente hay que poner Glucagón (es una hormona que aumenta la glucosa en sangre): media ampolla inyectable en niños menores de 7 años y una ampolla en mayores. El Glucagón es muy seguro, aunque se ponga de forma inadecuada. Debe estar disponible en casa y en el colegio y se debe vigilar para que esté sin caducar. Una vez administrado habrá que llevar al niño a un servicio de urgencias.

Actualmente se está investigando para encontrar el tratamiento curativo de la diabetes (parches inteligentes de insulina, bombas de infusión, células madre...).

7.6.4 Hipotiroidismo

El hipotiroidismo es una enfermedad que se origina por la disminución de la actividad de la glándula tiroides, produciendo menos hormonas tiroideas.

Puede producirse por causas genéticas, autoinmunes (nuestro sistema de defensa ataca a la propia tiroides) o déficit de yodo en la alimentación.

Estas hormonas son muy importantes en la edad pediátrica para el crecimiento y el desarrollo intelectual.

En los recién nacidos y niños pequeños, algunos de los síntomas son:

- Mayor tendencia al sueño. Se van a encontrar menos activos de lo que se considera normal.
- Estreñimiento y dificultad en la alimentación.
- Crecimiento más lento.
- Alteración del desarrollo cerebral e intelectual.

En niños mayores y adolescentes:

- Sedentarismo, somnolencia, lentitud en los movimientos y cansancio continuo.
- Aumento de peso, con tendencia a presentar sobrepeso.
- Estreñimiento persistente.
- Disminución de la tolerancia al frío.
- Bajo rendimiento escolar.

Debido a las importantes consecuencias en la salud que produce esta enfermedad, actualmente en España se realiza un cribado de hipotiroidismo y de otras alteraciones metabólicas a todos los recién nacidos, entre el segundo y tercer día de vida. Es conocido como “Prueba del Talón”. Si está alterada se realizará una analítica sanguínea para confirmar el diagnóstico y en ocasiones se solicitarán otras pruebas, como una

ecografía o gammagrafía, para determinar el estado del tiroides. De esta forma, se detectará rápidamente el hipotiroidismo congénito.

Otros casos se presentarán a lo largo de la vida (hipotiroidismo adquirido).

En las dos situaciones, tanto si es congénito como si es adquirido, el tratamiento consiste en aportar al cuerpo del niño/a las hormonas tiroideas que es incapaz de producir por sí mismo. Se mantendrán durante un periodo de tiempo o de por vida, dependiendo de la causa.

El tratamiento de elección es la Levotiroxina sódica, administrada preferentemente en dosis única diaria, vía oral. Su absorción se ve afectada por la ingesta simultánea de alimentos, siendo importante tomar el fármaco al menos treinta minutos antes del desayuno.

Posteriormente se realizarán ajustes de la medicación con controles analíticos sucesivos. Inicialmente cada poco tiempo y posteriormente se espaciarán. El especialista y su pediatra vigilarán el adecuado crecimiento, ganancia ponderal, y desarrollo neurológico del niño.

Recuerde:

El pronóstico de ésta enfermedad es bueno si se diagnostica y se inicia el tratamiento de forma precoz. Es importante saber y reconocer los síntomas, para acudir al pediatra ante la sospecha.

7.6.5 Pubertad precoz

La pubertad es el periodo de transición entre la infancia y la edad adulta. En ella aparecen de forma gradual los caracteres sexuales secundarios, aumenta la velocidad de crecimiento hasta alcanzar la talla adulta y además se adquiere la capacidad reproductiva. Todo ello se acompaña de cambios psicológicos y en la conducta (también llamados adolescencia).

En las niñas el primer signo de pubertad suele ser el desarrollo mamario (telarquia), seguido por el crecimiento de vello púbico (pubarquia) y, a continuación, la menarquia. En los niños, el primer signo es el crecimiento testicular, seguido por el crecimiento del pene y el crecimiento de vello púbico.

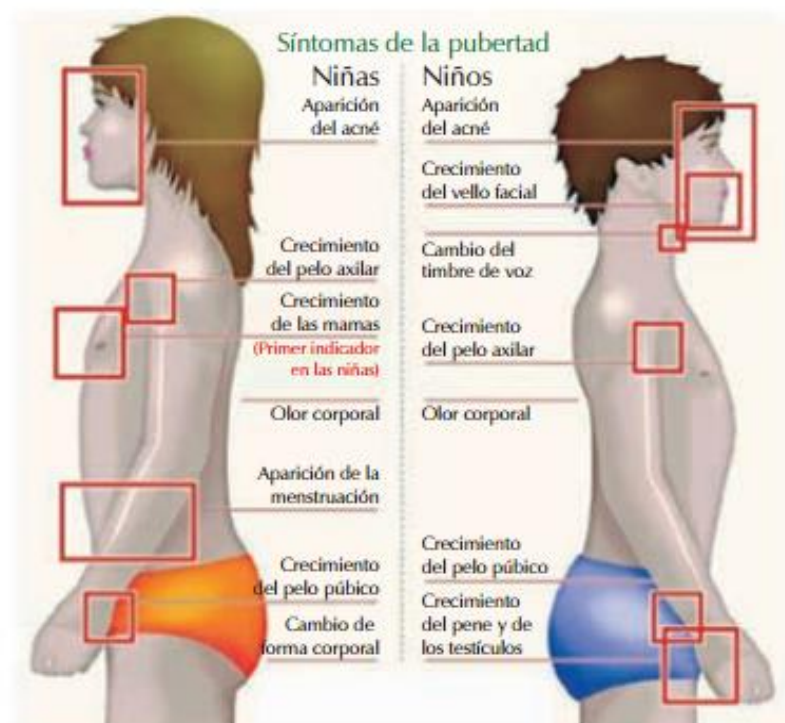


Imagen 36: Signos clínicos de pubertad precoz en niños y niñas.
Fuente: <http://pequelia.es/ninos/obesidad-y-pubertad-precoz.html>

La pubertad precoz es la situación en la que antes de los 8 años en la niña y 9 años en el niño se inicia la pubertad y además progresa. No conviene que esto ocurra por el problema psicológico que supone para el niño/a afrontar esta situación y porque su crecimiento disminuiría.

La causa puede ir asociada a dos tipos de problemas:

- **Pubertad precoz central:** cuando el fallo está en zonas del cerebro que controlan la liberación de hormonas.
- **Pubertad precoz periférica:** cuando se debe a un exceso de hormonas circulantes cuyo origen puede ser desconocido (es la más frecuente) o por tejidos productores de las mismas.

Para su diagnóstico su pediatra o endocrino puede requerir la realización de una edad ósea (radiografía de la mano), y a veces análisis de sangre para valoración hormonal. Una edad ósea adelantada respecto a la edad cronológica hace pensar que hay pubertad precoz. Es muy raro tener que solicitar otras pruebas: resonancia magnética, ecografía, etc.

La mayoría no necesita tratamiento, ya que se tratan de casos incompletos de desarrollo de vello pubiano (adrenarquia) o de tejido mamario (telarquia). Tan sólo necesitará controles periódicos del desarrollo. Pero si se trata de una pubertad precoz completa su médico le indicará un tratamiento hormonal frenador del desarrollo puberal. Se administra vía intramuscular cada 28 días. Es bastante bien tolerado.

7.6.6 Talla baja

La talla baja muchas veces es motivo de preocupación por parte de los padres, acudiendo al médico para estudio.

Se define talla baja aquella que se sitúa por debajo del percentil 3 (P3) para la edad y sexo del niño.

Existen alteraciones del crecimiento que producen talla baja en la infancia y su tratamiento podría mejorar la talla final, pero es muy importante tener en cuenta que la mayoría de las veces las tallas bajas son variantes de la normalidad.

Por tanto, la talla baja se puede clasificar en:

-Talla baja idiopática: corresponde al 80% de los casos. Es aquella en la que no se conoce la causa del retraso del crecimiento porque no existe una enfermedad que la produzca. En estos casos es muy importante un estudio de los padres. Hay dos tipos:

- Talla baja familiar: existen antecedentes familiares de talla baja, la pubertad es normal y la talla final queda baja.
- Retraso constitucional del crecimiento: Existe una ralentización del crecimiento con un retraso de la pubertad. Debe diagnosticarse de forma evolutiva siguiendo la pubertad del niño. La talla final queda normal.

-Talla baja patológica: representa el 20% de los casos. Engloba múltiples causas (enfermedades genéticas, diabetes, cardiopatías, hipotiroidismo, etc.) que pueden ocasionar efectos negativos en la evolución normal de la talla. Se clasifica en:

- Talla baja patológica armónica o proporcionada: prenatal o postnatal.
- Talla baja patológica disarmónica o desproporcionada.

Cuando vea que su hijo no crece de forma adecuada debe consultar a su pediatra. Este puede hacerles preguntas sobre la talla de los familiares así como sobre la edad en la que iniciaron la pubertad, la historia prenatal del niño, evolución del desarrollo

psicomotor e información sobre la alimentación, enfermedades que haya padecido y factores psicosociales.

Tras la exploración general, el pediatra puede solicitar otras exploraciones complementarias. Lo más habitual es solicitar una radiografía de la mano para valorar la edad ósea. Una edad ósea retrasada o adelantada respecto a la edad cronológica puede indicar la necesidad de hacer otras pruebas analíticas o de imagen.

Por último, debe saber que la talla baja NO es una enfermedad, sino un síntoma que hay que estudiar. En la mayoría de los casos no hace falta tratamiento. Sólo en los casos de talla baja patológica habría que tratar la causa y administrar la hormona de crecimiento de forma diaria, por vía subcutánea y de preferencia en la noche, con un seguimiento por parte del pediatra o endocrino.

7.7 Problemas de salud: fiebre e infecciones



7.7.1 Mi hijo tiene fiebre

La fiebre consiste en la elevación de la temperatura normal del cuerpo por encima de 38,5 °C si se mide en el recto o más de 38 °C si se mide en la axila. La temperatura normal del cuerpo es hasta 37,5 °C en recto y hasta 37 °C en axila. Entre ambos valores se considera febrícula.

La causa más frecuente en los niños es una viriasis o infección producida por virus.

Lo que debe hacer cuando el niño tiene fiebre...

- Compruebe la temperatura con un termómetro. No decida que su hijo tiene fiebre poniéndole la mano sobre la frente. Los termómetros de mercurio ya no se comercializan porque el mercurio es un contaminante ambiental. Los más recomendables son los termómetros digitales aplicados en la axila o en el recto (en los bebés).
- No ponga mucha ropa al niño. Mantenga una temperatura ambiental agradable.

- Ofrezcale líquidos de forma frecuente. Haga alimentación variada, pero sin forzar.
- No es necesario bajar la fiebre en todas las circunstancias, sólo si el niño está molesto. Esto ocurre, generalmente, a partir de 38-38,5 °C.
- Los medicamentos habituales para tratar la fiebre son el Paracetamol y el Ibuprofeno. No se debe dar Aspirina®. Sus dosis se calculan según el peso del niño, no según la edad. Se debe respetar los intervalos entre las mismas, aunque la fiebre reaparezca antes. No es aconsejable alternar o combinar medicamentos para tratar la fiebre, sólo hacerlo en circunstancias especiales.
- Durante la fiebre puede bañar al niño con normalidad. Puede incluso ayudar a descender algo la fiebre. Pero no utilice compresas de alcohol, ni de agua fría.

Debe acudir a urgencias...

- Si el niño tiene menos de 3 meses de edad.
- Si su hijo está adormilado, decaído o, por el contrario, muy irritable.
- Si presenta convulsión o pérdida de conocimiento.
- Si se queja de dolor de cabeza intenso y vomita varias veces.
- Si el niño respira con dificultad.
- Si no orina o la orina es escasa.
- Cuando aparecen manchas rojas en la piel que no desaparecen al estirar la piel.

Recuerde:

- La fiebre no es mala. En realidad, es un mecanismo de defensa frente a la infección. Cuando tenemos una infección el cuerpo produce más calor (fiebre) para que nuestras defensas luchen contra ella y para que no proliferen los virus o bacterias.
- La fiebre no produce daño en el cerebro.

- El grado de la fiebre no sirve de indicador de gravedad de la infección, ni si está causada por virus o por bacterias. Hay niños con catarrros banales con fiebre alta e infecciones graves con poca fiebre.
- Los antitérmicos no curan la infección, sólo ayudan a que el niño se sienta mejor. Solo se deben usar si el niño está molesto o existe dolor.
- Está desaconsejado el uso de Paracetamol o Ibuprofeno tras la vacunación para prevenir las reacciones febriles o las reacciones en la zona de inyección.
- Es mejor no combinar paracetamol e ibuprofeno, incrementa la posibilidad de efectos secundarios y de intoxicación (por confusión de las dosis por parte de los padres o ingesta accidental del niño).



Imagen 37: Decálogo de la fiebre. Disponible en: <https://www.aepap.org/biblioteca/ayuda-en-la-consulta/decalogo-de-la-fiebre>

7.7.2 Información sobre las convulsiones febriles

En el Centro de Salud aparecen unos padres con un niño de tres años en brazos corriendo y gritando que su hijo le ha dado un ataque y que se muere. Los padres dicen que el niño estaba bien y que de repente ha vuelto los ojos hacia arriba, se ha puesto rígido, movía las extremidades y no respondía (había perdido la conciencia). Cuando le vemos comprobamos que el niño con buena apariencia general, presenta respiración y latido normal y tiene fiebre.



Imagen 38: Convulsión febril. Fuente: ADAM.

Parece que nos encontramos ante una convulsión febril típica. En general es una experiencia que asusta mucho a los padres o cuidadores. Se producen habitualmente en niños previamente sanos y se asocia a infecciones víricas con fiebre. También pueden aparecer tras la vacunación.

No se conoce bien el mecanismo por el que la fiebre origina las convulsiones, pero influye más la variación brusca de la temperatura que la intensidad de la fiebre. A veces ocurren con poca fiebre, al principio del episodio febril, o tras haber dado el tratamiento habitual para la fiebre (ibuprofeno o paracetamol). También se heredan (con frecuencia a algún familiar le ha ocurrido).

Lo importante es mantener la calma. No chillar. Ni zarandear al niño. No debe intentar meter nada en la boca a la fuerza para impedir que se muerda la lengua. Ni tampoco

intentar detener los movimientos de la convulsión. Lo mejor es evitar que se caiga y colocarle tumbado de lado. La mayoría de las convulsiones ceden solas en pocos minutos. Es normal que sienta sueño después de la convulsión. Rara vez es necesario administrar medicación, salvo si no remiten.

En general no es necesario realizar pruebas especiales, salvo las algunas para descubrir la causa de la fiebre. La convulsión no causa daños neurológicos y el riesgo de muerte es prácticamente nulo. Ahora bien, se pueden volver a repetir, esto ocurre en 1 de cada 3 niños que han tenido una convulsión febril. No se sabe bien por qué en unos niños se repite y en otros no.

Recuerde:

- Mantener la calma.
- Acudir a urgencias cuando remita la convulsión para averiguar la causa de la fiebre.
- Si la convulsión dura mucho llame al 112 para que una ambulancia lleve al niño al hospital.
- En caso de crisis repetidas se aconseja consultar con el especialista.

7.7.3 Principales exantemas

Las consultas de los pediatras y de urgencias son frecuentadas a menudo por mamás y papás preocupados porque a su niño le han salido unas manchas.

Algunas de las manifestaciones dermatológicas más habituales en la consulta de Atención Primaria son:



Imagen 39: Exantema Súbito



Imagen 40: Megaloeritema



Imagen 41: Escarlatina



*Imagen 42:
Enfermedad boca – mano – pie*



Imagen 43: Varicela

Tabla 2: Exantemas principales en pediatría

NOMBRE (VIRUS)	CLÍNICA	TIPO DE EXANTEMA	TRATAMIENTO
1. Exantema viral súbito (Roseola infantil o 6ª enfermedad) - Herpesvirus 6 y 7	Lactantes 6-18 meses. Fiebre alta (hasta 40°) tres días. Al cuarto desaparece y brota el exantema . Desaparece en 1-2 días.	Manchas rosadas en cuello y tronco que se extienden a extremidades. Se confunde con alergia a antibióticos.	Sintomático
2. Megaloeritema (Eritema infeccioso o 5ª enfermedad) - Parvovirus B19	6 a 12 años. Primavera-verano. Sin fiebre . A veces síntomas gripales (frecuente dolor de articulaciones)	Rojo intenso en ambas mejillas, respetando el labio superior (signo de la bofetada). Exantema rosado en tronco y extremidades de aspecto reticulado.	Sintomático
3. Escarlatina - Streptococo BHGA (Streptococcus pyogenes)	5 a 15 años. Invierno-primavera. Fiebre 1-2 días + anginas con placas . (“no hay escarlatina sin angina”) El exantema brota a las 24-72 horas.	Manchas rojizas confluyentes desde cuello a tronco y extremidades. Con muchas papulitas que al tacto dan una sensación áspera (piel de “papel de lija”) y pican. Lengua aframbuesada. Termina descamándose	Antibióticos
4. Mano-pie-boca - Coxsackie A16, enterovirus 71	1-2 días de fiebre y síntomas catarrales hasta que brota el exantema. Muy contagioso.	Vesículas (pequeñas ampollas) en manos y pies . A veces úlceras en boca.	Sintomático
5. Varicela - Virus varicela - zóster.	No vacunados. 1-2 días de catarro leve, fiebre y picor intenso , hasta que brota el exantema. Contagioso desde 1-2 días antes de la aparición del exantema hasta la fase costrosa.	3-5 días de manchas rojas que evolucionan a vesículas y costras (“cielo estrellado”) Se extiende desde el tronco a extremidades. No respeta el cuero cabelludo.	Profilaxis con vacuna. Sintomático. Higiene. En neonatos, antivirales. Nunca ácido acetil salicílico.

7.7.4 Varicela

La varicela es una enfermedad producida por el virus Varicela-Zóster, de la familia de los herpes. En general es una enfermedad leve, pero es molesta y a veces puede tener complicaciones. Es más frecuente en niños menores de 5 años y en los no protegidos por la vacuna.

El período de incubación es de 2-3 semanas. Se inicia como un cuadro catarral leve de 1-2 días con fiebre, dolor de cabeza, dolor abdominal, dolores articulares, vómitos, dolor de garganta...

Después brota una erupción. Consiste en elevaciones rojas de la piel (parecida a picaduras de insecto). Más tarde se hacen vesículas (pequeñas ampollitas con contenido claro) que terminan rompiéndose, quedando una costra. Se resuelve en una semana aproximadamente. Lo habitual es que haya lesiones de varios tipos (pápulas, vesículas y costras), de ahí que se diga que la piel tiene un aspecto de “cielo estrellado”.

Se extiende desde el tronco a la cara, cuero cabelludo e inicio de extremidades. Puede afectar a las mucosas de la boca y genitales. No suele afectar a palmas y plantas.

Produce picor, lo cual hace que el niño se rasque y pueda sobreinfectar la piel.



Imagen 44: Varicela

Se contagia (y es muy contagiosa) desde 2 días antes de brotar las lesiones cutáneas hasta que todas las costras están desapareciendo. Si su hijo tiene varicela, es mejor que no acuda a la escuela hasta que las ampollas estén secas.

Especialmente debe evitar contacto con personas con defensas alteradas (inmunodeprimidos), ya que podrán desarrollar complicaciones más graves (como la neumonía). Además debe alejarse de las embarazadas que no la hayan pasado o no estén vacunadas previamente, ya que la varicela durante la gestación puede transmitirse al feto:

- Si la infección materna ocurre entre las semanas 8 y 20 de gestación: el riesgo de malformaciones (sobre todo cerebrales) es del 5%.
- Si la erupción en la madre aparece entre los 5 días antes del parto hasta 4 días tras el parto: la varicela del recién nacido a los 5-10 días puede ser grave.
- Si la erupción materna aparece entre los 5-21 días tras el parto: la afectación del recién nacido suele ser leve.

El **tratamiento** consistirá en medidas de confort:

- Baños cortos con jabones calmantes, con agua tibia o fresca (evita la sobreinfección y calman el picor).
- Evitar el rascado en lo posible. Mantenga las uñas cortas y limpias.
- Ofrezca comidas suaves, blandas y frescas si hay úlceras en la boca.
- De paracetamol si la fiebre es alta o hay molestias o dolor, sobre todo en lesiones genitales.
- Los antihistamínicos para el picor serán recetados por el pediatra si lo precisa.
- Desinfecte las vesículas rotas con antisépticos tópicos y, si hay infección, antibióticos en pomada.
- En casos muy concretos en inmunodeprimidos, embarazadas o recién nacidos durante el primer mes de vida puede ser necesario medicamentos antivirales y/o inmunoglobulinas.

No debe tomar ácido acetil-salicílico (aspirina) por el riesgo de Síndrome de Reye, una complicación infrecuente pero peligrosa, que afecta al cerebro y al hígado.

La única forma eficaz de prevenir la varicela es poner la vacuna. La vacuna tiene alrededor de un 70% a 85% de efectividad en la prevención de una infección leve y, más de un 95% de efectividad en formas moderadas o graves.

Actualmente está incluida en el calendario vacunal infantil, con dosis alrededor de los 15 meses y el refuerzo entre los 3 y 4 años. La vacuna no se puede poner a embarazadas ni inmunodeprimidos graves, por ser de virus vivos atenuados.

7.7.5 Enfermedad boca-mano-pie

Es una infección producida por el virus Cosackie. Se suelen presentar en oleadas epidémicas, especialmente los meses de mayo, junio y julio.

Tras unos días con fiebre y malestar, produce unas pequeñas “ampollitas” en la planta de los pies, en la palma de las manos y entre los dedos. También en la boca y en la zona del pañal. No suele doler, salvo las “ulcerillas” de la boca que pueden dificultar el comer. Se curan en 5-10 días.



Imagen 45: Lesiones cutáneas de la enfermedad boca-mano-pie.

Otra cosa que puede pasar es que se caiga una o varias uñas de la mano o de los pies. Suele ocurrir a las 5 o 6 semanas de la infección. Se llama “onicomadesis”. Posteriormente, la uña se recupera en su totalidad.



Imagen 46: Onicomadesis.

Es difícil evitar su transmisión. Se contagia por vía aérea, a través de las gotitas que se emiten al hablar o toser y por contacto directo (manos, objetos, etc.). No es necesario que el niño deje de ir a la guardería porque muchos se contagian en el periodo de incubación. La promoción de buenos hábitos de higiene de manos y secreciones

respiratorias (pañuelos desechables, toser sobre la manga, lavado de juguetes que chupa el niño, etc.) en los niños y sus contactos es la mejor prevención.

Además, hay que tener en cuenta que se puede volver a pasar porque hay varias especies de virus que pueden causar esta enfermedad otra vez. No hay vacuna frente a este virus.

No precisa tratamiento específico. Tan solo alivio de los síntomas. Si produce dolor o fiebre se dará ibuprofeno o paracetamol. Para disminuir la molestia y facilitar la curación de las úlceras de la boca se puede utilizar algún producto farmacéutico en spray, colutorio (para enjuague) o gel. Es importante asegurar la toma de líquidos: leche, caldos, etc., evitando alimentos calientes, ácidos o salados. Los antibióticos no son eficaces y no se prescriben.

7.7.6 ¿Sabes qué es la Mononucleosis infecciosa o “enfermedad del beso”?

Es otra infección vírica. El virus que la produce se llama Ebstein Barr, aunque hay otro tipo de virus que también producen cuadros parecidos “pseudomononucleosis”.

Se llama “enfermedad del beso” porque se trasmite a través de la saliva y la mucosidad. Aunque no es tan contagiosa como otras infecciones respiratorias, conviene tomar precauciones respiratorias (evitar exposición a tos y estornudos) y lavado de manos. El periodo de tiempo que contagia no está bien determinado, pero puede ser desde un mes antes de la aparición de los síntomas (periodo de incubación) y varios meses después de pasarla.

Los síntomas que produce son:

- Fiebre.
- Inflamación y dolor de garganta, generalmente con pus.
- Inflamación de ganglios linfáticos. También del bazo (a la izquierda) y del hígado (a la derecha).
- Síntomas generales: dolor de cabeza y muscular, fatiga, malestar general, cansancio, pérdida de apetito.



Imagen 47: Síntomas clínicos de la mononucleosis. Fuente: ADAM.

La intensidad de los síntomas es variable, pero en general los adultos lo pasan peor que los niños. También hay personas que cogen el virus y no desarrollan la enfermedad.

Suelen durar de 7 a 15 días, pero el cansancio y decaimiento que deja a veces se alarga más de un mes. El diagnóstico se basa en la clínica y se confirma con un análisis de sangre que nos indica la aparición de linfocitos activados y serología vírica positiva.

No existe tratamiento curativo. Los antibióticos no sirven para tratar los virus y menos en este tipo de infección en el que el uso de amoxicilina puede originar la aparición de granitos por el cuerpo (exantema). La mayoría de mononucleosis se resuelven sin complicaciones, y sin dar medicación.

El único tratamiento que pretende aliviar los síntomas sería:

- Beber líquidos para mantener la hidratación, pero sin forzar a comer.
- Reposo para mejorar el cansancio general y evitar deportes que puedan ocasionar golpes en el abdomen por el riesgo de rotura del bazo inflamado, hasta un mes después de pasar la enfermedad.
- Si la fiebre es alta o el malestar intenso, se puede dar ibuprofeno o paracetamol.

7.7.7 ¿Difteria? Viaje a 1880

Fue en ese año cuando se produjo en Europa y Estados Unidos una gran epidemia de difteria. Produjo la muerte al 50% de los afectados. Llego a ser una de las enfermedades infantiles más temidas.

No fue hasta 1974 cuando apareció la vacuna frente a difteria, que se combinó con la del tétanos y la tosferina. Gracias a ella el número de casos de difteria se redujo en más de un 90%.

Aterrizamos en el siglo XXI y lamentablemente se siguen produciendo algún caso en niños no vacunados. El objetivo de este artículo es la concienciación sobre la vacunación y tener una idea sobre esta enfermedad.

1. ES UNA BACTERIA: que produce pseudomembranas a nivel de las vías aéreas superiores y puede originar obstrucción respiratoria.
2. Se transmite por GOTITAS RESPIRATORIAS: a través de la tos o el estornudo de una persona enferma o de una sana que porte la bacteria sin tener la enfermedad. Menos veces es a través de objetos contaminados.
3. Afecta a NARIZ Y GARGANTA: produce fiebre, dolor de garganta intenso con dificultad para tragar, adenopatías, hinchazón del cuello y dificultad para respirar por obstrucción grave de la vía aérea. Desde luego que no todos los dolores de garganta son difteria.
4. Pero también a OTROS ORGANOS: la toxina que produce la bacteria puede provocar daños en el corazón, riñones y cerebro.
5. CAMINO AL DIAGNÓSTICO: el pediatra ante la sospecha llevará a cabo una serie de análisis y cultivos para identificar la bacteria.
6. NUESTRAS ARMAS: el tratamiento consiste en antibióticos, suero antitoxina de difteria, así como medidas de soporte respiratorio.

7. PREVENCIÓN Y PREVENCIÓN: gracias a la vacunación sistemática y al mantenimiento de coberturas frente a esta enfermedad de más del 95 % de los niños residentes en España, los niños de nuestro país están protegidos. Pero la enfermedad no está erradicada. Se pueden producir casos en niños no vacunados. Por eso es muy importante la vacunación. La vacuna antidiftérica (unida a tosferina y tétanos) está incluida en el calendario vacunal infantil y de la embarazada durante el último trimestre de la gestación. En niños se aplica en varias dosis.

7.7.8 Mi hijo ha tenido una infección ¿Cuándo puede volver a la guardería o al colegio?

Las infecciones forman parte del desarrollo normal del niño, permiten que se activen sus defensas y mejore a la larga su sistema inmunitario.

Son más frecuentes cuando el niño asiste a la guardería y de forma especial durante el primer año de vida (por la inmadurez de su sistema inmunitario).

Aunque suele tratarse de infecciones respiratorias (catarros, otitis, dolores de garganta y bronquitis) y/o diarreas, la mayoría banales. Es frecuente que los padres no sepáis cuando vuestros hijos pueden volver a la guardería o al colegio después de haber pasado una infección.

Depende del proceso concreto. Por un simple catarro no es necesario que se queden en casa. Aunque es aconsejable promover el uso de pañuelos desechables, el lavado de manos y el cuidado a la hora de toser y estornudar (que se cubra la boca con la manga o gire la cabeza).

Hay que tener en cuenta que muchas veces es difícil controlar el contagio. **Algunas infecciones se transmiten días antes de dar los primeros síntomas, en el periodo de incubación.**

He aquí unas recomendaciones con el objetivo de reducir el riesgo de contagio:

PROCESO	EXCLUSIÓN
Gastroenteritis (diarrea y/o vómitos)	Hasta 24 horas después de la última diarrea o vómito. En casos especiales (como diarreas bacterianas) se necesitará análisis de control de las heces
Lombrices	No, aunque hay que tratar cuanto antes al niño y a la familia
Varicela	Hasta 7 días de iniciada la erupción o hasta que todas las lesiones estén en forma de costra

Eritema infeccioso o enfermedad de la bofetada	No es contagiosa cuando aparece el enrojecimiento de la cara
Exantema súbito	No, salvo fiebre y malestar general
Verrugas y moluscum contagioso	No
Impétigo	24 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico. Es una infección bacteriana de la piel que produce una lesión costrosa amarillenta
Piojos	Hasta iniciar tratamiento. La presencia de liendres no es motivo de exclusión, hay que mantener la vigilancia porque son frecuentes las reinfecciones
Micosis (tiñas)	No. Sí exclusión si va a la piscina
Catarros	No, si está sin fiebre y sin dificultad respiratoria. El niño no debe acudir si se encuentra mal, tiene dolor de oído o dificultad respiratoria
Gripe	Hasta la recuperación. Cuando esté sin fiebre y mejore el estado general
Amigdalitis estreptocócica (escarlatina)	Hasta 24 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico
Amigdalitis vírica	No
Aftas de la boca	No, salvo que el niño se encuentre mal (no come y babeo constante)
Conjuntivitis	Hasta 24 horas después de iniciado el tratamiento

Tabla 3: Recomendaciones para evitar el contagio de infecciones

Otras enfermedades menos habituales son:

PROCESO	EXCLUSIÓN
Tuberculosis	Hasta 2 semanas después de iniciado el tratamiento
Tosferina	Hasta 5 días después de iniciado el tratamiento
Hepatitis A	Hasta 7 días después de que el niño se pone amarillo
Hepatitis B y C	No
VIH (Sida)	No
Meningitis o sepsis	Hasta la total recuperación del niño. En algún caso las autoridades sanitarias ordenarán la profilaxis de los contactos

Tabla 4: Enfermedades menos habituales

De todos modos, **el sentido común debe dictar cuando los padres no deben llevar a sus hijos** a la guardería o al colegio, no solo por el riesgo de contagio (hay enfermedades que no son contagiosas) sino también por el bienestar del propio niño.

7.8 Problemas de salud: genitourinarios



7.8.1 Infección de orina

La infección del tracto urinario (ITU) es muy frecuente en la infancia. En los primeros seis meses de vida sucede sobre todo en niños. A partir del año de vida y en la edad escolar, es más frecuente en niñas debido a causas anatómicas (la uretra es de menor longitud y los microorganismos acceden con mayor facilidad).

La recurrencia de este episodio también es habitual, aproximadamente el 15-20% de los niños/as padecerán una nueva infección urinaria durante el primer año tras el episodio inicial.

La causa suele ser una bacteria llamada *Escherichia Coli* en el 90 % de los casos. Existen factores de riesgo para tenerla, como son: anomalías del tracto urinario, uretra corta, fimosis en varones, estreñimiento o infestación por oxiuros intestinales (lombrices).

Los síntomas de una ITU varían según la edad:

- En el *lactante* son síntomas generales e inespecíficos
- En el *niño mayor* la clínica es más local y típica de infección urinaria

En el niño menor de 2 años debe investigarse infección de orina cuando hay fiebre elevada sin foco, afectación del estado general, irritabilidad, rechazo al alimento, vómitos, diarreas, orina turbia o maloliente...

En el niño mayor de 2 años puede dar fiebre elevada, micciones frecuentes y dolorosas, urgencia miccional, dolor lumbar, orina turbia o con sangrado... resultando más fácil de diagnosticar.

Ante la sospecha se realizará una tira reactiva de orina o un análisis de orina. Si es patológico, se puede confirmar con un urocultivo. Para obtener estas muestras de orina, debe tenerse en cuenta la continencia en la micción del niño:

- Niño continente: recogida del chorro intermedio de la micción.
- Niño no continente: a través de una bolsa colectora, micción limpia, sondaje vesical o punción suprapúbica.

La colocación de una **bolsa colectora adhesiva** es un método sencillo y no invasivo. Pero requiere tiempo y el riesgo de contaminación es elevado. Puede tener falsos positivos como resultado.

El sondaje vesical y la punción suprapúbica, permiten la obtención de la orina de forma más rápida. El resultado es más exacto. Sin embargo, la técnica es más invasiva.

Por ello, las recomendaciones indican, como método de elección, **el chorro intermedio en niños continentes y la micción limpia en niños no continentes** (se estimula al niño para la micción espontánea, preparando el envase de recogida para cuando suceda).

El tratamiento de la ITU se hace con antibióticos. En la mayoría de los casos, cuando existe la sospecha de infección se inicia tratamiento empírico a la espera de los resultados del cultivo de orina (tarda varios días). Una vez conocidos éstos, se puede cambiar el antibiótico por otro más específico frente al germen causante.

También hay que tener en cuenta que en una ITU pueden existir complicaciones (sepsis, cicatrices renales) y secuelas a largo plazo (insuficiencia renal, hipertensión arterial...). Para valorarlo y evitarlo, existen protocolos y guías clínicas que su pediatra seguirá tras el primer episodio de ITU en la infancia. Siempre de forma individualizada, ajustando la realización de otras pruebas complementarias (análisis sanguíneos, ecografías u otras pruebas de imagen especiales) y el tratamiento necesario a cada niño en concreto.

Pero como siempre, la mejor pauta es la **PREVENCIÓN**:

- Limpieza y secado adecuado en niñas, de adelante (vulva) hacia atrás (ano).
- En el caso de niños con fimosis, mantener la vigilancia, ya que un prepucio muy cerrado favorece la retención de microorganismos.
- Evitar el estreñimiento, que impide el vaciado completo de la vejiga y hace que se acumulen microorganismos.
- Por el mismo motivo, orinar con frecuencia, evitando así la retención.
- Cambiar el pañal siempre que se precise, para evitar la existencia de humedad que favorezca el crecimiento de bacterias.
- Evitar mantener el bañador mojado tras el baño en la piscina.
- Utilizar ropa interior de algodón.
- Mantener el hábito de beber 1,5 L de agua al día, para favorecer la eliminación de microorganismos con la orina.
- Para la higiene, la ducha y los jabones neutros son de elección (el baño favorece estancamiento de microorganismos y los jabones perfumados alteran el pH de la piel).

7.8.2 Vulvovaginitis de las niñas

Las molestias vulvovaginales son la patología ginecológica más común en la consulta de atención primaria. Puede afectar a niñas de cualquier edad. Las causas son variadas. Pueden ser debidas a infecciones o no.

En niñas, la causa más frecuente son los malos hábitos de higiene genital, ya que al limpiarse de atrás a adelante dejan resto fecales en su vagina. Otra causa sería la humedad mantenida de la braguita cuando se les escapa algo de orina o no se limpian después de hacer pis. También puede ser debido a cuerpo extraño, igual que se meten plastilina en la nariz o los oídos, también se pueden meter cualquier cosa en la vagina. Menos veces es debido a lombrices intestinales.

Dentro de las infecciones vaginales los hongos llamados “Candidas” son los más habituales. Son levaduras que se encuentran normalmente en la vagina. Pero pueden dar problemas cuando crecen en exceso. Esto suele pasar cuando las defensas se encuentran más bajas o se toman antibióticos. Los síntomas suelen ser picor y flujo vaginal, blanquecino, amarillento o verdoso, con o sin mal olor. También pueden aparecer molestias al orinar (como ardor) y zonas rojas en la vulva.

Lo más importante es enseñar a la niña a que se limpie siempre tras ir al baño de adelante hacia atrás (para no introducir gérmenes del ano a la vagina). Usar ropa interior de algodón que no irrita y absorbe la humedad. Vestir ropa suelta para evitar que roce esta zona. Bañar con geles suaves, no perfumados. Sin frotar.

Si persiste el problema deberá acudir a su pediatra quien le realizará algunas pruebas como muestra de exudado vaginal, análisis de orina o parásitos en heces, y le indicará el tratamiento oportuno. En algunos casos puede ser necesarios:

- Geles especiales para la higiene íntima.
- Antibióticos o antimicóticos vía oral.
- Cremas tópicas para hongos, antibacterianas o con corticoides.

7.8.3 Sinequias vulvovaginales

Si no ha oído hablar alguna vez de este tema y se lo oye pronunciar por primera vez a su pediatra, se puede quedar perplejo: ¿Mi hija tiene sinequias vulvovaginales? ¿Qué es eso?

Es uno de los problemas ginecológicos más frecuentes en niñas antes de la pubertad.

Se trata de la fusión de los labios menores, por lo que no se puede ver la entrada de la vagina ni el meato uretral (por donde sale la orina).

Suele aparecer en las niñas entre los 3 meses y los 10 años, aunque más entre los 13 y 23 meses de edad.

La causa se desconoce, ¡no es una malformación congénita!. Se cree que es debido al bajo nivel de las hormonas femeninas llamada estrógenos antes de la pubertad.

Se diagnostica normalmente tras un examen rutinario de tu pediatra. Normalmente es asintomático, aunque a veces puede ocasionar síntomas leves como irritaciones vaginales, o manifestarse como infecciones vaginales y/o urinarias de repetición. En casos más avanzados puede ocasionar incontinencia o retención urinaria.

Generalmente no necesitan tratamiento porque se resuelven solas con las siguientes medidas de higiene:

- Limpiar los genitales de adelante hacia atrás con agua y jabones de pH neutro. Las toallitas no son malas, lo único hay que concienciarse de su utilización puntual.
- Tras limpiar y secar la zona, hidratar los genitales con cremas suaves a base de vaselina.

En algunos casos puede ser necesario tratamiento con cremas tópicas con estrógenos o la separación manual de los labios. A veces cuando la fusión es total y produce mucha sintomatología se podría indicar tratamiento quirúrgico.

7.8.4 Fimosis y adherencias balanoprepuciales de los niños

Lo tienen más del 50% los niños cuando nacen. **Rara vez suele dar síntomas** como escozor o dolor al hacer pis, dolor con las erecciones espontáneas o infecciones de repetición en el pene (también llamadas balanitis).

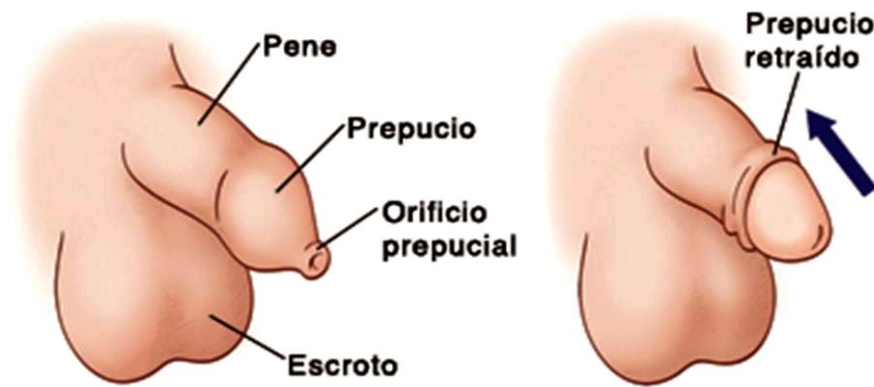
Es la falta de retracción del prepucio sobre el glande, debido a estrechez del prepucio (fimosis) o a uniones de ambos (adherencias).

Cuando el niño es muy pequeño no debe retirar el prepucio hacia atrás. La mayoría de adherencias (aproximadamente el 90%) desaparecen por si solas antes de los 3 años. A partir de esta edad, todavía es posible que se resuelva con el tiempo, pero también existe la posibilidad de iniciar un tratamiento. Se recomienda tratarlo con **crema de corticoides aplicada en la zona**. Se aplicará cada 12 horas durante 2 semanas y cada 24 horas otras 2 semanas y se acompañará de retracciones prepuciales. Si no se reduce, se podría probar hasta un total de tres ciclos de tratamiento. Su eficacia es superior al 75% y prácticamente no tiene efectos secundarios.

Si así todo no se resuelve, se puede plantear el **tratamiento quirúrgico**. Aunque no existe un protocolo establecido en cuanto a la edad de realización de la intervención o circuncisión, los cirujanos no recomiendan la intervención quirúrgica antes de los 5-6 años. Se podría esperar hasta que el niño fuera más mayor, salvo que ocasione problemas importantes (infecciones de repetición, dificultad para orinar) o preocupación excesiva en la familia.

CONSEJO: A medida que su hijo crezca enséñele a limpiarse con agua y jabón (durante el baño) debajo del prepucio, llevándolo suavemente hacia atrás hasta descubrir el glande, y luego volver a llevar hacia adelante a cubrir el glande. Esto evitará infecciones del pene. En este espacio es frecuente que se acumulen secreciones grasas y descamaciones (quistes de esmegma).

CIRCUNCISIÓN POR MOTIVOS RELIGIOSOS O CULTURALES: pueden existir familias que lo soliciten. En España este tipo de intervención no se contempla en los servicios sanitarios públicos. Tendrán que realizarlo de forma privada y en unas adecuadas condiciones sanitarias.



*Imagen 48: Tipos de prepucio: con fimosis (a la izquierda) y normal (a la derecha).
Fuente: Biblioteca de la Salud.*

7.8.5 Criptorquidia

Se habla de criptorquidia cuando los testículos no se están en la bolsa escrotal. Puede afectar a uno o a ambos.

Es la anomalía más frecuente del tracto urinario que puede aparecer en el nacimiento. Suele ser bastante más común en prematuros.

En la época fetal los testículos se forman en el abdomen y descienden al escroto. Puede ocurrir que no se complete el descenso (**testículo no descendido congénito**) o que no exista testículo, bien por falta de desarrollo o por atrofia (**testículo ausente**). Esto puede ocasionar infertilidad y aumenta el riesgo de cáncer testicular.

De todos modos, muchas veces los testículos que no han descendido en el nacimiento, pueden recolocarse en las bolsas escrotales durante los primeros 6 meses de vida. Otras veces puede ocurrir lo contrario, que han descendido y luego reascienden (**testículo no descendido adquirido**). Pero esto último es más raro.

También existen **los testículos en ascensor**: son aquellos que están en el conducto inguinal (no en las bolsas escrotales) y de vez en cuando o con maniobras manuales descienden con facilidad al escroto donde quedan alojados. En la pubertad estos testículos suelen quedar en su posición normal, por lo que no deben considerarse como criptoquídicos. No son patológicos y no precisan tratamiento, aunque sí un seguimiento por tener mayor riesgo de reascenso.

Si cree que su hijo tiene este problema, acuda a su pediatra: le guiará en los pasos a seguir. Si el testículo no se encuentra puede ser necesario realizar pruebas de imagen como ecografía y a veces técnicas exploradoras como una laparoscopia (cirugía que permite la visualización de la cavidad abdominal a través de una pequeña incisión).

El tratamiento suele ser quirúrgico.

Se llama orquidopexia. Consiste en fijar el testículo en la bolsa escrotal. Se recomienda antes de los 18 meses, pero no antes de los 6, por la posibilidad de descenso espontáneo durante este periodo. En caso de ausencia de testículo se puede colocar una prótesis, para evitar problemas psicológicos.

El tratamiento hormonal.

Prácticamente no se realiza porque no existen evidencias claras de beneficio y tiene efectos secundarios.

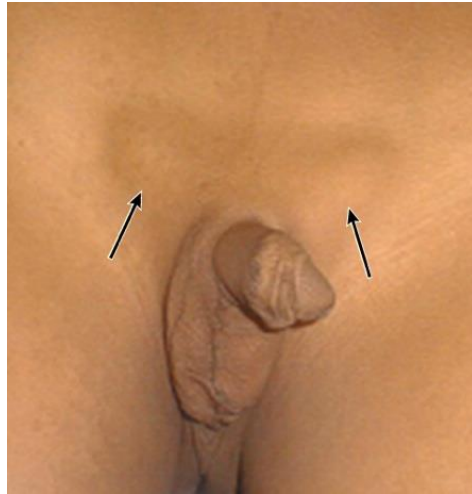


Imagen 49: Testículos no descendidos (criptorquidia bilateral).

Fuente: ©2016 UpToDate.

7.8.6 Mi hijo se hace pipi en la cama

La enuresis consiste en la emisión involuntaria e inconsciente de orina en niños mayores de 5 años. No habría que preocuparse si el niño no controla la orina por la noche antes de los 5 años. También es frecuente que entre los 6 y los 10 años haya algún escape ocasional sin tener un significado patológico.

Suele ocurrir por la noche y se habla de enuresis **nocturna**. Puede ser **primaria**, si el niño nunca ha conseguido controlar la micción, y **secundaria** cuando ha habido un periodo previo de entre 6 y 12 meses de control.

La enuresis nocturna afecta al 10-13% de los niños de 6 años y al 6-8% de los de 10 años. Es más frecuente en **varones**.

Estos escapes involuntarios generalmente provocan malestar en el niño, sobre todo cuanto mayor es. Pronto aparecerán situaciones conflictivas cuando tiene que dormir fuera de casa (campamentos, casa de los amiguitos...), porque mojar la cama o llevar pañal les da vergüenza.

Existen varias posibles causas de la **enuresis nocturna primaria**:

- Retraso del desarrollo: maduración lenta de los mecanismos de control de la vejiga por parte del sistema nervioso central y
- Disminución de la capacidad funcional de la vejiga.
- Predisposición familiar.
- Desórdenes del sueño: sueño profundo y dificultad para despertar.
- Alteraciones de los niveles de hormona antidiurética.
- Con menor frecuencia: enfermedades neurológicas, infecciones urinarias o malformaciones anatómicas de uréteres, vejiga y uretra.

En la **enuresis nocturna secundaria** la causa casi siempre es psicológica. Problemas emocionales o situaciones estresantes que provocan malestar en el niño y lo expresa volviendo a mojar la cama.

Es aconsejable iniciar el tratamiento a partir de los 5-6 años.

1. Es fundamental MODIFICAR **LOS HÁBITOS DE CONDUCTA DEL NIÑO**. Aunque no solucionan por sí solas los episodios de enuresis, las siguientes medidas reducen notablemente la cantidad de orina nocturna que llega a la vejiga durante la primera hora de sueño:
 - Establecer un horario miccional: lo más adecuado es que el niño orine unas 6 veces o más al día (desayuno, media mañana, comida, merienda, cena y al acostarse).
 - El niño debe realizar una ingesta de líquidos frecuente y repartida lo largo del día. Debe beber más por la mañana, menos por la tarde, poco por la noche y nada antes de acostarse. Hay que evitar cenas muy abundantes, saladas y con mucho líquido (evitar sopas o caldos, mejor fruta que zumos, mejor yogur que leche...). Ofrecer la cena temprano, una o dos horas antes de acostarse.
 - Es importante que el niño orine antes de irse a la cama.
 - Evitar el uso de pañales ni bragapañales. Eso sí, el colchón debe estar con una sábana-bajera ajustable impermeable protectora, para evitar que traspase hasta el colchón. Su utilización puede evitar que sientan vergüenza o fracaso al despertarse mojado. En cualquier caso, con o sin pañal, el niño debe de ser encargado de cambiarse de ropa, quitarse la braguita y tirarla a la basura o llevar las sábanas a la lavadora. No como castigo, sino aprendiendo a ser responsable.
 - En general el niño no debe permanecer más de 10 horas de sueño sin vaciar la vejiga. Existe cierta controversia en lo referente a despertar a los niños por la noche. Si se hace, se debe intentar que el niño sea consciente de lo que está haciendo. Cuando se le levanta sin sentir la necesidad de orinar, suele recaer.
2. El niño debe rellenar un “calendario miccional” dónde plasmará las noches secas y las húmedas. Esto le permitirá observar sus progresos o la falta de ellos, y

utilizar un programa de recompensas. Las recompensas deben ser pequeñas y valiosas para el niño, a veces bastará con reconocer el esfuerzo. No obstante, recuerde que en las primeras etapas las noches sin mojar la cama con frecuencia serán escasas y espaciadas en el tiempo. No permita que su hijo se desanime y desmotive en las primeras etapas, ya que eso daría lugar a una respuesta negativa. El calendario también sirve para que el médico vea la evolución del niño una vez establecido el tratamiento

1. Las **ALARMAS DE ENURESIS**: se trata de un dispositivo sonoro colocado en la muñeca o en la ropa y un sensor de humedad colocado en la ropa interior. Cuando el niño orina, se moja y suena la alarma. El procedimiento busca desarrollar un reflejo condicionado que permita al niño despertarse para orinar en el baño y no en la cama.
2. Existe la posibilidad de **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO** cuando el síntoma persiste en la edad escolar. Con el fin de reducir la producción excesiva de orina durante la noche se puede usar desmopresina, conocido como Minurin^R. Para aumentar la capacidad vesical y reducir la contractilidad excesiva, la oxibutinina, conocida como Ditropan[®].

Actitudes que conviene evitar:

- Broncas y castigos, ya que los escapes no son voluntarios. Se debe desdramatizar el problema.
- Avergonzar al niño delante de otros niños, ya que disminuye la autoestima y no ayudan a que confíe en su capacidad de resolver el problema.
- Tratarle como si fuera un niño pequeño o prestarle más atención debido a este tema.
- Evitar el problema como si no existiese y no responsabilizar al niño en su solución.

7.9 Problemas de salud: los oídos



7.9.1 Otitis externa

Las otitis o infecciones del oído son uno de los motivos habituales de consulta en pediatría. El síntoma más frecuente que producen es el dolor, pero hay que diferenciar entre una otitis externa y una otitis media. La exploración con el otoscopio la mayoría de las veces permite diferenciarlas.

En la otitis externa, el conducto auditivo estará rojo y existirán secreciones, pero el tímpano será normal. Además, suele ser frecuente en los meses de verano por el incremento de los baños en las piscinas.

En la otitis media, el tímpano y el oído medio estarán afectados. Este tipo de otitis está relacionada con las infecciones respiratorias, más propias del invierno.

La otitis externa se trata de una inflamación o irritación de la piel que recubre el conducto auditivo externo.

Son muy frecuentes durante los meses de verano, puesto que los niños pasan mucho tiempo en el agua y la humedad en el oído hace que la piel se irrite y se lesione, favoreciendo la infección.

También pueden estar producidas por la manipulación del oído con bastoncillos u otros objetos (horquillas, agujas, etc.)

Sus síntomas son:

- Dolor o picor de oído, sobre todo al tocar la oreja o presionar en el trago.
- Secreción blanco amarillenta o verdosa en el conducto.
- No suele dar fiebre.

Se tratan con antibiótico tópico (dentro del oído) durante 7-10 días, asociado o no a corticoide, y con analgésicos orales (paracetamol o ibuprofeno). También se puede aliviar el dolor aplicando calor local. En pocas ocasiones se necesitarán antibióticos orales. Para que el tratamiento sea efectivo y para que se logre la curación hay que mantener el oído seco, siendo imprescindible no acudir a la piscina durante estos días.

¿Cómo prevenir la otitis externa?

- Secar con cuidado las orejas con una toalla, e inclinar la cabeza hacia los lados para que salga el agua.
- Utilizar tapones especiales para la natación de forma preventiva en niños propensos a este tipo de otitis.
- NO UTILIZAR BASTONCILLOS ni otros objetos en los oídos. No es necesario extraer la cera, los oídos se limpian solos.

7.9.2 Otitis media

La otitis media se produce por una acumulación de mocos en el oído medio, que se sitúa detrás del tímpano. Puede afectar a uno o a ambos oídos.

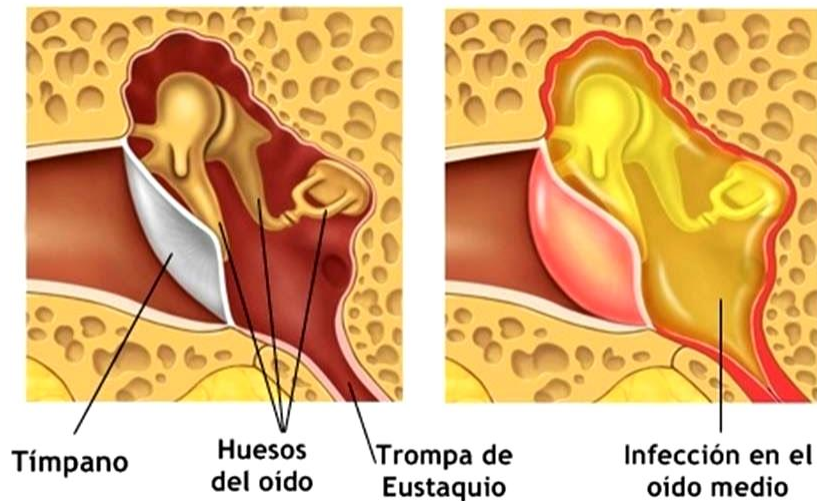


Imagen 50: Oído medio normal (izquierda) y otitis media (derecha).

La causa más frecuente son las infecciones, sobre todo víricas. Las otitis medias son las complicaciones más frecuentes de los catarros. Aunque también contribuyen el humo del tabaco, el uso del chupete, la asistencia temprana a la guardería y la presencia de vegetaciones o adenoides en algunos niños. Sin embargo, la lactancia materna, al menos durante los tres primeros meses, y la administración correcta de las vacunas contribuyen a que no aparezcan.

Los síntomas más frecuentes son: dolor, menor audición y, en muchas ocasiones, fiebre. Aunque en los niños más pequeños puede que solamente se manifieste con irritabilidad, rechazo de la alimentación, vómitos, llanto intenso y alteraciones del sueño.

Al examinar el oído con el otoscopio, el pediatra comprueba si existe enrojecimiento, abombamiento o perforación del tímpano (otitis supurada).

Suelen remitir solas en 2 o 3 días. En algunos casos puede ser suficiente con aplicar calor local y con analgésicos tipo ibuprofeno o paracetamol, para aliviar el dolor y la fiebre. Es fundamental cuidar la higiene nasal, con lavados de suero fisiológico y aspiración si fuera necesario.

Si el niño no mejora debe acudir a la consulta de pediatría para valorar la necesidad o no de tomar antibióticos. Su uso no siempre es aconsejado (ya que muchas son producidas por virus). Suelen ser necesarios en los niños más pequeños (por debajo de 2 años), en las otitis repetidas y en las que supuran pus o moco. Si su pediatra le prescribe antibiótico es necesario que lo tome durante 7 - 10 días, a la dosis que le indique.

Los mucolíticos, antihistamínicos y descongestivos no previenen, ni han demostrado que mejoren las otitis.

Muy raramente las otitis dejan secuelas. En los niños que presentan otitis recurrentes puede haber problemas de audición o retrasos del habla. En estos casos es mejor la valoración por un otorrinolaringólogo.

7.9.3 ¿Cómo actuar ante la cera en los oídos?

La cera es un producto que se forma por la secreción de las glándulas del conducto auditivo externo (CAE) y por la descamación de la piel que lo rodea. Sirve para lubricar el CAE y proteger el oído de la entrada de virus y bacterias (infecciones) y de suciedad, polvo u otros cuerpos extraños.

Normalmente mediante un mecanismo propio de autolimpieza la cera sale hacia fuera, y en la mayoría de los casos no hace falta su extracción. Bastará con que se limpie la parte externa con una gasa o toalla.

Sin embargo en algunas personas, sobre todo mayores, las glándulas producen una cera más espesa y se puede llegar a acumular y formar un tapón de cerumen. Es raro en niños, pero puede ocurrir cuando:

- El conducto es estrecho.
- Hay exceso de vello en el conducto.
- Se realiza limpieza del conducto con bastoncillos u otros objetos (incluido el dedo), que empujan la cera hacia dentro y que pueden dañar el CAE o el tímpano.
- Se usan tapones.
- Se lleva audífonos.

En los casos de impactación, en los que aparecen síntomas (como zumbidos, molestias, mareos o disminución de la audición) o cuando se necesita la visualización del tímpano, estará indicada su extracción.

Los métodos que se pueden usar, normalmente combinados, para su extracción son:

- Cerumenolíticos (productos que disuelven la cera).
- Irrigación con agua templada.
- Extracción manual.

Procedimiento:

1. El pediatra descartará infección o perforación del tímpano (historia clínica e inspección).
2. Si no hay problemas, lo habitual es poner cerumenolíticos, varias veces al día, dos o tres días, y 15-30 minutos antes de la irrigación.
3. A continuación, con una jeringa cargada con agua templada, la enfermera hace un lavado del conducto. Es probable que el niño sienta una pequeña molestia, pero nunca dolor.
4. Si el procedimiento no es efectivo en un primer momento se puede volver a intentar (sin exceder de tres irrigaciones).
5. Si al final no se consigue, deberá acudir al especialista en otorrinolaringología para su extracción manual con instrumentos adecuados.



Imagen 51: Instrumental

7.9.4 Creo que mi hijo no oye bien

Se estima que cinco de cada mil recién nacidos presentan problemas de audición. or esto, que a todos los bebés poco después del nacimiento se les realiza una prueba de audición. Es para descartar problemas auditivos provocados por herencia, prematuridad, algunas infecciones congénitas o medicaciones tomadas durante el embarazo, etc.

Pero aunque esta prueba sea normal, los padres, deberéis estar atentos ante cualquier pérdida de audición, aunque sea leve y temporal. Puede ocurrir en niños que sufren procesos infecciosos de repetición que afectan al oído o por otros problemas de salud (meningitis, medicaciones, escuchar música muy alta con auriculares, etc.).

Una guía para la valoración sencilla del desarrollo de la audición y del lenguaje sería:

- De 0 a 3 meses: se despierta o se asusta ante ruidos fuertes.
- De 3 a 6 meses: la voz de la madre le tranquiliza, le llaman la atención los juguetes sonoros, gira la cabeza o mira hacia los ruidos.
- De 6 a 9 meses: emite sonidos con entonación, balbucea.
- De 12 a 15 meses: imita sonidos, atiende a su nombre, comienza a decir NO.
- De 18 a 24 meses: identifica objetos, su vocabulario ronda las 20 palabras, usa su nombre.
- De 3 a 4 años: su vocabulario tiene unas 500 palabras, se le entiende.

Si observa que el niño no responde a algunos sonidos, pone muy alta la televisión o presenta algún retraso o dificultad en el desarrollo de estas etapas del lenguaje, debe consultar con [el pediatra](#). Los niños con hipoacusia [requieren estudio otorrinolaringológico especial](#) para valorar la pérdida auditiva.

El tipo de tratamiento dependerá de la causa de la pérdida de audición, de su gravedad y de las demás necesidades del niño. Los tratamientos más habituales son medicamentos, cirugías, audífonos e implantes cocleares que ayudan a que los niños escuchen mejor. También necesitarán estimulación auditiva precoz, para facilitar la adquisición del lenguaje oral, potenciar el aprendizaje del niño y mejorar su comunicación.

7.9.5 Implantes cocleares

La pérdida de audición puede ser leve, moderada o grave. En los casos leves y moderados se pueden utilizar audífonos, que amplifican el sonido. Pero en los casos graves puede ser necesario implantes cocleares.

Se trata de un aparato electrónico pequeño que permite percibir sonidos a los niños con sordera severa y profunda. Facilita la percepción de los sonidos del entorno que le rodea, y le ayuda a entender y a desarrollar el lenguaje oral.



Imagen 52: Implante coclear.

Fuente: www.audifonos.org

Los implantes **cocleares estimulan al nervio auditivo para que envíe las señales al cerebro.**

Tienen dos partes:

- Externa: lo que se ve, se coloca detrás de la oreja.
- Interna: no se ve, está debajo de la piel de la cabeza y se coloca a través de una intervención quirúrgica.

Piezas del implante coclear:

- Micrófono (recoge los sonidos).
- Procesador (selecciona y traduce).
- Transmisor y receptor-estimulador (convierte los sonidos en impulsos eléctricos).
- Cable de electrodos (llevan los impulsos eléctricos al nervio auditivo).

Es preciso un periodo de adaptación, tras la colocación. Y después para entender y desarrollar el lenguaje, necesitará el apoyo de un logopeda. Los resultados de audición dependerán de la edad a la que se coloque el implante (mejores cuanto antes sea la intervención).

7.10 Problemas de salud: los ojos



7.10.1 Obstrucción del lagrimal

En los bebés es posible que el conducto lagrimal que permite el drenaje de la lágrima desde el ojo hasta la nariz, esté obstruido total o parcialmente (porque no se ha desarrollado y canalizado bien).

Esto hace que en uno o ambos ojos se acumulen las lágrimas y caigan por la mejilla sin llorar (epífora). También se puede producir infección (conjuntivitis). Incluso puede ocurrir infección del saco lagrimal, que se reconoce por un abultamiento en un lado de la nariz (dacriocistitis).

La obstrucción del conducto lagrimal ocurre en el 6% de los recién nacidos. La mayoría de las veces este problema desaparece solo entre los 6 y 12 meses. Pero puede ayudar el dar un pequeño masaje: en sentido ascendente y descendente en el reborde nasal de la órbita. Se hará durante dos o tres minutos, dos o tres veces al día.

Previamente lávese bien las manos. En el caso de que haya infección tendrá que aplicar antibióticos dentro del ojo (en forma de colirio o pomada).

Si entre los 6 y 12 meses no ha desaparecido, deberá acudir al oftalmólogo. En algunos casos se hará un sondaje para abrir la vía lagrimal. Se suele hacer con anestesia. En casos recidivantes puede ser necesario incluso colocar un pequeño tubito dentro de la vía lagrimal que canalice la obstrucción.



Imagen 53: Obstrucción de lagrimal

7.10.2 Detección precoz de los problemas visuales

Uno de cada cuatro niños tiene un problema de la visión. Los problemas más frecuentes son: el estrabismo, la miopía, la hipermetropía y el astigmatismo. Si no se detectan pronto, pueden afectar el aprendizaje del niño y generar un desarrollo cerebral inadecuado de la visión de forma persistente. Por eso es fundamental una detección precoz al inicio escolar.

Generalmente sois los padres, los profesores, familiares o pediatras (cuando realizan la exploración ocular) los que detectáis el problema. Es importante observar algunos síntomas o signos que nos van a indicar que el niño no ve bien:

- Se pega mucho a los libros o a las pantallas de la televisión u ordenador.
- Tuerce los ojos.
- Parpadea o guiña excesivamente.
- Adopta posturas raras de la cabeza que le permitan enfocar mejor.
- No distingue personas u objetos conocidos a distancias medias o cortas.
- Tarda demasiado en aprender a leer y escribir.
- Se pierde de línea cuando lee o la tiene que seguir con el dedo.
- Omite palabras al leer.
- Pierde la atención con facilidad, sobre todo con la lectura o juego que requiera destreza visual.
- Presenta dolores de cabeza.
- Tienen antecedentes familiares de ojo vago o de mala visión.
- Presenta algún factor de riesgo (prematuridad, diabetes, enfermedades congénitas, etc.).

Los oftalmólogos realizarán el diagnóstico inicial e indicarán el tratamiento o seguimiento necesario. Los optometristas graduarán y adaptarán la gafa y/o lentilla que el niño necesite, y realizarán diferentes tipos de terapias si el problema lo requiere.

7.10.3 Alteraciones de la agudeza visual

Miopía

Produce una visión borrosa de los objetos alejados. Los miopes tienden a guiñar los ojos, estrechar la hendidura palpebral, para ver mejor de lejos.

Se suele desarrollar a partir de los 5 o 6 años. Normalmente es debido a que el ojo es excesivamente largo (miopía axial) o a una curvatura excesiva de la córnea o el cristalino (miopía de curvatura). Es un exceso de potencia ocular. En estos casos las imágenes de los objetos se forman por delante de la retina, por lo que la imagen que llega a la retina es borrosa.

¿Cómo corregir la miopía?

Para su corrección se emplean lentes divergentes, también llamadas lentes negativas o cóncavas. Estas lentes contrarrestan el exceso de potencia ocular, colocando la imagen nítida en la retina.

Es muy importante mantener vigilancia de su evolución al menos una vez al año porque durante el crecimiento tiende a aumentar. Suele aumentar entre 0.5 y 1 dioptría por año hasta los 17-20 años.

Un estudio recientemente publicado en China dice que una intervención eficaz para prevenir el desarrollo de miopía es aumentar el tiempo que el niño pasa al aire libre (y menos el dedicado a las pantallas de móviles y *tablets*).

Hipermetropía

Produce una visión borrosa de los objetos cercanos. Los hipermétropes tienden a acomodar (cambiar la morfología del cristalino) para ver mejor de cerca.

Este error refractivo muy común en los niños, ya que al nacer el ojo del niño es hipermetrope. Normalmente es debido a que el ojo es excesivamente corto. En estos

casos las imágenes de los objetos se forman por detrás de la retina, por lo que la imagen que llega a la retina es borrosa.

¿Cómo corregir la hipermetropía?

Sólo se utilizan lentes convergentes, positivas o convexas cuando la hipermetropía es alta, ya que los niños suelen compensarla acomodando. Estas lentes contrarrestan el defecto de potencia ocular, desplazando la imagen nítida en la retina. Al igual que en la miopía el niño debe ser graduado de forma periódica, pero al contrario que ella, la hipermetropía disminuye con el crecimiento ocular durante la infancia.

Astigmatismo

Produce una visión borrosa y deformación de los objetos, tanto de lejos como de cerca. El astígmata ve mal a todas las distancias. Se puede presentar desde el nacimiento. Habitualmente se debe a una curvatura irregular de la córnea y se puede asociar a la miopía, a la hipermetropía o a ambas.

¿Cómo corregir el astigmatismo?

Se necesitan lentes cilíndricas para su corrección. Se trata de lentes que no tienen una misma potencia en toda su superficie. Suele aumentar ligeramente a lo largo de la vida escolar

Otra cuestión que se plantea con frecuencia es si los niños pueden **usar lentes de contacto (también llamadas lentillas)**. Las lentillas sólo se podrán usar con un adecuado adiestramiento del niño para su manipulación, higiene y cuidado. Esto suele ocurrir en torno a los 6-8 años o antes (igual que aprenden a comer solos, a abrocharse los botones, a escribir, etc.). Además, son especialmente recomendables para actividades deportivas.

7.10.4 La desviación del ojo: estrabismo



Imagen 54: Estrabismo

El estrabismo es una patología ocular frecuente, que consiste en una mala alineación de los ojos: un ojo fija el objeto de atención y el otro apunta en otra dirección (hacia adentro, hacia fuera, hacia arriba o hacia abajo).

Los padres o los profesores soléis ser los primeros en observarlo: “el niño mete o saca el ojo” o “inclina la cabeza”. Los niños no se suelen quejar de su problema visual porque se acostumbran a ver mal.

Hasta los 6 meses es normal que el niño desvíe ocasionalmente los ojos, pero si esa desviación es constante o afecta siempre al mismo ojo debe consultarlo con su pediatra. Se suele detectar entre 1 y 4 años de edad. Si aparece por encima de los 6 años, suele indicar un problema grave que habrá que investigar.

El estrabismo puede ocasionar:

- **Ojo vago o ambliopía:** disminución de la visión del ojo desviado. Si las imágenes que percibe cada ojo son muy distintas, el cerebro anula la visión del ojo desviado para evitar la visión doble. Esa constante inhibición del ojo desviado impide el adecuado desarrollo visual de ese ojo.
- **Aspecto estético** desfavorable.
- **Alteración en la visión binocular o en tres dimensiones**, que permite calcular adecuadamente distancias y profundidad.

Afortunadamente, el estrabismo se cura si se trata precozmente, antes de los 8 años.

El oftalmólogo realizará un estudio completo para ver la causa y decidir el tipo de tratamiento que hay que realizar:

- **Corrección con gafas:** En general suelen ser bien toleradas por el niño.



Imagen 55: Corrección con gafas

- **Oclusión con parche:** variando el ritmo de aplicación en función del grado de ambliopía y de la edad. Se trata de tapar el ojo bueno y forzar al desviado a trabajar. En general los niños se acaban adaptando al parche, pero si resulta muy difícil se pueden poner gotas de atropina en el ojo bueno.
- **Ejercicios musculares (rehabilitación visual infantil):** terapias que pretenden la reeducación y mejoran la función visual. Se pueden realizar a partir de los 3-4 años cuando el niño comprende las instrucciones del terapeuta.
- **Inyección con toxina botulínica:** con usos concretos en determinados tipos de estrabismo.
- **Tratamiento quirúrgico:** cuando no se logra corregir con las medidas anteriores.

7.10.5 Conjuntivitis

Que un niño tenga legañas es algo muy frecuente. Aunque su producción excesiva suele ser debida a una conjuntivitis. Las causas de conjuntivitis son las bacterias, los virus, alergias ambientales o a sustancias irritantes (jabones, humo, gases, etc.).

Los bebés recién nacidos están especialmente predispuestos a tenerlas (porque existen bacterias en el canal del parto que pueden llegar al ojo). En el hospital es práctica habitual poner un colirio antibiótico al niño al nacer para evitar que aparezcan.

En la conjuntivitis bacteriana además de las legañas suele aparecer enrojecimiento ocular, sensación arenillas y fotofobia (les molesta la luz). Habitualmente se presentan primero en un ojo y pueden extenderse al otro.

La diferencia con la conjuntivitis alérgica que suele ser en primavera, es que en esta, hay menos legañas y predomina el picor y el lagrimeo, acompañado con frecuencia de estornudos y obstrucción nasal o asma.

La conjuntivitis vírica suele ser más molesta, hay menos legañas y se acompaña de fiebre, faringitis y ganglios inflamados (adenopatías).

El tratamiento de la conjuntivitis se basa en realizar lavados oculares frecuentes con suero salino fisiológico y una gasa. De esta manera suelen desaparecer por sí solas en 48 horas. Si esta medida no resulta eficaz habrá que aplicar un antibiótico en ambos ojos. La vírica y la alérgica pueden necesitar antiinflamatorios y antihistamínicos.

La conjuntivitis bacteriana y vírica (no la alérgica) suelen ser bastante contagiosas. Puede reducirse significativamente el contagio mediante el lavado frecuente de las manos del niño y de las personas más próximas.

CONJUNTIVITIS	BACTERIANA	VÍRICA	ALÉRGICA
SECRECIÓN	Abundante, espesa y amarillenta	Menos intensa, serosa	Menos intensa, mucosa
PICOR	Poco	Poco	Intenso
LAGRIMEO	Moderado	Intenso	Moderado
ENROJECIMIENTO	Sí	Sí	Sí
DOLOR	No	Sí	No
CONTAGIOSA	Sí	Sí	No
OTROS SÍNTOMAS	Mocos abundantes	Fiebre, faringitis, ganglios	Rinitis, asma, estornudos

Tabla 5: Diferencias clínicas entre las conjuntivitis.

7.10.6 Orzuelos, chalazión y blefaritis

Son procesos que afectan a los párpados. Los niños son propensos a ellos, por su tendencia tocar la suciedad, a no lavarse las manos y a frotarse los ojos.

En los párpados hay glándulas sebáceas que producen la sustancia grasa que nuestro ojo necesita para que la lágrima no se evapore y lubrique el ojo. A veces, estas glándulas pueden obstruirse con la grasa, células cutáneas muertas y bacterias de la piel. Así esta grasa se



Imagen 56: Orzuelo

acumula en la glándula obstruida y no puede salir, produciendo un pequeño bulto en el borde del párpado (**orzuelo**) o más interior (**chalazión**). El chalazión suele ser más crónico y no suele doler, mientras que el orzuelo está más rojo y suele doler.

La **blefaritis** es una inflamación del borde de los párpados que suele asociarse a los orzuelos y chalazión. Produce escamas pegajosas y suele picar (pero el ojo está bien, a diferencia de la conjuntivitis). En ocasiones salen úlceras o heridas.

Tienden a resolverse de forma espontánea y generalmente no necesitan atención médica. Puede ser útil poner calor local mediante compresas o gasas empapadas en agua caliente, pero sin quemar (ayuda a drenar la glándula obstruida). En pocas ocasiones, será necesario tratamiento con antibiótico. Excepcionalmente, requerirá cirugía para evacuar el material acumulado.

Los niños que han tenido este tipo de problemas pueden volver a padecerlos. Por ello es importante que mantenga siempre una buena higiene ocular con jabones especiales para los ojos (disponibles en farmacia), y el niño haga un lavado frecuente de manos.

Tener un orzuelo no implica que el niño tenga que dejar de ir al colegio o la guardería. Basta con cuidar más la higiene del niño y personal que le atiende, y evitar que comparta toallas.

Si la inflamación se extiende más allá del parpado o el niño tiene **problemas para ver, no dude en acudir a su pediatra.**

7.11 Problemas de salud: óseos y ortopédicos



7.11.1 Displasia de caderas

Las caderas son articulaciones que permiten mover las piernas respecto al cuerpo. Están formadas por la bola del fémur y la concavidad de la pelvis. Ambas deben encajar.

La cadera del recién nacido es blandita (cartilaginosa) y se tiene que osificar. Cuando el desarrollo de estas no es el adecuado aparece la displasia de caderas. Así la cabeza del fémur tiende a salirse de forma repetida de su hueco en la pelvis. En los casos más graves el hueso queda fuera de su posición normal de forma permanente y surge la cadera luxada.

En algunas circunstancias hay más riesgo de que esto ocurra. Por ejemplo:

- Mala postura del feto en el útero de la madre.
- Presentación de nalgas.

- Bajo nivel de líquido amniótico.
- Antecedentes familiares.
- Embarazo retrasado (postérmino).
- Cesárea.
- Sexo femenino.

Durante el embarazo no hay ninguna medida que permita evitarlo. Pero después, es importante la detección precoz. En los primeros días de vida el pediatra lo puede sospechar con unas simples maniobras de abrir y cerrar las caderas (maniobras de Barlow y Ortolani).

Otros signos que pueden llamar la atención al pediatra son:

- Incapacidad de mover el muslo hacia afuera.
 - Una pierna más corta que la otra.
 - Desnivelación de los pliegues grasos del muslo alrededor de la ingle o de las nalgas.
 - Cojera o caminar de puntillas con uno de los pies.
 - En niños más mayores, se puede manifestar una curvatura de la columna vertebral o un retraso en el inicio de la marcha o mayor inestabilidad al andar.
- No puede ser una displasia de caderas si el niño no cojeaba al andar y comienza a cojear. Será otro problema diferente que habrá que investigar.

Cuando estos se detectan o son niños con factores de riesgo (presentación de nalgas o antecedentes familiares), se suele realizar una **ecografía** en los primeros meses. Permite ver si en realidad hay displasia o simplemente se trata de inmadurez de la cadera y valorar la gravedad.

A partir de los 6 meses en estos casos la prueba más adecuada es la **radiografía de caderas**. Se verá si el núcleo de osificación del fémur está centrado o no.

Una vez diagnosticada la displasia, el especialista decidirá la forma de tratamiento más adecuada. Dependerá del grado de displasia y de la edad del niño.

En los niños menores de 6 meses con grados leves, el tratamiento suele ser ortopédico, con una férula de yeso o un arnés. Se trata de mantener separadas las piernas durante todo el día (como una rana) para favorecer que se forme la articulación. En la mayoría de los casos, suele resolverse en unos meses.

Sólo cuando este tratamiento fracasa, el diagnóstico es tardío o el grado de displasia es grave, es posible que se requiera cirugía.

Si no se trata puede dar lugar a problemas más graves como una cojera irreversible, lesiones en los huesos, asimetría de las piernas o artrosis precoz de cadera.

Una forma de prevenir este problema es llevar al niño a la espalda, con un fular (porteo) o en una mochila ergonómica portabebé.

7.11.2 El pie plano ¿debe preocuparme?

Los niños tienen el pie plano cuando el arco que se forma al apoyar la planta del pie entre el primer dedo y el talón, no existe o está disminuido.

En la infancia es muy frecuente, ya que los tejidos durante esta etapa de la vida son más blandos. Durante el primer año de vida no existe arco plantar, este se va adquiriendo durante los primeros 6 años de vida y podrá seguir formándose hasta los 10 años.

Aquellos niños cuyos padres tengan pie plano será más fácil que lo tengan también.

La mayoría de los pies planos no dan dolor ni otros problemas.

Durante las revisiones de salud programadas con su pediatra se explorará la evolución del arco plantar, mediante la observación de la marcha y la visualización de la huella plantar en el podoscopio (si lo tienen disponible).

Deberá consultar si el niño tuviera dolor o caminara de una forma alterada.

Si no hay síntomas, no precisa tratamiento. Bastaría con ejercicios para fortalecer la musculatura plantar (caminar de puntillas, talones o rodar una pelota, etc.)

Si existiera dolor o caídas frecuentes se podrían usar unas plantillas blandas de descarga en las que se corrija la posición del talón y se levante el arco plantar.

La cirugía correctora del pie plano se realiza en muy pocos casos. Sólo se indicará en aquellos niños en los que existan grandes deformidades o dolor, que no mejora con el tratamiento conservador.

7.11.3 Dolores de crecimiento

Son dolores que proceden de cualquier componente del aparato locomotor (huesos, tendones, músculos, ligamentos o articulaciones).

Cuando un niño se queja, lo primero que se debe hacer, es investigar de dónde proviene el dolor, y si es grave o no. En los niños mayores es importante dejar que el niño lo exprese, y si es muy pequeño o no es posible, se hará observando sus gesticulaciones o su actividad.

Cuando un niño siente dolor generalmente rehúye las actividades y retira el miembro que le duele.

Los dolores de crecimiento suelen ser intermitentes y mal definidos, al final del día o nocturno. Ocurre sobre todo tras días de mayor actividad o ejercicio físico intenso.

Ante la sospecha de dolores de crecimiento lo que debe hacer es...

- Tranquilizar al niño.
- Apoyo psicológico.
- Zapatos adecuados.
- Mejorar la coordinación.
- Hacer ejercicios de estiramiento.
- Los analgésicos sirven de poco.

Síntomas que indican que hay que dar importancia a un dolor óseo:

- Dolor en niños muy pequeños por debajo de los 3 años.
- Se acompaña de síntomas generales: fiebre, cansancio, etc.
- Persiste durante más de 2-3 meses.
- Imposibilidad de mover los miembros: cojera, torpeza motora (no puede coger objetos), es importante observar los dos lados para ver si afecta a ambos lados.
- Rigidez matutina.

- El dolor le despierta por la noche.
- El dolor es progresivo.
- Dolor muy localizado.
- Presenta deformación del miembro.

En estos casos será mejor consultar con su pediatra. Pueden estar indicadas pruebas complementarias o derivación a especialistas en traumatología o reumatología que aclaren el diagnóstico.

7.11.4 ¿A que llamamos escoliosis?

Habitualmente la columna vista de frente se ve en una línea recta. Si vemos la columna vertebral de un niño con forma de S o C podríamos estar ante una escoliosis.

La escoliosis es por tanto una desviación lateral de la columna vertebral.



Imagen 57: Columna normal



Imagen 58: Escoliosis

Ahora bien, hay que diferenciar dos formas:

- Escoliosis verdadera o estructural provocada por rotación vertebral y de causa desconocida.
- Actitud escoliótica o no estructurada causada generalmente por alteraciones posturales del niño o por disimetrías en extremidades inferiores.

Se sabe que en las escoliosis existe un componente genético por lo que si uno de los padres o hermanos tiene escoliosis es recomendable que el niño sea estudiado por su pediatra.

La escoliosis es una patología que normalmente no provoca dolor. Lo habitual es que los padres vengáis a la consulta porque observáis que vuestro hijo tiene alguna deformidad como desnivel en los hombros, escápulas, cintura o tiene tendencia a ladearse hacia un

costado... Otras veces es detectado durante la exploración física que se hace en una revisión pediátrica, sobre todo al inicio del estirón puberal.

En todo caso el pediatra valorará si existen disimetrías, desnivel en los hombros, en la pelvis, asimetría de un hemitórax, desviación del pliegue glúteo. Una prueba muy sencilla para saber si el niño o adolescente tiene o no escoliosis es el test de Adams. Consiste en flexionar el tronco hacia delante sin doblar las rodillas. Si la desviación lateral de la columna desaparece, estamos ante una actitud escoliótica, en cambio si observamos alguna “giba” (protrusión de un hemitórax) a nivel dorsal estamos ante una escoliosis estructurada.



Imagen 60: Columna normal y deformidad causada por la escoliosis, respectivamente. ADAM

También si se quiere ver con más claridad le pedirán una radiografía de la columna completa. Permitirá confirmar la existencia de escoliosis y el grado de afectación. El ángulo de Cobb que mide el ángulo existente entre las perpendiculares que pasan por la vértebra superior e inferior de la curva suele ser nuestra referencia para decidir el tipo de tratamiento:

- Si el ángulo de Cobb es menor de 20°, solo hace falta vigilancia periódica y medidas de higiene postural.

- Si el ángulo de Cobb está entre 20-40° suele ser preciso el empleo de un corsé cuya función no es la de corregir la curvatura si no de impedir que la desviación vaya a más. Los corsés deben utilizarse cuando la columna está creciendo. Una vez que la columna deja de crecer, el corsé deja de ser necesario o eficaz.
- Si el ángulo de Cobb supera los 45-50° quizás necesite someterse a cirugía.

De cualquier modo, cada caso debe ser valorado de forma individual dependiendo de la etapa de crecimiento del niño y el grado de progresión.

7.11.5 Las mochilas escolares

Hoy por hoy las mochilas son algo muy práctico que los niños necesitan para llevar sus libros y otro tipo de utensilios al colegio. Pero se deben utilizar de forma adecuada.

Las sociedades científicas recomiendan que la mochila no debe tener un peso superior al 10 o 15% del peso corporal. Por lo tanto los niños más pequeños deben llevar menos carga para ir en proporción a su peso corporal. Así por ejemplo si su hijo pesa 25 kilos no debería llevar más de 3,5 kg y si pesa 35 kg no más de 5 kg. El exceso de peso puede ocasionar dolor de espalda, cuello u hombros, y también caídas.

En la era de la tecnología podríamos pensar que el libro de texto en el formato papel tenía los días contados frente al formato digital. Pero esto parece que no se cumple en las aulas y que no se impone una normativa clara en ese tema, al menos en España. Así que de momento es necesario que su hijo aprenda a llevar los libros y material que va a necesitar cada día. Por fortuna en los últimos años cada vez son más los centros educativos que establecen taquillas o promueven las TICs en sus aulas y las editoriales que establecen formatos más ligeros como fascículos o fichas.

Es importante elegir una mochila adecuada. Que sea una mochila ligera, para que no añada carga adicional. Que tenga unas cintas anchas y acolchadas para que no se claven en los hombros. Que tenga un cinturón a la altura de la cintura, que ayude a distribuir el peso de forma más uniforme por el cuerpo. Que sea adecuada al tamaño del niño (no demasiado grande). Conviene distribuir la carga, colocando lo que más pesa pegado a la espalda.

También debe asegurarse de que la lleva bien colocada: debe ponerse en el medio de la espalda y con las cintas bien apretadas, para que quede pegada al cuerpo. El llevarla demasiado baja produce un desequilibrio de fuerzas.

Y por supuesto, también es necesario promover la adquisición de una correcta higiene postural y hábitos saludables, como el ejercicio físico regular, que favorezcan una buena musculatura en la espalda.

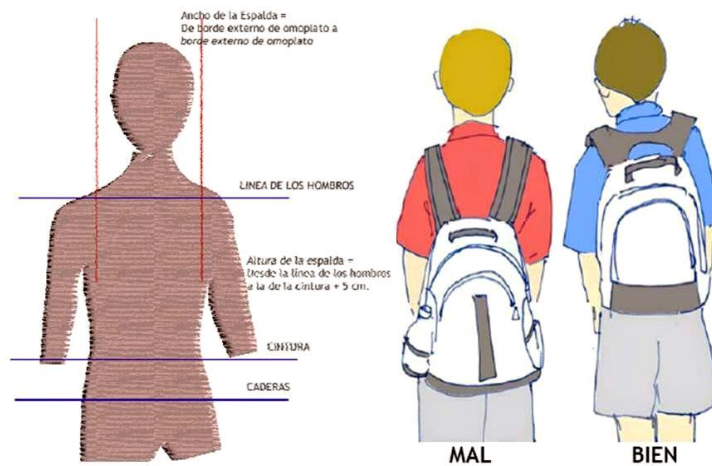


Imagen 61: Posición de las mochilas.

Fuente: Informe sobre mochilas realizado por la FAPA Giner de los Ríos

Las mochilas de ruedas son polémicas. Pueden ser una opción, pero hay que tener en cuenta que pueden resultar difíciles de manejar si hay que subir muchas escaleras. Y cuando las usen se recomienda que alternen ambos brazos. Los bolsos de bandolera no son aconsejables porque cargan todo el peso sobre un hombro.

7.11.6 Significado de la cojera

Es un síntoma que puede aparecer con relativa frecuencia en la infancia y genera gran preocupación en los padres. Se trata de una forma anormal de caminar, en la que se evita cargar el peso del cuerpo en la pierna afectada. Puede deberse a dolor, debilidad, u otras causas.

La causa más frecuente de cojera en los niños son **los traumatismos o actividad física intensa**. Esta suele mejorar en pocos días. Si es necesario puede administrar ibuprofeno o paracetamol. Si el traumatismo se acompaña de intenso dolor o imposibilidad para caminar, mejor acuda a su pediatra.

La causa no traumática más común es **la sinovitis transitoria de cadera**. Se trata de una inflamación de esa articulación, frecuente en niños entre 2 y 10 años. Aparece dolor de forma brusca generalmente tras una infección vírica, como por ejemplo catarro o proceso diarreico. El niño mantiene buen aspecto, no aparece fiebre. El tratamiento consiste en antiinflamatorios y reposo, mejorando en unos días.

Ante cojera y cualquiera de estas situaciones habría que realizar una valoración pediátrica (exploración física, pruebas de laboratorio o pruebas de imagen):

- Imposibilidad de mantenerse en pie.
- Fiebre.
- Síntomas como pérdida de peso, vómitos, diarrea, alteraciones en la piel, etc.
- Limitación de movimientos o cadera dolorosa.
- Dolor nocturno, constante, que le despierta durante el sueño.
- Antecedentes familiares de enfermedades de la cadera o procesos reumáticos.

7.11.7 Pronación dolorosa (codo de niñera)

Es una dislocación parcial de la cabeza del radio. Esto origina que uno de los ligamentos del codo, concretamente el ligamento anular, quede mal puesto e impide el movimiento correcto del brazo.

Es fácil de entender con este ejemplo:

Es como si se saliera la cadena de la bicicleta. La bicicleta no podemos moverla. Una vez que colocamos la cadena otra vez la bicicleta vuelve a moverse sin problema. No se ha roto nada.

Se produce habitualmente al tirar del brazo del niño para evitar un peligro (por ejemplo cruzar una calle sin mirar), también cuando el niño tira del brazo para intentar escaparse. Se da en niños menores de 5 años.

Tras el episodio, el brazo queda pegado al lado del cuerpo y estirado. Además el niño suele quejarse de más o menos dolor y suelen tocarse la zona del antebrazo. Los familiares a veces localizáis el problema en la muñeca o en el hombro, pero en realidad es la zona del codo.

La lesión aunque aparatosa se soluciona sin secuelas y no tiene ninguna gravedad. El pediatra, ortopeda o enfermera realizarán una maniobra para devolverlo a su lugar. La maniobra es sencilla pero debe ser realizada por personal experimentado. Un "click" suele indicar que el hueso ha vuelto a su sitio. En ese momento el niño podrá mover otra vez el codo. No es necesario inmovilización. A veces hay que dar ibuprofeno o paracetamol para el dolor.

No son necesarias las radiografías ni otras pruebas diagnósticas (solo se pedirán si no queda claro el mecanismo de producción y se quiere descartar una fractura).

Una vez que ha ocurrido se puede volver a repetir. Para prevenirlo lo mejor es levantar al niño por las axilas o por la cintura, y no de la mano.



Imagen 62: Pronación dolorosa

Fuente: notodoespediatría.com

7.11.8 Pie zambo

El pie zambo es una deformidad congénita compleja que puede aparecer sola o estar asociada a otras deformidades. En un 5% hay asociado displasia congénita de cadera. Su origen es desconocido. Ocurre en 1-3 de cada 1000 nacidos vivos. Más frecuente en niños. El 50% es bilateral. Si un padre ha tenido pie zambo hay un 4% de probabilidades que el hijo lo tenga y aumenta hasta el 15% si los dos padres son afectados. El pie está hacia adentro (varo) y hacia abajo (equino) y es difícil colocarlo en una posición normal.



Imagen 63: Pie zambo

La buena noticia es que el pie zambo en manos expertas de un [especialista en Ortopedia Infantil](#), puede llegar a ser un pie funcionalmente normal y no debe dar ningún problema en las actividades del niño.



Imagen 64: Férula de abducción o de Denis-Browne

El tratamiento debe empezar lo antes posible, dentro de las dos primeras semanas del nacimiento, cuando los tejidos son más flexibles. Consiste en manipulaciones y yesos desde la cadera a los dedos del pie, con la rodilla flexionada. Estos yesos se cambian semanalmente hasta la corrección, normalmente en el 6º-7º yeso, aproximadamente en 6 semanas. Este método de corrección recibe el nombre de método Ponseti.

Pero un 5% de los pacientes requerirán cirugía para su corrección ya que son pies zambos más rígidos y severos.

En algunos pacientes puede recidivar, incluso realizando el tratamiento correcto. Para evitarlo se puede indicar una férula de abducción o de Denis-Browne que asegura la correcta posición de los pies. Los primeros 3-4 meses la deberá usar durante 23 horas (se puede quitar para el baño). Después irá reduciendo el tiempo (en siestas y por la noche) hasta los 4 años de edad. Inicialmente puede ser molesto, el niño puede estar nervioso e inquieto, pero no produce dolor.

7.12 Problemas de salud: piel



7.12.1 Dermatitis atópica

La dermatitis atópica es la enfermedad de la piel más frecuente en niños. Afecta al 20% de los niños.

Se caracteriza por piel seca, escamosa, roja, con eccemas, con lesiones de rascado, escozor y picor. El grado de lesiones es variable en cada niño. En los casos más intensos, la piel puede infectarse por bacterias, virus u hongos.

Afortunadamente, el pronóstico suele ser bueno, puesto que la mayoría de los casos desaparece antes de los 5-6 años de edad, aunque estos niños siguen teniendo una piel más sensible.

Algunos consejos para aliviar y disminuir las molestias que suele ocasionar, son:

- **Alimentación:** puede comer de todo salvo que sea alérgico a algún alimento. A veces la alergia alimentaria se refleja en la piel y basta con retirar el alimento

para mejorar. Solamente se alimentará con leches especiales a los niños que sean alérgicos a las proteínas de la leche de vaca.

- **Baño:** ayuda a limpiar la piel y evitar infecciones. No ponga el agua muy caliente. Duchas cortas (no más de 5 minutos de duración). 3-4 veces a la semana suele ser lo adecuado. Utilice “Syndets” (jabones más suaves y respetuosos con la piel), que no tengan perfumes y que contengan aceites. No se aconseja el uso de esponjas. Seque de forma suave, sin frotar, dejando la piel bien seca.
- **Ropa:** de algodón. Lávela con detergentes suaves. Aclárela bien. Puede usar lavadora. Evite suavizantes y lejías.
- **En casa:** pase la aspiradora. Ventile la casa. Evite los peluches. Mantenga una temperatura adecuada de la habitación, la sudoración suele acentuar el eczema.
- **Piscina y playa:** la dermatitis atópica mejora en verano por la exposición progresiva al sol y al agua del mar. El cloro de la piscina no es tan adecuado. Tras bañarse en la piscina hay que ducharse bien y ponerse un emoliente. Sólo debe evitarse la piscina en el momento del brote.
- **Deporte:** no hay ningún problema para la práctica de ejercicio físico. Es recomendable tras el deporte, ducharse y aplicarse emolientes.
- **Emolientes e hidratantes:** la piel del niño atópico tiene falta de hidratación y sobre todo un déficit de lípidos. Se necesita hidratar la piel **todos los días**, sobre todo después del baño y mejor repetir varias veces al día. Aplicar de forma suave sin frotar. Hay distintos tipos de cremas: unas funcionan mejor a unos pacientes que a otros.
- **Medicación:** Corticoides tópicos: son sustancias que se aplican en la piel y disminuyen la intensidad de las lesiones. Inmunomoduladores (pimecrolimus y tacrolimus): son medicamentos que actúan sobre el sistema inmunitario. Si hay mucho picor, se utilizan antihistamínicos por vía oral.

7.12.2 Picaduras de mosquitos e himenópteros

Una molestia típica del verano son las picaduras de insectos. Aunque en general no suelen necesitar cuidados especiales, en algunas ocasiones pueden requerir atención médica inmediata.

Los mosquitos, pulgas o ácaros normalmente “muerden” al huésped, provocando en la piel una pequeña reacción inflamatoria (enrojecimiento, picor, dolor) a algunos componentes de su saliva.

Los insectos con aguijón lo clavan en el huésped, y en algunos casos inyectan veneno que es muy irritante para la piel y puede provocar reacciones alérgicas severas en personas sensibilizadas.

Lo que debe hacer es lavar la zona con agua fría y jabón. Procure mantener las manos limpias y evitar el rascado (por el riesgo de sobreinfectar la piel).

En caso de insectos con aguijón debe retirarlo rápidamente si aún está en la piel. El veneno se libera en los primeros segundos, con lo que esta medida sólo es eficaz si se realiza pronto. No se debe rascar ó pellizcar la piel para sacar el aguijón.



Imagen 65: Picadura de avispa

Si existe mucho dolor e inflamación, ponga una compresa fría o hielo en la zona. Si el dolor es muy intenso puede darle ibuprofeno.

Si estas medidas no son suficientes y el dolor empeora en unas horas, acuda a su centro sanitario.

¿Es mi hijo alérgico a las avispas? Presentar una mayor reacción local no implica que su hijo tendrá una reacción alérgica severa. El enrojecimiento se extiende hasta 10 cm durante 1 o 2 días y se resuelve en una semana.

No obstante, entre el 5 y el 10% de estos casos pueden presentar anafilaxia si vuelven a sufrir una picadura. En este caso los síntomas se desarrollan rápido:

- Escalofríos, enrojecimiento de la piel y dolor lejos del área de la picadura (especialmente alrededor de la cara, párpados, orejas, boca, manos y pies).
- Retortijones, náuseas, vómitos o diarrea.
- Dificultad para respirar, voz gangosa, silbido al respirar.
- Mareos o desvanecimiento.

La anafilaxia es una emergencia médica. Si su hijo empieza a presentar síntomas llame al 112 lo antes posible. Los servicios de emergencias sanitarias pueden poner tratamiento pronto y tratar las complicaciones que puedan aparecer.

No conduzca hasta el hospital. Se demora el momento de poner el tratamiento y aumentan las probabilidades de accidente de tráfico.

Los pacientes alérgicos deben aprender el funcionamiento de las jeringas de adrenalina precargadas y cuándo utilizarlas. Es importante llevar la medicación, sobre todo si se va a estar al aire libre. Los profesores y monitores deben estar informados e instruidos para tratar al niño.

Se debe consultar a un servicio médico tras inyectar la adrenalina porque los síntomas pueden reaparecer tras una mejoría inicial.

Si su hijo ha tenido una reacción alérgica severa, su pediatra valorará remitirle a alergología para determinar la causa.

Medidas para evitar picaduras:

- Llevar zapato cerrado, prendas de manga larga y de colores neutros. Evitar perfumes.
- Aplicar repelente de mosquitos.
- Evitar el alba y el atardecer, cuando los mosquitos son más activos.
- Alejarse de zonas de agua remansada como charcas ó piscinas.
- Cubrir la comida y la bebida cuando se está al aire libre.
- Ante la presencia de un insecto con aguijón, esté tranquilo y retírese lentamente. No haga aspavientos. Las feromonas liberadas por nuestro cuerpo durante el ataque pueden atraer a más insectos.
- Evitar manipular los nidos de avispas o colmenas. Solicitar ayuda profesional para retirarlos de forma segura.

7.12.3 Mi hijo tiene un lunar... ¿debo preocuparme?

Los lunares o nevus melanocíticos son pequeñas manchas en la piel de color marrón o negro. Son lesiones benignas formadas por mayor cantidad de células (melanocitos) que producen el pigmento de la piel (melanina).

La mayoría de personas tenemos varios en nuestro cuerpo. Hay de dos tipos:

- Los que ya están presentes al nacer (nevus melanocíticos congénitos)
- Los que aparecen a lo largo de la vida (nevus adquiridos). Estos son los más comunes. Pueden encontrarse en cualquier parte del cuerpo, incluso en el cuero cabelludo, las uñas, etc. Suelen aparecer en la infancia y su número aumenta en la adolescencia y juventud. Con los años es normal que se aclaren y se hagan más elevados.

Los factores que predisponen a la aparición de lunares son:

1. La genética: si la familia tiene muchos lunares, es probable que el niño también tenga.
2. La exposición solar en la infancia: sobre todo con exposiciones intensas e intermitentes (es normal que tras las vacaciones aparezca alguno más).
3. Personas con piel clara.

Tener lunares en general no es peligroso. En pocas ocasiones llegan a transformarse en un melanoma (cáncer de piel que puede pasar de la piel a otros órganos del cuerpo), y mucho menos en niños. Pero debemos de estar alerta, tanto los padres como el pediatra identificando cambios sospechosos.



Imagen 66: Lunar

Hay personas que toman fotografías de sus nevos para observar si cambian. También los propios niños a medida que se hacen mayores pueden familiarizarse con el aspecto de sus lunares y darse cuenta si cambian.

Los lunares sospechosos cumplen alguna de estas características (regla ABCDE):

1. Asimetría: el contorno de una mitad no es igual al otro.
2. Bordes irregulares, borrosos o desiguales.
3. Cambios de color o presencia de 2 o más colores en el mismo lunar.
4. Diámetro mayor de 6 milímetros o crecimiento rápido.
5. Evolución: cualquier cambio en el lunar reciente: picor, sangrado, cambios de tamaño, color, etc.

Hoy en día los casos de melanoma están aumentando con rapidez. Uno de los factores que más influyen en su aparición es sin duda la exposición a los rayos ultravioletas (UV) del sol durante la niñez y las quemaduras solares de la piel. La única forma de evitar que ese nevus se convierta en un melanoma en la edad adulta es: [LA PROTECCIÓN SOLAR](#).

7.12.4 Hemangiomas y malformaciones vasculares

Los hemangiomas y malformaciones vasculares son términos médicos que se utilizan para indicar tumores benignos de los vasos sanguíneos. En general aparecen como una mancha rojiza o azulada en la piel que se ve al nacimiento o después. Ocurren al azar, pero también hay casos hereditarios.

Hemangiomas

Son los más frecuentes. Aparecen en uno de cada 10 bebés. Más en la raza blanca, niñas, prematuros, recién nacidos de bajo peso y de madres con edad avanzada.



Imagen 67: Hemangioma

Suelen aparecer a las 2-3 semanas de vida. A veces se encuentra una lesión precursora al nacimiento (como una mancha muy tenue que después se desarrolla).

Las localizaciones más frecuentes son cabeza y cuello. Pero pueden afectar cualquier parte del cuerpo.

No duelen ni suelen provocar peligro en la salud infantil, salvo que afecten órganos importantes. Pueden afectar la visión si aparecen en el párpado, dificultades respiratorias si aparecen en la vía respiratoria. A veces pueden sangrar al rozarse.

Crece rápidamente poco después del nacimiento y durante el primer año, pero después su tamaño se reduce (involucionan) y su color se torna más claro a lo largo de 5 o 6 años.

En algunas localizaciones o si son muchos habría que realizar una ecografía (cabeza, hígado) para ver otros hemangiomas en órganos internos.

Malformaciones vasculares

Son otro tipo de marca de nacimiento. Están presentes al nacer. Se forman por arterias, venas, capilares o vasos linfáticos. Su incidencia es más baja que los hemangiomas (0.1-0.3% de los bebés) sin diferencia de sexo.



Imagen 68: Malformación vascular

Existen varios tipos diferentes. Los más conocidos son “el picotazo de cigüeña” (en la nuca), “el beso del ángel” en la cara, “mancha salmón” o en “vino de Oporto”. Pueden aparecer en frente, nariz, párpados, labio superior y nuca.

No suelen regresar de forma espontánea y pueden aumentar de tamaño y volverse más aparentes proporcionalmente a que el niño crece.

¿Qué hacer ante un hemangioma o una malformación vascular?

Los hemangiomas pequeños y superficiales serán revisados por su pediatra. Desaparecerán (involucionarán) espontáneamente. No suelen requerir tratamiento. A veces se usan preparados de timolol o propanolol tópicos.

En los hemangiomas grandes o en localización de riesgo el propanolol se considera el tratamiento de elección (aprobado por la Agencia Europea del Medicamento). Debe ser precoz, en el primer mes de vida. Se administra en forma de jarabe. Los principales efectos secundarios son: hipoglucemia, hipotensión, bradicardia, broncoespasmo, diarreas, náuseas, vómitos y cambios en el patrón del sueño.

Otras opciones de tratamiento son corticoides tópicos u orales, láser (sobre todo en las malformaciones vasculares) y cirugía (en lesiones grandes o que suponen riesgo vital).

Siempre la valoración del tratamiento será individual, teniendo en cuenta el grado de afectación y el impacto psicológico en el niño y su familia.

7.12.5 Picaduras de garrapatas

Es algo que ocurre con frecuencia en verano. Las garrapatas están en arbustos, hierbas y restos de hojas acumuladas. Son más abundantes en zonas en donde habitan animales silvestres o en explotación ganaderas. Si tiene perros o gatos es probable que haya visto alguna.

Las garrapatas se adhieren a la piel y se alimentan de la sangre. Generalmente su picadura es **indolora**. Pero puede aparecer enrojecimiento, inflamación o dolor muy leve.

En nuestro medio la posibilidad de transmisión de enfermedades es baja, pero **algunas garrapatas pueden transmitir enfermedades infecciosas como:** Fiebre Botonosa Mediterránea, Enfermedad de Lyme, Fiebre Recurrente, Crimea Congo, etc. Nos debemos alarmar si aparecen: dolor de cabeza, fiebre, escalofríos, ganglios inflamados, debilidad muscular, cansancio y dificultad para caminar, pérdida de apetito o erupción extensa en la piel.

SE DEBEN EXTRAER LO ANTES POSIBLE:

- Sujetar la garrapata con unas pinzas lo más cercana a la piel.
- Extraerla de forma perpendicular a la piel, evitando que queden restos.
- Colocar en un frasco o bolsa por si el médico después lo solicita.
- Lavar zona de picadura con agua y jabón.
- Aplicar un desinfectante como yodo.
- **No debemos:**
 - Manipular sin guantes la garrapata.
 - Aplastar o presionar el cuerpo de la garrapata.
 - Retorcer el cuerpo en la extracción. Hay que tirar con seguridad y en la misma dirección.

- Aplicar sustancias como vaselina, aceite, alcohol, gasolina o agua caliente. Dificultan su extracción y facilitan que la garrapata inocule los gérmenes que puede contener.

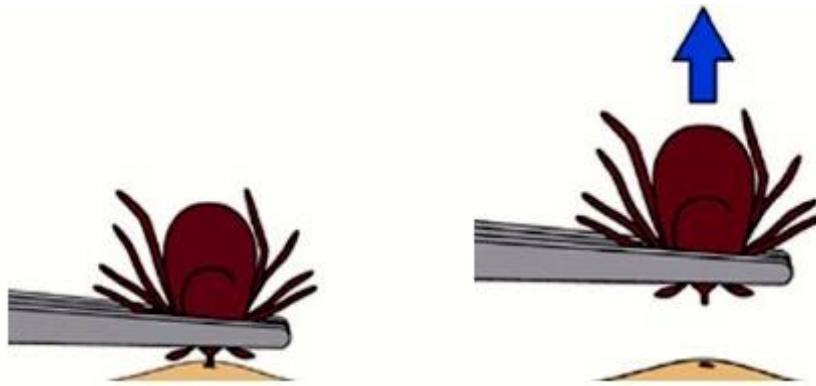


Imagen 69: Extracción de la garrapata.

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

No se recomienda la administración rutinaria de antibióticos para la prevención de las enfermedades que pueden transmitir, ya que no es lo habitual.

Tampoco se recomienda la realización un análisis de sangre (para serologías) ya que éste resulta caro y molesto para el paciente.

Si aparecen síntomas o signos relacionados con la picadura deberá acudir precozmente a su pediatra. Es probable que el niño tenga que tomar antibióticos.

La medida de prevención más eficaz es evitar la picadura de la garrapata. Para ello debe:

- Exponer la menor superficie corporal en las salidas al campo. Llevar manga larga y pantalones largos y los extremos dentro de los calcetines.
- Si existe la sospecha de picadura hacer una inspección cuidadosa de la piel, cabello y ropa. Ducharse pronto. Poner la ropa en secadora durante 1 hora a temperatura alta, mata las garrapatas.
- Desparasitar los animales domésticos. Existen collares para perros y champús antigarrapatas.
- Administrar repelente: permetrina, DEET (N,N-dietil-m-toluamida). Sobre la ropa, no sobre la piel. Siempre evitando ojos, manos y boca.

7.12.6 Psoriasis en el niño

Es una enfermedad crónica de la piel. En ella hay periodos en los que el niño no tendrá lesiones o tendrá menos, y otros en que aparecerán lesiones.

La causa no es bien conocida. Hay predisposición genética. Es decir, si unos padres tienen psoriasis no quiere decir que un hijo la vaya a tener siempre, pero sí que tiene más probabilidad de tenerla.

Además influyen otros factores ambientales, personales e infecciosos. Se sabe que el estrés, el frío, las infecciones y algunos medicamentos pueden precipitar la aparición de un brote. La obesidad o el sobrepeso pueden agravar la enfermedad dado que las lesiones suelen aparecer en los pliegues de la piel y hacen más complicado el tratamiento.

Las lesiones características que aparecen en la piel son rojas y abultadas, cubiertas de escamas blanquecinas brillantes que se desprenden fácilmente. Pueden picar, doler y a veces se agrietan y sangran.

No es contagiosa. Puede presentarse de distintas formas:

- La forma más típica es la **psoriasis en placas**. En la mayoría de los niños, la psoriasis se limita a unas pocas placas. Las zonas que más se afectan son los codos, las rodillas, el cuero cabelludo y el tronco. Aunque puede afectar el cuero cabelludo, las uñas o cualquier parte del cuerpo.
- En algunas personas puede provocar también la inflamación de algunas articulaciones (**artritis psoriásica**).
- En niños menores de 2 años puede afectar al área **del pañal**, aunque es poco frecuente.
- Otra forma es la **psoriasis invertida** que afecta los pliegues como axilas e ingles. Se ponen manchas rojas, pero sin escamas. Es más difícil de tratar.

- Por último, la “psoriasis en gotas”, con lesiones redondeadas pequeñas distribuidas por todo el cuerpo. Generalmente, se produce tras una amigdalitis. Esta forma tiende a resolverse sin tratamiento en 3-4 semanas, a veces meses. Puede ser un episodio único, repetirse con nuevas infecciones de la garganta o aparecer más adelante la forma clásica en placas.

Bastará con examinar la piel, uñas y cuero cabelludo para saber que lo tiene. Luego le preguntarán si algún integrante de la familia padece psoriasis y si su hijo ha sufrido alguna enfermedad o ha comenzado a tomar algún medicamento recientemente. Cuando haya dudas diagnósticas se hará una biopsia de la piel.



Imagen 70: Lesiones de psoriasis

Se trata de una enfermedad que no se cura. Sin embargo, un estilo de vida saludable y seguir el tratamiento lograrán que haya menos brotes y que los que tenga sean más leves. Por ejemplo una alimentación sana que incluya frutas y verduras, una correcta higiene e hidratación de la piel y algunos paseos al aire libre para que el niño reciba de forma moderada luz solar.

El tratamiento debe ser siempre supervisado por un pediatra o dermatólogo. Suele requerir cremas de corticoides o champús (con salicílicos o alquitrán de hulla) en las zonas de piel afectadas. En casos muy extensos o de mala respuesta puede aplicarse fototerapia. En formas graves puede ser necesario inmunomoduladores u otros fármacos. Pero no se olviden del aspecto psicológico de esta enfermedad. Hay niños que lo llevan mal. Dele apoyo emocional. En algunos casos, especialmente durante la adolescencia, puede ser necesario el apoyo psicológico al niño o a la familia.

7.12.7 ¿Y esas manchas blancas?... Ptiriasis alba

Puede ser motivo de preocupación común en las madres. Es una enfermedad benigna, frecuente, que afecta principalmente a los niños. Se trata de una o varias manchas blanquecinas en la cara, y a veces en extremidades. Se trata de ptiriasis alba o dartros. ¡No son hongos!

Suele pasar por 3 etapas, primero aparece una placa rosada que pica, tras unas semanas se descama y luego se ve una mácula menos pigmentada que puede persistir meses, incluso años.

No tiene predilección por sexo ni por tipo de piel, aunque se nota más en pieles oscuras o bronceadas. No es debida a ninguna alteración de la nutrición ni a ningún déficit vitamínico. Se relaciona con la exposición solar intensa, la humedad y el viento, sin protección. Es considerada por muchos dermatólogos como una manifestación de la dermatitis atópica. No se contagia.

Hay otros procesos de la piel que hay que pueden provocar manifestaciones parecidas, como algunas infecciones por hongos o el vitíligo (falta de melanina). No se necesitan exploraciones complementarias, cuando se conoce este proceso.

El tratamiento se basa en el uso de cremas hidratantes y fotoprotectoras de forma continuada, especialmente en la piel más expuesta como la cara. A veces también se puede recomendar alguna crema de corticoide. Es importante prevenir la sequedad excesiva de la piel, evitando los baños prolongados, el agua muy caliente y jabones o detergentes abrasivos.



Imagen 71: Ptiriasis alba

7.12.8 ¿Qué piensa cuando escucha la palabra hongos?

Los hongos son un tipo de organismos que suelen ser inofensivos, pero algunas veces pueden causar infecciones.

El verano es una época propicia para ellos. Necesitan un lugar cálido, oscuro y húmedo para crecer. Por ello las duchas públicas, las piscinas, los vestuarios e incluso el calor del calzado no transpirable (como la zapatilla deportiva) pueden darles la oportunidad perfecta para atacar.

Se pueden transmitir de una persona a otra (aunque no es habitual), a través de un animal (gatos, perros, conejos) o al jugar en la tierra. Los niños que toman antibióticos suelen ser más propensos a contraer una infección por hongos, ya que además de eliminar los gérmenes que nos provocan enfermedades, a veces también pueden matar las bacterias que nos protegen de los hongos.

Hay varios tipos de infecciones producidas por hongos:

- **Micosis del cuerpo (tiña corporal o Tinea corporis):** puede aparecer en cualquier zona del cuerpo. Pequeñas manchas rojas que crecen y se van convirtiendo en anillos grandes, con los bordes enrojecidos. Producen picor.



Imagen 72: Micosis del cuerpo.

Fuente: www.dermapixel.com

- **Micosis del cuero cabelludo (tiña del cuero cabelludo o Tinea capitis):** aparecen una o más zonas en la cabeza con falta de pelo; sensación de caspa y picor. Ese pelo suele volver a crecer, cuando remite la infección.



Imagen 73: Micosis del cuero cabelludo.

Fuente: www.dermapixel.com

- **Pie de atleta (Tinea pedis):** se refiere a los hongos en el pie. Suele aparecer un enrojecimiento de la piel generalmente entre los dedos, ésta se descama; pica mucho y se puede hacer una herida. Las uñas pueden debilitarse y decolorarse. Es más común en adolescentes.



Imagen 74: Micosis del pie.

Fuente: www.familiaysalud.es

- **Las cándidas:** es un tipo de hongo que afecta con mayor frecuencia a la piel de las zonas húmedas o alrededor de los orificios del cuerpo, como por ejemplo la dermatitis del pañal o el muguet oral (típico de los bebés).

Las niñas mayores y las mujeres pueden desarrollar otra clase de infección por cándida en la vagina y alrededor de ésta, que se llama vulvovaginitis.



Imagen 75: Dermatitis del pañal.

Fuente: www.familiaysalud.es

- **Los hongos de las uñas:** son más frecuentes en las uñas de los pies que en las de las manos. Ocurren más en adultos que en niños. Se reconoce por cambios en la coloración de la uña (blancos o amarillentos) con acúmulos de restos (detritus). Pueden ir levantando la uña hasta caer.



Imagen 76: Micosis de las uñas.

Fuente: www.familiaysalud.es

Acuda a su pediatra si cree que su hijo puede tenerlos. Observará la zona afectada para saber qué tipo de infección es. No suele ser necesario pruebas especiales. Se pueden

enviar muestras (raspado de lesiones) al laboratorio cuando se quiere confirmar el diagnóstico.

Las cremas y champús antifúngicos son de ayuda para combatirlos. En ocasiones, el niño puede necesitar un tratamiento vía oral. Hay que aplicarlos o tomarlos durante el tiempo indicado.

CONSEJOS ÚTILES PARA EVITAR LOS HONGOS

- En la piscina:
 1. Usar chanclas en duchas y vestuarios.
 2. Ducharse antes y después de meterse en la piscina.
 3. Secarse bien la piel después del baño.
 4. Usar cremas de hidratación tras el baño.
 5. Cambiar el bañador para evitar la humedad.
- Usar calcetines de fibras naturales (hilo y algodón), no sintéticas.
- Usar calzado con suela de cuero.
- Higiene diaria, sin olvidar los pliegues de la piel.
- Evitar los baños prolongados (no más de 5 minutos), sobre todo cuando el agua es caliente.
- Secar bien la piel y los dedos de los pies después del baño.
- Hacer uso individual de los objetos de aseo personales, así como de las toallas.
- En el caso del pie de atleta evitar que el niño camine descalzo por alfombras y moquetas.
- Intente impedir que el niño se rasque la zona afectada.
- Lavarse bien las manos con agua caliente y jabón, antes y después de atender al niño para evitar propagar la infección.
- Si hay mascotas en casa acuda al veterinario.

7.12.9 Tatuajes de henna negra

La Henna es un colorante marrón-verdoso, natural, extraído de un arbusto al que se le añade un producto químico que se llama P- fenilendiamina (PPD), para intensificar el color negro y aumentar su duración.

En verano es una costumbre aplicar este tipo de productos para decorar la piel. Incluso de los niños. Proliferan en playas, ferias, mercadillos y otros eventos veraniegos. Se aplican directamente en la piel sin inyección intradérmica.

Lo que es menos conocido es que este producto puede causar reacciones alérgicas en la piel. Y por si esto fuera poco, la sensibilización a PPD puede dar lugar a reacciones alérgicas cruzadas con otros productos que también lo contienen como: colorantes textiles, tintes del cabello, gomas negras (de las ruedas), mascara de pestañas, tintas de imprenta, betunes y pinturas. Incluso reacciones cruzadas por similitud con productos que contengan el grupo para: colorantes azoicos, anestésicos locales, sulfamidas, ácido paraminobenzoico (PABA) de los fotoprotectores. Lo cual supone un problema para el niño en el futuro.

La AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) advierte del riesgo de los tatuajes temporales a base de Henna Negra (aunque no lo prohíbe) y recomienda acudir al pediatra si su hijo experimenta picor o reacción en la piel tras la aplicación de estos.

En la foto se pueden ver dos casos de dermatitis de contacto a Henna Negra en dos hermanos que con posterioridad presentaron pruebas alérgicas positivas a PPD.



Imagen 77: Dermatitis de contacto (mariposa y dragón).

7.12.10 Molusco contagioso

Aunque el nombre suena raro, es una lesión de la piel muy frecuente. Está causado por un virus llamado Poxvirus. Produce una protuberancia en la piel aproximadamente del tamaño de una cabeza de alfiler, con un centro umbilicado (hundido en la parte superior). Se parece a las verrugas.

Puede ser una lesión única, aunque es más habitual que se vea en grupos en cualquier zona de la piel.

Son más frecuente en los niños con dermatitis atópica y con lesiones en la piel. Son contagiosos, se transmiten por el contacto piel con piel. Se relacionan con el uso de piscinas (el virus se propaga en el agua), así como el calor, la humedad y la falta de higiene. Sin embargo, no es necesario que dejen de acudir a la piscina por dos motivos: porque los niños con piel normal aunque entren en contacto con el virus no desarrollan la lesión, y porque siempre hay niños que van a la piscina sin saber que lo tienen ya que quizás sus lesiones son muy pequeñas y no están diagnosticadas.

Si se les deja evolucionar, se quitan solos. Normalmente cada molusco desaparece en 2 o 3 meses, pero van apareciendo otros por rascado o contacto (autocontagio). Por lo que pueden pasar varios años (2 o 3 años) hasta que todos los moluscos desaparezcan y mientras tanto pueden aparecer más lesiones por contagio.

El tratamiento que se puede utilizar es variado:

- Medicamentos para aumentar las defensas.
- Eliminar la lesión con pinzas, una cureta o bisturí.
- Congelar las lesiones con crioterapia.
- Aplicar una sustancia química, como hidróxido potásico, ácido salicílico, ácido retinoico, peróxido de benzoílo u otros productos. Se aplica sobre la lesión con cuidado (sólo sobre la lesión). Cuando se irrita se deja de poner. La lesión se seca y se cae en unos días.

Su pediatra le dirá cuál es la mejor opción de tratamiento y cómo realizarlo, depende de la ubicación, de la cantidad de lesiones y de los medios que tenga en su trabajo. No debe intentar quitarlos con sus uñas, pues es fácil la diseminación.

La eliminación de los moluscos suele molestar un poco, por lo que antes de proceder a quitarlos conviene anestesiarse la zona con una crema como EMLA o Lambdalina que contienen lidocaína (anestésico local). Se aplica sobre la superficie de la piel donde están los moluscos una hora antes de la actuación y se cubre con plástico para que se absorba y no se seque. En general el niño no nota nada, quizás un pequeño “pellizquito”.

La prevención más eficaz es mantener la piel limpia, sana y bien hidratada. Así es menos probable infectarse por el virus del molusco.



Imagen 78: Acúmulo de moluscos.

Fuente: www.dra-amalia-arce.com

7.12.11 Algo que pica

La sarna es una enfermedad que sigue existiendo. Se puede presentar a cualquier edad, incluso en niños. Se asocia a la pobreza, a la poca higiene y al hacinamiento.

Es producida por un bichito llamado *Sarcoptes scabiei hominis*. Es contagiosa de persona a persona por contacto estrecho de piel con piel, y a veces también a través de objetos (sábanas, toallas y ropas). El ácaro puede vivir fuera de la piel 2-3 días. También pueden darse contagio desde animales infectados (*Sarcoptes scabiei canis*).



Imagen 79: Sarna

La hembra del ácaro se introduce en la superficie de la piel. Allí copulan y deja los huevos, unos 40-50, que maduran en 1 semana. Y vuelven a comenzar el ciclo.

En la piel se puede ver **el surco acarino**, que corresponde a la excavación del ácaro hembra a un ritmo de 5mm al día. Al final del surco sale la pápula acarina, donde se encuentra el parásito. Las lesiones pican y están rascadas en muchos casos. Se ven sobre todo la piel situada entre los dedos de manos y pies, superficie de flexión de la muñeca, glúteos (como la imagen), genitales y tobillos.

La mayoría de veces se diagnostica por las lesiones de la piel, el picor y la existencia de más casos en la familia. El picor es mayor por la noche. Se puede confirmar con una toma de muestra de las lesiones, que se enviará al laboratorio.

El tratamiento se realiza con crema de permetrina al 5%. Se extiende por todo el cuerpo, especialmente en los pliegues. Se deja actuar toda la noche, unas 8-10 horas y después se lava con agua abundante.

Hay que limpiar y recortar bien las uñas porque debajo pueden quedar los ácaros. Se recomienda volver a repetir el proceso 7 días después. Todos los miembros de la familia deben hacer el tratamiento, aunque no tengan síntomas.

Es importante la desinfestación de toda la ropa de cama, las toallas, la ropa, los muñecos, etc. Para ello debe lavarlos con agua a 60°, y si no es posible, meterlo en una bolsa de plástico bien cerrada durante 9-10 días.

El picor puede permanecer durante 1-2 semanas después del tratamiento. **Poco a poco irá desapareciendo.** El niño puede ir al colegio 24 horas después de haber realizado el tratamiento.

7.13 Problemas de salud: respiratorios



7.13.1 Los catarros

Un motivo de consulta muy frecuente en Pediatría son los catarros o resfriados.

Son infecciones de las vías respiratorias causadas generalmente por virus. Existen centenares de ellos, los más frecuentes son los rinovirus en invierno.

Se transmiten de persona a persona, y los niños pequeños son los más predispuestos a cogerlos porque tienen un sistema inmunitario inmaduro, que no han desarrollado. Esto hace que sean más frecuentes cuando empiezan la guardería o el cole.

Suelen asociarse con congestión nasal, estornudos y tos, incluso malestar general y fiebre.

Pero no siempre será necesario que acuda al pediatra. La mayoría de las infecciones respiratorias se curan solas en unos días, aunque los mocos pueden durar.

Tampoco se pueden prevenir de forma eficaz. Las infecciones respiratorias banales, como los catarros, deben ser una oportunidad para poner en marcha la responsabilidad de los padres en el cuidado de la salud de los hijos.

Es necesario que el niño descanse y que permanezca en casa mientras tenga fiebre. Lo único que debemos hacer es aliviar los síntomas con ibuprofeno o paracetamol, si hay fiebre alta o malestar, descongestionar la nariz con suero nasal o suavizar la tos con algo de miel (excepto en menores de un año).

Los medicamentos para la tos, los mocos y la congestión tienen muy poco efecto curativo y posibles efectos secundarios sobre todo en niños menores a 6 años. Han dejado de ser financiados por la seguridad social debido a su baja eficacia. Actualmente son de venta libre en farmacias. Los antibióticos tampoco sirven para procesos víricos.

Los síntomas que pueden indicar que el proceso se está complicando (por ejemplo con una neumonía u otitis) y que debe acudir al médico, son:

- Dificultad para respirar (se marcan las costillas y se hunde el esternón, se oyen pitos cuando respira, respiración muy rápida, agitada, etc.).
- Fiebre que dura más de tres días.
- Dolor de oídos o supuración.
- Tos y mocos durante más de 10-15 días.

Salvo en estos últimos casos, las infecciones respiratorias son una entidad claramente benigna por la que los niños tienen que pasar y en la que casi nunca hay que dar medicamentos.

7.13.2 ¿Cómo quitar los mocos?

Los mocos son una sustancia pegajosa que se forma en la mucosa del aparato respiratorio. Su textura y color suelen variar a lo largo del catarro: al principio es agüilla transparente que cae por la nariz, después se hace más espeso y amarillento, e incluso verdoso.

En los niños mayores es sencillo decirles que se suenen en un pañuelo. Pero los lactantes y los niños pequeños no saben sonarse la nariz y la mucosidad nasal es muy molesta, cuando están acatarrados. Les puede dificultar el sueño y la alimentación. En estos casos es aconsejable hacer lavados nasales. Esto evitará que el moco ocasione otros problemas como otitis, sinusitis y conjuntivitis.

Los lavados nasales se pueden hacer con suero fisiológico o con *sprays* presurizados de agua de mar. Debe hacerlo con el niño tumbado boca arriba y girando la cabeza hacia cada lado. La solución se aplica en el orificio nasal que queda arriba, tapando el de abajo. Ver video sobre lavados nasales:

https://www.youtube.com/watch?v=d1ftH3_9DTc

Para retirar mucosidad muy evidente se puede utilizar la aspiración. Existen distintos sistemas:

- El más sencillo es la perilla: primero se aprieta, se introduce la boquilla por el orificio nasal y después se suelta poco a poco.
- Aspirador nasal manual: en los que la boquilla con el filtro de esponja se introduce por la nariz y por el otro lado aspiramos con la boca.
- Aspirador nasal eléctrico: es similar a los anteriores con la diferencia que la succión se hace con un pequeño motor.

Conviene hacerlo con cuidado para no hacer daño en su naricilla y aspirar de forma suave, sobre todo antes de comer y de dormir. En general no es agradable, pero a veces les gusta cuando notan que respiran mejor.

Otras medidas aconsejables son:

- Humidificar el ambiente mediante humidificadores eléctricos o colocando depósitos de agua en los radiadores.
- Dar líquidos al niño de forma frecuente para que esté bien hidratado y arrastre el moco de la garganta.
- Colocar en posición semiincorporada (unos 10-15°). Esto facilita que el moco descienda hacia el aparato digestivo y no se acumule en los oídos, nariz y garganta.
- Los medicamentos como mucolíticos, descongestivos orales y nasales, antihistamínicos se desaconsejan en menores de 6 años. Se duda de su eficacia. Además pueden tener efectos secundarios y riesgo de intoxicaciones. Siempre se deben utilizar bajo prescripción médica.

7.13.3 La gripe

La gripe es una **infección viral** de las vías respiratorias muy contagiosa. Afecta a todas las edades y los niños tienden a cogerla con mayor frecuencia que los adultos.

La gripe se confunde a menudo con el catarro o resfriado común, pero los síntomas de la gripe suelen ser mucho más intensos. Produce fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, molestias musculares, mareo, pérdida del apetito, cansancio, tos, dolor de garganta, moqueo nasal, náuseas o vómitos, debilidad, dolor de oídos, diarrea... Suelen comenzar unos dos días después de la exposición al virus.

Tras unos cinco días, la fiebre y los demás síntomas suelen desaparecer, pero pueden persistir la tos y la debilidad, hasta una o dos semanas.

Es importante tomarse la gripe en serio, puesto que en ocasiones presenta **complicaciones** como son otitis, neumonía, bronquiolitis, miocarditis, encefalitis, exacerbaciones de asma... que pueden poner en peligro la vida del paciente, sobre todo en bebés, ancianos y personas que padecen problemas de salud de carácter crónico.

La gripe es contagiosa, se propaga **a través de gotitas infectadas por el virus que se expulsan al toser o estornudar**. Las personas que contraen la gripe la pueden contagiar desde el día anterior a la aparición de los síntomas y hasta que estos desaparecen (alrededor de una semana en los adultos y durante algo más de tiempo en los niños).

La gripe suele aparecer en oleadas **epidémicas** (afecta a mucha gente en una misma zona y al mismo tiempo) cada año. Suele alcanzar su máxima expresión de dos a tres semanas después de la aparición de los primeros casos.

Aunque no existe ninguna forma garantizada de impedir el contagio de la gripe. Algunas formas de evitar la propagación de la gripe, son:

- **Lavarse las manos a conciencia y frecuentemente**, utilizando agua y jabón, sobre todo después de utilizar el baño, toser o estornudar y antes de comer.

- Usar **pañuelos de papel**.
- Evitar **aglomeraciones** (como centros comerciales en momentos de mayor riesgo).
- **No compartir** vasos, cubiertos, platos y otros utensilios alimentarios.
- No acudir al colegio o guarderías. Dejar al niño **en casa** mientras tiene la gripe.
- **Cubrirse la boca y la nariz** con un pañuelo de papel cuando se estornuda o tose y luego tirarlo a la basura. Si no se dispone de un pañuelo de papel, toser o estornudar sobre el antebrazo, no sobre las manos.

No hay ningún tratamiento curativo. En la mayor parte de los casos, la gripe **sólo necesita** reposo, beber abundantes líquidos, alimentación sana, higiene adecuada y lavado frecuente de las manos para prevenir el contagio. Se pueden dar **paracetamol e ibuprofeno** para aliviar las molestias (no dar nunca un medicamento con ácido acetilsalicílico, como la aspirina, a niños o adolescentes, ya que les puede desencadenar una enfermedad infrecuente pero grave llamada síndrome de Reye). Los **antibióticos no** hacen nada contra el virus de la gripe. Sólo se usan en ciertas complicaciones (cuando hay sobreinfección bacteriana).

MITOS Y FALSAS CREENCIAS:

1. Los niños no tienen gripe: los niños la padecen con mayor frecuencia que los adultos y también la contagian.
2. Es falso que sólo las personas mayores deben vacunarse contra la gripe. También los niños con enfermedades de riesgo deben vacunarse cada año.
3. Se puede padecer gripe como consecuencia de la vacuna: la vacuna inactivada no contiene virus vivos y por lo tanto no puede producir gripe.
4. Los antibióticos permiten que la gripe se cure antes. Al ser la gripe una enfermedad viral los antibióticos no son necesarios, sólo se utilizan cuando aparecen complicaciones.

7.13.4 La bronquiolitis

Con la llegada del frío las consultas de pediatría se llenan de problemas respiratorios.

La bronquiolitis es una infección vírica que inflama los bronquios y los bronquiolos. Esto impide que entre bien el aire en el pulmón y origina dificultad para respirar.

El virus respiratorio sincitial (VRS) es su principal causa. Aunque también la pueden producir otros virus como el de la gripe, el *parainfluenza* o el *adenovirus*.

Afecta a los menores de 2 años, sobre todo a los de menos de 6 meses. En los niños mayores y adultos, la infección por VRS suele producir síntomas leves.

El contagio se produce como todas las infecciones respiratorias, a través de las secreciones nasales o de las gotitas de la saliva de una persona infectada que se generan al hablar, toser o estornudar. También al tocar objetos contaminados por el virus (por ejemplo, juguetes, chupetes... en los que suelen quedarse gotas de saliva o mucosidad con el virus) y luego tocándose los ojos, la nariz o la boca. Se propaga fácilmente en las guarderías y en las salas de los hospitales o centros sanitarios.

Suele comenzar como un resfriado, con moco nasal, tos leve y, a veces, fiebre. Después de uno o dos días, la tos empeora. Algunos pueden tener dificultad para respirar (se le marcan las costillas y el abdomen se mueve mucho) y ruidos en el pecho (como “pitos” o “silbidos”).

No hay ninguna medicina eficaz contra el VRS. Tan solo hay que cuidar al niño que lo tiene:

- Si tiene fiebre alta o malestar darle un antitérmico (como paracetamol o ibuprofeno).
- Ofrecerle líquidos (agua o leche) de forma regular y en pequeñas tomas, para mantener una buena hidratación.
- No olvide que los niños alimentados al pecho durante 4 meses o más suelen tener bronquiolitis más leves.

- Hacer lavados nasales con suero fisiológico o agua de mar. Le ayudará a mantener despejada la nariz, especialmente antes de dormir y de comer.
- Elevar la cabecera de la cama/cuna y colocar al bebé un poco incorporado y boca arriba (decúbito supino), así podrá respirar mejor.
- Es importante evitar exposición al humo del tabaco. No fumar en casa.
- No forzar a comer. Es posible que el niño coma más lentamente que de costumbre y tolere peor los alimentos (puede presentar vómitos y atragantamiento). En estos casos, es mejor fraccionar las tomas (administrar menos cantidad de alimento, pero más frecuentemente).
- Si el niño tiene dificultad respiratoria leve o moderada, el pediatra puede darle medicación broncodilatadora o suero fisiológico administrado mediante cámaras de inhalación o aerosoles, que sirven para abrir las vías respiratorias. Esto parece ayudar a algunos niños, pero no siempre ocurre así.
- Los jarabes para la tos, los mucolíticos y los descongestionantes nasales no son útiles y pueden ser perjudiciales.
- Los antibióticos que se usan para tratar las infecciones bacterianas no son eficaces.

En general el niño irá mejorando poco a poco. Hay que ser paciente. La tos puede durar 2-4 semanas.

Hay niños que tienen mayor riesgo de padecer bronquiolitis grave: menores de 3 meses, niños prematuros, bebés con problemas graves de corazón o de pulmón, déficits inmunológicos, etc. Estos pueden necesitar ingreso hospitalario

Debe adelantar la cita con su pediatra o acudir a un centro sanitario si observa que su hijo/a...

- Tiene ruidos como “silbidos” en el pecho y respira más deprisa.
- Respira con dificultad, se marcan las costillas y mueve mucho el abdomen; o deja de respirar durante unos segundos.

- Rechaza tomar alimentos o vomita todo lo que toma. Rechaza tomar líquidos; apenas moja pañales (cuidado con la deshidratación).
- Está somnoliento y quejumbroso.
- Tiene fiebre muy elevada.
- Le nota más pálido, con labios y puntas de los dedos de color azulado.

La medida más útil es prevenir el contagio. Conviene que las personas que cuidan al bebé se laven las manos con frecuencia, tanto antes como después de cogerlo o tocar sus cosas (chupete, biberón, juguetes...). No lleve al niño a la guardería en época epidémica. Sobre todo, si es menor de 6 meses o nació prematuro. Evite el contacto cercano con hermanos o niños mayores con síntomas de resfriado en épocas de epidemia de bronquiolitis. No olvide que los niños mayores pueden tener una infección por VRS y presentar sólo síntomas de catarro. Evite, si es posible, las salas de espera de los centros sanitarios. No vaya a las urgencias de los hospitales por enfermedades leves o banales.

Hasta la fecha, no hay una vacuna disponible para prevenir la infección por el VRS. La única forma de evitar la infección es el Palivizumab. Es un anticuerpo que actúa frente al VRS, protegiendo al niño de la bronquiolitis grave. Está indicado en prematuros y bebés con enfermedades graves.

Algunos niños que han tenido una bronquiolitis pueden presentar en los 2 ó 3 primeros años de la vida tos con pitos en el pecho y/o dificultad respiratoria cuando se vuelven a acatarrar (como una bronquitis o asma). Esto no quiere decir que sean asmáticos. En la mayoría de los niños desaparece en los primeros tres años de la vida. Muy pocos de estos niños, solo los predispuestos genéticamente podrán continuar con asma.

7.13.5 La neumonía

La neumonía es un tipo de infección respiratoria que afecta a los pulmones. Los alveolos que forman parte de los pulmones se llenan de líquido y pus en vez de aire. Esto dificulta el intercambio de gases: que entre oxígeno y se libere el dióxido de carbono.

Los agentes infecciosos causantes de esta patología pueden ser virus, bacterias y hongos. La mayoría de los casos son provocados por virus (adenovirus, el rinovirus, el virus influenza (gripe), el virus sincitial respiratorio y el virus parainfluenza).

Suele comenzar 2 o 3 días después de un catarro o infección de garganta. Los signos y síntomas más comunes son:

- Fiebre alta.
- Tos.
- Respiración acelerada.
- Dificultad para respirar.
- Ruidos crepitantes en el pulmón.
- Pérdida del apetito.
- Vómitos debidos a la tos o por tragar mucosidad.
- Sensación de malestar y turbación.
- Dolor abdominal.

Si su pediatra sospecha un cuadro de neumonía le pedirá una radiografía o placa de tórax. En la imagen pueden ver una neumonía que aparece de color blanco en el pulmón derecho. En algunos casos, se complementará el estudio con una analítica o cultivos.



La neumonía generalmente se trata con antibiótico, excepto si es de causa vírica. Su pediatra tendrá en cuenta varios factores antes de determinar el mejor tratamiento.

En la mayoría de los niños su sistema inmune es competente para combatir la enfermedad y el tratamiento se realizará en casa, siguiendo los siguientes consejos:

- Realizar y completar el tratamiento antibiótico durante el tiempo que le indique su pediatra, aunque el niño se encuentre mejor.
- Controlar y tratar la fiebre si es elevada o produce malestar.
- Mantener al niño alimentado (sin forzar) e hidratado.
- Evitar la exposición a humo de tabaco y otros irritantes pulmonares.
- No frenar la tos. Actúa como mecanismo de defensa pulmonar para eliminar el moco. Puede tenerla durante varias semanas.
- Vigilancia: consultar con su pediatra cuando el niño continúe tosiendo más de tres semanas o si la fiebre persiste durante más de tres días después de comenzar el tratamiento antibiótico.

Se valorará el ingreso hospitalario cuando haya:

- Dificultad respiratoria importante. Esto se aprecia cuando las fosas nasales del niño se expanden mucho, cuando mueve el abdomen al respirar, cuando hay hundimiento del esternón a la vez que se le marcan las costillas o cuando aparece una respiración demasiado rápida o ruidosa.
- Vómitos que impiden la toma de medicamentos por vía oral.
- Coloración azulada o grisácea de las uñas o los labios.
- Mal estado general, fiebre y otros síntomas que puedan hacer sospechar que el niño tenga una infección pulmonar que se haya propagado al torrente sanguíneo.
- Enfermedad crónica previa que afecte el sistema inmune.
- Episodios repetidos de neumonía.
- Bebé menor de 6 meses.

Capítulo 8

· Recursos externos ·



8.1 Teléfonos de interés

8.1.1 Contra la violencia de género: 016

Servicio telefónico de información y de asesoramiento jurídico en materia de violencia de género. Se trata de un teléfono dirigido no sólo a las víctimas de este problema, sino a toda la sociedad testigo de este problema. El 016 es totalmente gratuito y atiende ininterrumpidamente durante las 24 horas del día los 365 días del año. La llamada es confidencial y no aparecerá nunca en el registro de llamadas realizadas.



8.1.2 Policía Nacional: 091

Para comunicar delitos...



8.1.3 Emergencias: 112

Número gratuito de asistencia al ciudadano ante cualquier tipo de emergencia (sanitaria, de extinción de incendios y salvamento o seguridad ciudadana) en la Unión Europea. Conecta todas las organizaciones de rescate.



8.1.4 Fundación Anar:

Teléfono de Servicio de Ayuda a la Infancia y Adolescencia: **900 20 20 10** (desde cualquier lugar de España) **116 111** (Desde las Comunidades Autónomas de Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Extremadura, Navarra, La Rioja, Madrid, Región de Murcia, y Ceuta y Melilla)

Cualquier niño o joven puede marcar este número. Es gratuito y confidencial, y encontrará al otro lado un psicólogo que le va a escuchar el tiempo necesario. Le orientará en su problema y le ayudará a encontrar una solución.



8.1.5 Instituto Nacional de Toxicología: 91 562 04 20

El Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses es un órgano técnico adscrito al Ministerio de Justicia. Entre sus funciones destaca el atender las consultas que se formulen sobre intoxicaciones.



8.1.6. Teléfono de urgencias pediátricas de Castilla y León: 900 222 000

Es un servicio de atención sanitaria que Sanidad Castilla y León pone a disposición de los usuarios y pacientes para orientar y ofrecer soluciones y consejos ante problemas de salud agudos y urgentes en la población infantil.



8.2 Páginas Web

8.2.1 Familia y salud

Web de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria con información veraz y sencilla sobre la salud infantojuvenil.



8.2.2 En familia

Web de la Asociación Española de Pediatría hecha por pediatras para familias, muy bien organizada en secciones.



8.2.3 Pediatic

Es un buscador de información sanitaria infantojuvenil, en español y de acceso libre. Toda la pediatría a un “clic” para profesionales sanitarios y para familias.



8.2.4 Kidshealth

Este sitio de la Fundación Nemours contiene Información sobre salud para padres, niños, adolescentes y educadores en todos los idiomas. Para entender de forma fácil lo que puede ocurrir al niño y adolescente, y participar activamente en el cuidado de su salud.



8.2.5 Faros

Plataforma digital de promoción de la salud y el bienestar del niño y el adolescente del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Lo realizan miembros de alto prestigio y reconocimiento profesional de distintos ámbitos de conocimiento.



8.2.6 Healthy Children

Web de la Academia Americana de Pediatría donde podrá encontrar información sobre cualquier problema de salud.



8.2.7 Web sobre estilos de vida saludable

Web del *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad* sobre estilos de vida saludable dirigida a toda la población: alimentación y ejercicio físico, tabaquismo, alcohol, accidentes y bienestar emocional.



8.2.8 Chaval en la red

Página web de referencia respecto al buen uso de las TIC, Tecnologías de la Información y la Comunicación.



8.2.9 Pantallas amigas

Pantallas Amigas es una iniciativa que tiene como misión la promoción del uso seguro y saludable de las nuevas tecnologías y el fomento de la ciudadanía digital responsable en la infancia y la adolescencia. Dispone de muy buenos recursos educativos. También podrá denunciar riesgos on line que detecte o que sufra directa o indirectamente.



8.2.10 Protégeles

Línea de denuncia de contenidos ilegales. Su objetivo es la seguridad de los adolescentes y menores en el empleo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación.



8.2.11 Fapmi

Federación de asociaciones para la prevención del maltrato infantil. Entidades que trabajan a favor de la infancia y de la adolescencia y, especialmente, en la prevención del maltrato a niños, niñas y adolescentes.



8.2.12 Pirámide naos

Material elaborado por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, en la que gráficamente y a través de sencillos consejos se dan pautas sobre la frecuencia de consumo de los alimentos que deben formar parte de una alimentación saludable y la práctica de actividad física.



8.2.13 La tropa supersana

Web de la Asociación Española de Pediatría que fomenta tres superpoderes: Alimentación, Ejercicio físico y Prevención para ayudar a cuidar la salud y prevenir enfermedades.



8.2.14 DGT

Web de la dirección general de tráfico cuya misión es que lleguemos sanos y salvos a casa todas las noches.



8.2.15 Comité asesor de vacunas

Organismo responsable y portavoz oficial de la Asociación Española de Pediatría en todo lo relacionado con las vacunas. Contiene toda la información sobre vacunas y cada año publica sus recomendaciones para las inmunizaciones en niños y adolescentes españoles. También puede hacer preguntas.



8.2.16 Web traumatología y ortopedia pediátrica

Contenidos relacionados con la patología muscular y esqueléticos de los niños y adolescentes.



8.2.17 Portal de pacientes de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica

Información, noticias...todo lo que debe saber y le preocupa sobre alergias.



8.2.18 Web celiacos de España

El objetivo de esta web es proporcionar información y orientación para conocer y adaptarse a la enfermedad celiaca. Recibirá apoyo psicológico.



8.2.19 FEDER

En esta página encontrará información sobre esas enfermedades que ocurren pocas veces, pero que pueden afectar a cualquier persona.



8.2.20 Web respira tranquilo

Web de pediatras de la Sociedad Española de Neumología Pediátrica para familias donde hablan de los problemas y enfermedades respiratorias que tienen los niños. También puede hacer consultas para resolver sus dudas.



8.3 DOCUMENTOS

8.3.1 Decálogos de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (web familia y salud)

- a. Decálogo de la alimentación
<http://www.familiaysalud.es/recursos-para-padres/decalogos-aepap/decalogo-de-la-alimentacion>
- b. Decálogo de la fiebre
http://www.familiaysalud.es/sites/default/files/decalogo_fiebre_1.pdf
- c. Decálogo de la tos
http://www.familiaysalud.es/sites/default/files/decalogo_tos_0.pdf
- d. Decálogo de las vacunas
http://www.familiaysalud.es/sites/default/files/decalogo_de_vacunas_v5_5.pdf
- e. Decálogo de la infancia feliz
https://www.aepap.org/sites/default/files/decalogo_aepap_para_una_infancia_feliz.pdf
- f. Decálogo del asma
http://www.familiaysalud.es/sites/default/files/decalogo_de_asma_2.pdf
- g. Decálogo del buen uso de los antibióticos
<http://www.familiaysalud.es/medicinas/farmacos/sobre-los-medicamentos/decalogo-del-buen-uso-de-los-antibioticos>
- h. Decálogo de la prevención de accidentes
<http://www.familiaysalud.es/recursos-para-padres/decalogos-aepap/decalogo-de-la-prevencion-de-accidentes>

- 8.3.2. Decálogo de actividad física de la asociación española de pediatría
<http://www.aeped.es/grupo-trabajo-actividad-fisica/documentos/decalogo-padres-sobre-actividad-fisica-sus-hijos>
- 8.3.3. Consejos sobre actividad física para niños y adolescentes
<http://www.aeped.es/grupo-trabajo-actividad-fisica/documentos/consejos-sobre-actividad-fisica-ninos-y-adolescentes>
- 8.3.4. Aprendiendo a conocer y manejar los problemas del sueño en la infancia y adolescencia
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_489_Trastorno_sue%C3%B1o_infadol_Lain_Entr_paciente.pdf
- 8.3.5. Guía para padres con hijos en educación primaria sobre el uso saludable de las nuevas tecnologías
<http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishare-servlet/content/86644dce-58cb-4251-bee8-0c361b5aabd7>
- 8.3.6. Guía para padres con hijos en educación secundaria sobre el uso saludable de las nuevas tecnologías
http://eoepsabi.educa.aragon.es/descargas/G_Recursos_orientacion/g_4_orientacion_familiar/g_4.5.uso_adecuado_tic/1.13.Uso_tic_eso.pdf
- 8.3.7. Guía “no te enredés en internet” (para menores)
<http://www.tudecideseninternet.es/agpd1/images/guias/guia-menor.compressed.pdf>
- 8.3.8. Guía “guíales en internet” (para padres y profesores)
<http://www.tudecideseninternet.es/agpd1/images/guias/guia-formadores.compressed.pdf>

8.3.9. Disfruta del agua y evita peligros

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Lesiones/jornadaPeriodoEstival2011/docs/FOLLETO_Guia_familias.pdf

8.3.10. Mis recetas sin gluten

http://www.familiaysalud.es/sites/default/files/mis_recetas_sin_gluten.pdf

8.3.11. Todo lo que debes de saber sobre la diabetes en la edad pediátrica

http://www.seep.es/privado/gdiabetes/libro_diabetes_infantil.pdf

8.3.12. Guía práctica para padres desde el nacimiento hasta los tres años

http://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/guia_practica_padres_aep_1.pdf

8.3.13. La tartamudez. Guía para padres

<http://www.fundacionttm.org/la-tartamudez/guia-para-padres/>

8.3.14. El niño con déficit de atención y/o hiperactividad. Guía para padres

http://www.lilly.es/global/img/ES/PDF/Gua-TDAH_padres.pdf

8.3.15. Guía para padres y educadores de niños con dermatitis atópica

http://pacientes.seicap.es/es/dermatitis-at%C3%B3pica-gu%C3%ADa-para-padres-y-cuidadores-_30396

8.4 LIBROS

8.4.1 Familia y salud

<http://www.familiaysalud.es/recursos-para-padres/libros>

En la sección de recursos encontraréis una gran selección de libros, que pueden ser excelentes para disfrutar en familia o para que vuestros hijos adquieran el hábito de la lectura.

8.4.2 Club Kirico

<http://www.clubkirico.com/los-libros/>

En esta web se recogen propuestas de lectura, reseñas y actividades de lectura cuyo fin es también la promoción de la lectura infantil y juvenil.

8.4.3 Entre libros

<http://www.entre-libros.com/>

Incluye también interesantes sugerencias de literatura infantojuvenil y por materias.

8.4.4 Libros de autoayuda:

- ¡Ya no llevo pañales! Violeta Denou. Editorial *Timun Mas*, 2002.
Un libro para niños que ayudará a los padres a enseñar a sus hijos a usar el orinal.
- ¿Qué puedo hacer cuando me preocupo demasiado? Editorial TEA.
Un libro para niños de 6 a 12 años. Con un lenguaje adaptado a los niños, atractivas ilustraciones y varias actividades pedagógicas, esta sencilla y completa guía enseña a los niños y a sus padres cómo superar estos problemas, proporcionándoles pautas claras y eficaces para manejar la ansiedad y las preocupaciones.
- Cómo hablar para que sus hijos le escuchen y cómo escuchar para que sus hijos le hablen. Adeke Faber y Elaine Mazlish. Medice, 2013.

Le proporcionará la información necesaria para ser más eficaz con sus hijos y darles más apoyo. Las autoras, con su enfoque práctico y respetuoso, consiguen que las relaciones con niños de todas las edades sean menos estresantes y más gratificantes.

- **Guía para educar con disciplina y cariño.** Marylin Gootman. Ediciones Medici, 2003.

Es una guía indispensable para los padres que enseña cómo: fijar normas y límites; estimular el buen comportamiento; establecer una comunicación afectiva; controlar el enfado; resolver conflictos entre hermanos y premiar y castigar de forma justa.

- **Cómo poner límites a los hijos: sugerencias para padres.** Elvira Giménez de Abad. Paidós Ibérica, 2007.

Los límites son importantes: saber hasta dónde estamos dispuestos a llegar y cuáles son las fronteras de lo permitido. Son parámetros que no sólo sirven cuando uno es pequeño, sino que marcarán diferencias abismales a lo largo de toda una vida.

8.5 APLICACIONES PARA MÓVILES (APPS)

Web eduapps

<http://www.eduapps.es/>

Encontrará una gran variedad de aplicaciones para móviles clasificadas por edad.

Friendship circle app review

<http://www.friendshipcircle.org/apps/>

Recoge referencias de aplicaciones adecuadas para niños y adolescentes con necesidades educativas especiales de todos los niveles de severidad: autismo, hiperactividad, problemas de lectoescritura, síndrome de frágil x, etc. Permite filtrar aplicaciones por categorías educativas: Comunicación, Habilidades Sociales, Habilidades de la vida diaria, Comportamiento, Aprendizaje, Planificación, Lenguaje y Habla y Juegos.

Pediatría CyL

<http://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/app-pediatria-castilla-leon>

Contenidos relativos a conductas infantiles, alimentación, trámites administrativos, curvas de crecimiento o “gráficas de percentiles”, dudas frecuentes, contenidos sobre causas frecuentes de urgencia, vídeos, calculadora de dosis de ibuprofeno o paracetamol, enlaces a páginas de interés y además posibilita realizar la ficha médica personalizada de su hijo o hija, realizar anotaciones, y seguir su evolución.

Tembo (bubblebooks)

<http://www.bubblebooks.es/app/tembo-el-pequeno-elefante/>

Su principal objetivo es potenciar la atención y la memoria del lector a la vez que le ayuda a leer. Es una colección de 3 cuentos dirigida a niños y niñas de más de 3 años. Los cuentos narran la vida de un pequeño elefante llamado Tembo que vive en la sabana africana y explora su entorno con la ayuda de sus padres y amigos. Contiene juegos didácticos (“Memoria”, “Encuétrame” y “Puzzle”) para el perfeccionamiento y/o refuerzo del idioma elegido previamente.

100 fruits and vegetables

<http://100thingsapp.com/100-fruits-vegetables-app/>

Aplicación para móvil relacionada con la alimentación saludable. Las fotos de esta aplicación permiten al niño familiarizarse con las frutas y verduras. Además, cuando toca la pantalla podrá escuchar una historia divertida sobre esa fruta o verdura. Cada fotografía va acompañada de un texto/audio que describe alguna de sus propiedades. No contiene publicidad. Indicado hasta 8 años.

Mi bebé día a día

<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.babycenter.mybabytoday&hl=es>

Esta creada por BabyCenter es un recurso sobre embarazo y crianza de los niños. Te acompañará las 24 horas del día durante el primer año de vida de tu pequeño. Incluye un calendario diario adaptado a la etapa de tu bebé, así como listas de objetivos semanales y recordatorios importantes

Facemovil

<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.luceit.face&hl=espermite>

Permite consultar una lista de productos sin gluten aptos para celíacos, y facilita una gran variedad de restaurantes con menús sin gluten y puntos de venta con productos sin gluten, dividido por Comunidades Autónomas, y un lector de código de barras que facilita el proceso de compra.

8.6 JUEGOS

Navegación segura por internet

<http://www.navegacionsegura.es/>

Juego promovido por el Instituto Nacional de Tecnologías de la comunicación y colabora Pantallas Amigas. Si quieres saber cómo protegerte de *software* maliciosos, proteger tu intimidad, evitar el ciberacoso, etc. Participa y ponte a prueba con este instructivo juego.

Juegos *brain training*

<http://www.areaciencias.com/Juegos-Brain-Training.htm>

Juegos para entrenar la mente. Contiene *tests* de inteligencia, juegos de lógica, de memoria, de destreza, de series, etc.

Juegos de estrategia

http://www.ite.educacion.es/index.php?option=com_catalogacion&controller=pagina_informacion_didactica&id_ficha=232&id_uo=1

Juegos de estrategia e ingenio interactivos para jugar con el ordenador o contra otro contrincante con el objetivo de descubrir la estrategia ganadora. Trabaja sobre todo el área de matemáticas.

Haciendo la compra

http://www.educa.jcyl.es/educacyl/cm/gallery/Recursos%20Infinity/aplicaciones/web_vitaminas/compra.html

El participante tendrá que ir recogiendo los alimentos de la cinta transportadora y colocarlos en la pirámide de alimentos.

La pirámide naos

<http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/csymb/juegos/juegoPiramide.html>

Con él podréis conocer cómo llevar una vida más sana en cuanto a alimentación y ejercicio físico.

Juego primeros auxilios

http://www.cruzroja.es/cre/2006_7_FR/matcurfad/juegoppaa/

Te encontrarás en distintas situaciones de accidentes y tendrás que decidir qué acciones realizar para socorrer al accidentado.

Simulador de reanimación cardiopulmonar básica

<http://www.madridsalud.es/salvaunavida.html>

Simulador de RCP Básica. “Salva una Vida”. La RCP no es sólo cosa de médicos, es cosa de todos.

Aislados

<http://www.aislados.es/>

Juego *on line* para la prevención de drogo dependencias y otros comportamientos de riesgo. Los jugadores asumirán el papel de un personaje decidiendo por él durante la aventura.

Moving Star, IENVA

<http://www.ienva.org/web/index.php/es/>

Juego del Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición Clínica que ayuda a los niños a que adquieran hábitos de alimentación saludables y sepan registrar los alimentos sanos.