La práctica del porteo y sus peligros inadvertidos

Babywearing practice and unnoticed danger

INTRODUCCIÓN

El porteo es un sistema de transporte que asegura un contacto constante entre el niño (ubicado de manera vertical) y el adulto, que le permite a este circular con sus manos libres. Existe gran variedad de portabebés: fulares, bandoleras, arneses y mochilas.

El porteo se popularizó de modo exponencial a través de las redes sociales. Se conformaron grupos de padres vinculados por el interés en este tema y surgieron programas destinados a la formación de asesores en porteo. Esta práctica, promocionada como parte de un proceso de vinculación de la díada madre-hijo, puede convertirse en un drama mayúsculo como consecuencia de la sofocación posicional o la aspiración de leche si el niño es amamantado durante el porteo.¹

La Comisión de Protección al Consumidor en Estados Unidos de América informó un total de 14 muertes atribuidas a portabebés durante un período de 20 años (1990-2010), 12 de ellas en menores de 4 meses.² Más recientemente, una publicación europea dio cuenta de 19 casos ocurridos a lo largo de 6 años en Francia y Bélgica, la mayoría también en menores de 4 meses.³

Vulnerabilidad en el portabebés

La macrocefalia relativa de los recién nacidos y la hipotonía propia de los prematuros y de los niños de bajo peso los coloca en una situación de peligro. El riesgo del porteo se explica por tres potenciales mecanismos de sofocación posicional: 1) compresión de la nariz y la boca contra el cuerpo del adulto; 2) flexión de la cabeza sobre el tronco, que ubica la mandíbula en una posición posterior y la lengua sobre el paladar blando, que impide la entrada de aire por obstrucción de la faringe posterior;⁴ 3) riesgo de asfixia por aplicación del rostro contra la tela del dispositivo. Estos tres mecanismos se pueden potenciar cuando la vía aérea superior presenta un inadecuado tamaño, como, por ejemplo, en los niños que tienen micrognatia, que es frecuentemente familiar.

Amamantar es la actividad de mayor riesgo asociada al porteo, porque los bebés permanecen bajos en altura y sus vías respiratorias no quedan tan fácilmente visibles, por lo cual pueden sufrir asfixia postural, atragantarse o aspirar leche. Los niños con catarros de las vías aéreas pueden presentar hipoxia intermitente y/o

apneas obstructivas.⁵ Este escenario hipóxico puede contribuir a enlentecer los mecanismos fisiológicos de protección, es decir, los despertares y la autorresucitación.⁶

Además, los niños con cuadros respiratorios presentan dificultad para conciliar el sueño,⁷ que tienden a recuperar mientras son transportados mediante estos sistemas. Este sueño de recuperación es profundo y necesita de mayores umbrales de estímulo para el despertar.

Vulnerabilidad de la verticalización precoz

El recién nacido y/o lactante pequeño no sostiene la cabeza en posición vertical; tiende a hiperextenderla y/o hiperflexionarla. Este bamboleo de la cabeza es percibido como una pérdida de equilibrio y del plano de la visión. Como defensa, el bebé crispa los hombros y aplica los brazos contra el cuerpo para fijar la cabeza; todo esto, a costa de una hipertoniá, que se traduce en malestar e irritabilidad. En definitiva, implica una sobreadaptación, dado que la maduración que permite el sostén de la cabeza aún no se ha producido.⁸

La verticalidad es un desafío a la fuerza de gravedad. El hombre ha encontrado su modo de adaptarse hasta convertirse en bípedo elaborando sistemas sinérgicos de coordinación muscular, tónicos, para asegurarse esa verticalidad, sinergias que han evolucionado a lo largo de decenas de milenios. Se trata de un proceso de alejamiento del plano de apoyo, manteniendo la distancia necesaria entre las vértebras y el control del equilibrio tanto en reposo como en movimiento. La construcción de esas sinergias se lleva a cabo a través de la propia experiencia del sujeto, enfrentado a la gravedad.

En posición vertical, la forma de la espalda del lactante es una gran curva cifótica. Se observa claramente en el bebé que aún no se sienta por sí mismo y ha sido sentado. Se debe a que todavía no se han organizado las sinergias entre los músculos que sostienen la columna vertebral: recto del abdomen, isquio-peroneo-tibial, glúteo, lumbar, psoas ilíaco.

Cuando se alcanza la bipedestación, ya han aparecido las curvas anteroposteriores de la columna que compensan el peso de los distintos segmentos corporales: lordosis cervical y lumbar, cifosis dorsal y sacrococcígea. El tono muscular de adaptación a la gravedad, dependiente de la sensibilidad laberíntica a todo lo largo

del desarrollo, se va modificando a través de coordinaciones globales, tomando en cuenta todas las partes del cuerpo al mismo tiempo. Colocar a un bebé en posturas que aún no ha alcanzado por sí mismo es privarlo de ese sistema sinérgico de coordinación otorgado por la naturaleza.⁹

Apego o pegoteo

El contacto permanente con el cuerpo del adulto no constituye una necesidad del bebé. El vínculo de apego da cuenta de la relación profunda y personalísima entre un bebé y su madre o adulto cuidador, que le permite a aquel satisfacer sus necesidades y calmar sus angustias, y que le provee seguridad afectiva. Se construye, en especial, durante los cuidados personales, momentos privilegiados de comunicación en la diada.

El contacto permanente impediría al bebé moverse en libertad y desplegar sus iniciativas. Apego y pegoteo implican situaciones diferentes. Además, a lo largo del desarrollo, se da un juego contradictorio entre apego y exploración, con una base afectiva segura que permite el despliegue de la exploración. Mientras el adulto genera las condiciones favorables (espacio seguro, objetos pertinentes, seguridad postural), el niño va descubriendo el mundo y formulándose hipótesis sobre sus leyes. En esos momentos, no se requiere la presencia constante del adulto; basta con su papel de garante a cierta distancia.¹⁰

Con la evidencia disponible al momento actual, se recomienda lo siguiente:

- Los asientos de seguridad para el automóvil, cochecitos y los diferentes tipos de portabebés no se recomiendan para el sueño en el hogar.
- Posición en el portabebés boca arriba con la espalda apoyada y evitando que la cara se apoye contra el cuerpo del adulto.
- La cara debe estar siempre descubierta y al aire.
- No alimentar al niño mientras se lo transporta en el portabebés y respetar un lapso posprandial.

CONCLUSIONES

En el caso de elegir este tipo de dispositivo de traslado, se debe advertir a los padres acerca del peligro de su uso en niños menores de 4 meses y en niños con factores de riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL): prematuridad, bajo peso al nacer, enfermedad respiratoria intercurrente. Tanto desde el punto de vista de la seguridad como desde el objetivo de favorecer un desarrollo saludable, el dispositivo más adecuado debe cumplir los siguientes requisitos:

que la espalda del niño se encuentre apoyada en un plano horizontal y que la cara sea visible para comprobar que la nariz y la boca se hallan libres. La modalidad de porteo que consiste en una tela amplia, doblada en forma triangular y colocada en bandolera pareciera respetar la postura fisiológica y evitar el riesgo de asfixia. ■

Dr. Alejandro Jenik

Médico asociado al Departamento de Pediatría y Neonatología del Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
jenik@hospitalitaliano.org.ar.

Dra. Estela Grad

Grupo de Trabajo en Trastornos del Sueño y Muerte Súbita Inesperada del Lactante.
Comité de Pediatría Social.
Sociedad Argentina de Pediatría.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2021.8>

Texto completo en inglés:

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2021.eng.8>

Cómo citar: Jenik A, Grad E. La práctica del porteo y sus peligros inadvertidos. *Arch Argent Pediatr* 2021;119(1):8-9.

REFERENCIAS

1. Batra EK, Midgett JD, Moon RY. Hazards Associated with Sitting and Carrying Devices for Children Two Years and Younger. *J Pediatr*. 2015;167(1):183-7.
2. Consumer Product Safety Commission (USA). Infant deaths prompt CPSC warning about sling carriers for babies. [Consulta: 8 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.cpsc.gov/content/infant-deaths-prompt-cpsc-warning-about-sling-carriers-for-babies>.
3. Bergounioux J, Madre C, Crucis-Armengaux A, Briand-Huchet E, et al. Sudden deaths in adult-worn baby carriers: 19 cases. *Eur J Pediatr*. 2015;174(12):1665-70.
4. Tonkin SL, Vogel S, Bennet L, Gunn AJ. Positional upper airways narrowing and an apparent life threatening event. *N Z Med J*. 2002;115(1152):193-4.
5. Serebrovskaya T, Xi L. Intermittent hypoxia in childhood: the harmful consequences versus potential benefits of therapeutic uses. *Front Pediatr*. 2015;3:44.
6. Ramirez JM, Ramirez SC, Anderson TM. Sudden Infant Death Syndrome, Sleep, and the Physiology and Pathophysiology of the Respiratory Network. In Duncan JR, Byard RW (Eds.). *SIDS Sudden Infant and Early Childhood Death: The Past, the Present and the Future*. Adelaide (AU): University of Adelaide Press; 2018. [Consulta: 8 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513387/>.
7. Simpson JM. Infant stress and sleep deprivation as an aetiological basis for the sudden infant death syndrome. *Early Hum Dev*. 200;61(1):1-43.
8. Falk J. Mirar al niño. La Escala de Desarrollo del Instituto Pikler (Lóczy). Buenos Aires: Ariana; 1997.
9. Szanto Feder A. Una mirada adulta sobre el niño en acción: el sentido del movimiento en la protoinfancia. Buenos Aires: Ediciones Cinco; 2014.
10. Chokler MH. Los organizadores del desarrollo psicomotor. Buenos Aires: Paidós; 1997.