

JAMA PEDIATR. 2023;177(10):1039-1046.

Tiempo de exposición a pantallas a la edad de 1 año y retraso en el desarrollo de la comunicación y resolución de problemas a los 2 y 4 años

Screen time at age 1 year and communication and problem-solving developmental delay at 2 and 4 years

Takahashi I, Obara T, Ishikuro M, Murakami K, Ueno F, Noda A, et al.

RESUMEN

Importancia: Aún se desconoce si algunos dominios del desarrollo infantil están asociados específicamente con el tiempo frente a la pantalla y si la asociación continúa con la edad.

Objetivo: Examinar la asociación entre la exposición al tiempo frente a una pantalla en niños de 1 año, y 5 dominios de retraso en el desarrollo (comunicación, motricidad gruesa, motricidad fina, resolución de problemas y habilidades personales y sociales) a los 2 y 4 años de edad.

Diseño, participantes y entorno: Este estudio de cohorte se llevó a cabo en el marco del Estudio de Cohorte de Nacimiento y Tres Generaciones del Tohoku Medical Megabank. Se reclutaron para el estudio mujeres embarazadas en 50 clínicas y hospitales obstétricos de las prefecturas de Miyagi e Iwate en Japón entre julio de 2013 y marzo de 2017. La información se recopiló de forma prospectiva y se incluyeron en el análisis 7097 pares de madre-hijo. El análisis de datos se realizó el 20 de marzo de 2023.

Exposición: Se identificaron cuatro categorías de exposición al tiempo de pantalla para niños de 1 año (<1, 1 a <2, 2 a <4 o ≥4 h/d).

Principales resultados y medidas: Los retrasos en el desarrollo en los 5 dominios para niños de 2 y 4 años se evaluaron utilizando la versión japonesa de los Cuestionarios de Edades y Etapas, Tercera Edición. Cada dominio osciló entre 0 y 60 puntos. El retraso en el desarrollo se definió si la puntuación total para cada dominio era inferior a 2 DE de su puntuación media.

Resultados: De los 7097 niños incluidos en este estudio, 3674 eran niños (51,8 %) y 3423 eran niñas (48,2 %). Con respecto al tiempo de exposición frente a la pantalla por día, 3440 niños (48,5 %) tuvieron menos de 1 hora, 2095 (29,5 %) tuvieron de 1 a menos de 2 horas, 1272 (17,9 %) tuvieron de 2 a menos de 4 horas y 290 (4,1 %) tuvieron 4 o más horas. El tiempo

de pantalla de los niños se asoció con un mayor riesgo de retraso en el desarrollo a los 2 años de edad en los dominios de la comunicación (*odds ratio* [OR], 1,61; IC95% [1,23-2,10] durante 1 a <2 h/d; 2,04 [1,52-2,74] durante 2 a <4 h/d; 4,78 [3,24-7,06] durante ≥4 vs. <1 h/d), motricidad fina (1,74 [1,09-2,79] durante ≥4 vs. <1 h/d), resolución de problemas (1,40 [1,02-1,92] durante 2 a <4 h/d; 2,67 [1,72-4,14] durante ≥4 vs. <1 h/d), y habilidades personales y sociales (2,10 [1,39-3,18] durante ≥4 vs. <1 h/d). Con respecto al riesgo de retraso en el desarrollo a los 4 años, se identificaron asociaciones en los dominios de la comunicación (OR, 1,64 [IC95%, 1,20-2,25] durante 2 a <4 h/d; 2,68 [1,68-4,27] para ≥4 vs. <1 h/d) y resolución de problemas (1,91 [1,17-3,14] para ≥4 vs. <1 h/d).

Conclusiones y relevancia: En este estudio, un mayor tiempo frente a la pantalla en niños de 1 año se asoció con retrasos en el desarrollo de la comunicación y la resolución de problemas a las edades de 2 y 4 años. Estos hallazgos sugieren que los dominios del retraso en el desarrollo deben considerarse por separado en futuros debates sobre el tiempo frente a la pantalla y el desarrollo infantil.

COMENTARIO

El artículo "Pantallas y retrasos madurativos" investiga la relación entre el uso de pantallas y los retrasos en el desarrollo infantil, basándose en una cohorte de 7097 niños. El estudio revela un vínculo significativo entre el tiempo de pantalla a la edad de un año y los retrasos en habilidades de comunicación y resolución de problemas a los dos y cuatro años. Los niños expuestos a más de cuatro horas de pantalla diaria al año de edad tienen un mayor riesgo de retraso en estas áreas. Este hallazgo coincide con estudios previos que asocian el uso excesivo de pantallas con una disminución en las habilidades lingüísticas, aunque el contenido educativo puede tener efectos positivos.¹⁻³

Como ya se sabe, el análisis sugiere que el tiempo de pantalla afecta de manera diferente diversas áreas del desarrollo. Mientras que se observan asociaciones consistentes en comunicación y resolución de problemas, no se encuentra una relación significativa con el desarrollo motor grueso a las edades de dos y cuatro años. Esto subraya la importancia de considerar las diferentes áreas del desarrollo infantil de manera independiente respecto al

tiempo de exposición a las pantallas.

El estudio también reconoce la dificultad de limitar el tiempo de pantalla en la era digital actual, donde los dispositivos electrónicos son omnipresentes. La Sociedad Argentina de Pediatría desaconseja la exposición a pantallas en niños menores de dos años debido a la inmadurez del sistema nervioso central y el aparato psíquico, recomendando un máximo de entre media y una hora de pantallas de entretenimiento por día para niños de dos a cinco años, siempre bajo supervisión adulta.⁴

El artículo destaca la necesidad de más estudios longitudinales para comprender mejor la relación entre el tiempo de pantalla y el desarrollo infantil a lo largo del tiempo. En conclusión, el uso excesivo de pantallas en edades tempranas no es saludable para los niños, ya que puede afectar negativamente su desarrollo cognitivo, lingüístico y socioemocional, llevando a problemas de comportamiento y bajo rendimiento escolar. Los hallazgos sugieren que es crucial considerar las áreas específicas de retraso por separado en futuras investigaciones. ■

Ariel Melamud 
Médico Pediatra

REFERENCIAS

1. Sugiyama M, Tsuchiya KJ, Okubo Y, Rahman MS, Uchiyama S, Harada T, et al. Outdoor play as a mitigating factor in the association between higher screen time for young children and neurodevelopmental outcomes. *JAMA Pediatr.* 2023;177(3):303-310.
2. Madigan S, McArthur BA, Anhorn C, Eirich R, Christakis DA. Associations between screen use and child language skills: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2020;174(7):665-675.
3. Zhao J, Yu Z, Sun X, Wu S, Zhang J, Zhang D, et al. Association between screen time trajectory and early childhood development in children in China. *JAMA Pediatr.* 2022;176(8):768-775.
4. Sociedad Argentina de Pediatría. Guía de uso de pantallas para las familias. 2020. [Consulta: 2 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/comunidad-novedad.php?codigo=302>

PEDIATRICS Volume 153, number 6, June 2024 doi.org/10.1542/peds.2024-066843

Alimentación infantil para personas que viven con VIH o están en riesgo de contraerlo en los Estados Unidos: informe clínico

Infant feeding for persons living with and at risk for HIV in the United States: Clinical report

Lisa Abuogi, Lawrence Noble, Christiana Smith
Committee on Pediatric and Adolescent HIV,
Section on Breastfeeding

RESUMEN

Es probable que los pediatras y los profesionales de la salud que atienden a bebés nacidos de personas que viven con, y que están en riesgo de contraer la infección por VIH, participen en la orientación sobre las prácticas recomendadas de alimentación infantil. Los miembros del equipo de atención deben ser conscientes del riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia materna y de las recomendaciones para la alimentación de los bebés con exposición perinatal al VIH en los Estados Unidos. Se estima que el riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia materna de un padre con VIH que está recibiendo tratamiento antirretroviral (TAR) y tiene supresión viral es inferior al 1 %. La Academia Americana de Pediatría recomienda que, para las personas con VIH en los Estados Unidos, evitar la lactancia materna es la única opción de alimentación infantil con un riesgo de transmisión del VIH del 0 %. Sin embargo, las personas con VIH pueden expresar el deseo de amamantar, y los pediatras deben estar preparados para ofrecer un enfoque de reducción de daños centrado en la familia y sin prejuicios, para apoyar a las personas con VIH que reciben TAR con supresión viral sostenida por debajo de 50 copias por ml que desean amamantar. Los profesionales de la salud pediátrica que asesoran a las personas con VIH que no reciben TAR o que reciben TAR pero no tienen supresión viral deberían recomendar no amamantar. Los profesionales de la salud pediátrica deben recomendar la prueba del VIH a todas las personas embarazadas y la profilaxis previa a la exposición al VIH a las personas embarazadas o en período de lactancia que dan negativo en la prueba del VIH pero que tienen un alto riesgo de contraer el VIH.

COMENTARIO

La transmisión vertical del VIH durante el embarazo, el parto y la lactancia ha sido en las últimas décadas un evento de ocupación permanente tanto para la generación de evidencia científica como para el diseño de guías

y programas alrededor del mundo.

En este marco, la lactancia en contexto de infección por VIH ha sido largamente estudiada en países de ingresos bajos donde el acceso a agua segura y fórmulas lácteas de inicio no podían garantizarse. En esos escenarios ya desde 2010, las directrices de la OMS sobre el VIH y la alimentación infantil recomendaron por primera vez el uso de TAR como prevención de la transmisión posnatal del VIH a través de la lactancia materna. Ese fue el primer paso que planteó la transición desde un enfoque de asesoramiento individualizado hacia un enfoque de salud pública, donde se orientó a los servicios de salud a promover y apoyar sistemáticamente las prácticas de alimentación infantil entre las madres que viven con el VIH.

En 2016 esas recomendaciones fueron revisadas, agregándose como interrogantes, cuál era la duración óptima de la lactancia en un contexto de infección por VIH y el modo más adecuado en términos de lactancia exclusiva o mixta. La revisión generó una nueva recomendación de la OMS que rige hasta la actualidad y dice: “la mayoría de las madres en la mayor parte de los países, cuando la madre VIH-positiva recibe terapia antirretroviral y su carga viral es indetectable, el bebé sea alimentado los primeros seis meses con leche materna exclusiva, sin recibir ningún otro líquido, y continuar la lactancia complementada con otros alimentos hasta dos años o más. Esto mejorará la supervivencia infantil sin VIH, recordando la importancia del monitoreo constante y evaluación de rutina”. En el mismo documento, La OMS alienta a las autoridades sanitarias nacionales a que identifiquen cuál es la forma más adecuada de alimentar a los lactantes (lactancia materna con TAR o lactancia artificial) en sus comunidades. Y aclara que, una vez seleccionada la modalidad esta debe ser la única que se fomente como norma asistencial.

En los últimos años, la generación de evidencia proveniente de los países que adoptaron la lactancia materna en contexto de acceso garantizado al uso de antirretrovirales, ha descrito nuevas estimaciones de riesgo de transmisión por lactancia materna en mujeres con supresión viral sostenida. Esto ha generado un cambio también en el escenario de los países donde la sustitución de la lactancia materna es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura (AFASS). Allí resulta necesario analizar

las ventajas de la lactancia para la salud materna y neonatal y la demanda de las mujeres viviendo con VIH, de amamantar por razones vinculares o culturales, versus los nuevos datos sobre riesgo de transmisión del VIH por lactancia.

En el trabajo aquí comentado, la Academia Americana de Pediatría (AAP) realiza una extensa y completa revisión de dicha evidencia disponible y destaca los siguientes conceptos:

Estudios tanto en países de ingresos altos como bajos han demostrado que el TAR utilizado por personas con VIH que amamantan, reduce significativamente el riesgo de transmisión posnatal. En personas que tienen supresión viral sostenida, el riesgo de transmisión es menor al 1 %.

La transmisión por lactancia materna se ha documentado a pesar de la supresión viral sostenida. Además del ARN del VIH libre de células, la leche humana contiene células inmunes que pueden albergar provirus del ADN del VIH que podrían ser capaces de infectar al lactante.

En los Estados Unidos se ha reportado que las personas con VIH que desean amamantar y no cuentan con el apoyo de sus equipos médicos pueden realizarlo sin comunicárselo a sus proveedores de salud. Esta práctica puede resultar en la incapacidad del equipo médico para ofrecer apoyo y seguimiento para reducir el riesgo de la lactancia materna y favorecer la desvinculación del sistema de cuidados.

Se ha descrito diversos enfoques de asesoramiento, monitoreo y profilaxis antirretroviral a personas con VIH en entornos de altos ingresos que eligen amamantar. Aunque ahora hay apoyo de varios órganos de formulación de políticas de salud (Gran Bretaña, Suiza, Estados Unidos entre otros), aún no hay consenso entre los expertos en pediatría sobre el mejor abordaje de este tema.

Cuando una persona con VIH plantea su intención de amamantar, las discusiones sobre alimentación infantil deben comenzar lo antes posible e involucrar a un equipo multidisciplinario, con al menos un especialista en VIH pediátrico, obstetricia y especialista en lactancia. Durante el proceso debe quedar claro que la alimentación de reemplazo (con fórmula o leche humana de donante almacenada y certificada) es la única opción que elimina el riesgo de transmisión de VIH posnatal.

La conclusión final de la AAP es que para las personas con VIH en los Estados Unidos, la

alimentación de reemplazo es la única opción que es un 100 % segura para prevenir la transmisión postnatal del VIH. Sin embargo, los profesionales de la salud pediátrica deben estar preparados para brindar asesoramiento y una estrategia de reducción de daños centrada en la familia y culturalmente sensible para personas con VIH que reciben TAR con supresión viral sostenida y desean amamantar. Este asesoramiento debe realizarse a través de un equipo multidisciplinario.

En Argentina se ha abordado esta temática desde una perspectiva intersectorial, acorde a la Ley Nacional 27675 y se encuentra en proceso la actualización de las recomendaciones nacionales del Ministerio de Salud de la Nación sobre lactancia y VIH. En diciembre de 2023 la Sociedad Argentina de Infectología incorporó nuevas recomendaciones sobre lactancia y VIH. Si bien continúa siendo una práctica no recomendada en nuestro medio, en el documento se presentan una serie de orientaciones para que los equipos de salud puedan acompañar a aquellas mujeres con VIH que deciden, luego de un proceso de asesoramiento, amamantar a sus hijos. ■

Mariana Ceriotto 

REFERENCIAS

1. Luoga E, Vanobberghen F, Bircher R, Nyuri A, Ntamatungiro AJ, Mnzava D, et al. Brief Report: No HIV transmission from virally suppressed mothers during breastfeeding in rural Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018;79(1):e17-e20.
2. Flynn PM, Taha TE, Cababasay M, Fowler MG, Mofenson LM, Owor M, et al. Prevention of HIV-1 transmission through breastfeeding: Efficacy and safety of maternal antiretroviral therapy versus infant nevirapine prophylaxis for duration of breastfeeding in HIV-1-infected women with high CD4 cell count (IMPAACT PROMISE): a randomized, open label, clinical trial. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018;77(4):383–92.
3. Volpe LJ, Powis KM, Legbedze J, Sun S, Abrams EJ, Mmasa NK, et al. A counseling and monitoring approach for supporting breastfeeding women living with HIV in Botswana. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2022;89(2):e16.
4. Flynn PM, Taha TE, Cababasay M, Butler K, Fowler MG, Mofenson LM, et al. Association of maternal viral load and CD4 count with perinatal HIV-1 transmission risk during breastfeeding in the PROMISE postpartum component. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2021;88(2):20-13.
5. Malaba TR, Nakatudde I, Kintu K, Colbers A, Chen T, Reynolds H, et al. 72 weeks post-partum follow-up of dolutegravir versus efavirenz initiated in late pregnancy (DoIPHIN-2): an open-label, randomised controlled study. *Lancet HIV*. 2022;9(8):e534–43.
6. Sociedad Argentina de infectología. Consenso Argentino de Terapia Antiretroviral. Versión 8.0 Diciembre 2023. [Consulta: 8 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.sadi.org.ar/publicaciones/item/1733-consenso-argentino-de-terapia-antirretroviral>