



## La guardería

A. Martín Ruano\*, J. Martín Ruano\*\*, M.A. Martín García\*\*\*

\*Pediatra EAP. Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca. \*\*Pediatra EAP. Centro de Salud San Juan. Salamanca.

\*\*\*Residente Medicina Familiar y Comunitaria

### Introducción. Sistemas de cuidado infantil

En los últimos años, se viene manteniendo un debate social sobre cómo, dónde y quién debe cuidar a los niños pequeños. “Se está gestando un gran cambio en la infancia, en los países más ricos del mundo. La generación de hoy en día es la primera en la que la mayoría recibe durante gran parte de la primera infan-

cia algún tipo de cuidado infantil fuera del hogar. Al mismo tiempo, las investigaciones neurocientíficas están demostrando que las relaciones afectuosas, estables, seguras y estimulantes con los cuidadores durante los primeros meses y años de vida son esenciales para todos los aspectos del desarrollo del niño<sup>(1)</sup> (emocional, psicológico y cognitivo).

No hay duda de que los padres son las personas más adecuadas para cui-

dar y favorecer el desarrollo sano de los niños, pero esto, a veces, no es posible y se plantean diversas opciones: cuidado en el mismo domicilio (cuidador con mayor o menor preparación, familiares) o fuera de este (escuelas infantiles, guarderías más o menos grandes y guarderías familiares en pequeños grupos). Cada uno de ellos tiene sus ventajas e inconvenientes (Tabla I).

La información por parte del pediatra debe estar basada en la evidencia

Tabla I. Ventajas e inconvenientes de los sistemas de cuidado infantil

Cuidado infantil	Ventajas	Desventajas
Escuela infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Más económico</li> <li>- Sociabilización</li> <li>- Personal especializado</li> <li>- Establecimientos regulados</li> <li>- Proyecto educativo</li> <li>- Facilita adaptación a normas</li> <li>- Facilita detección precoz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menos personalizado, ratio 1/8 (&lt;1 año), 1/12 (1-2 años) y 1/20 (2-3 años)</li> <li>- Mayor riesgo de infecciones</li> <li>- Necesidad de alternativa si enferma</li> <li>- Horario laboral, no festivos</li> <li>- Horarios de entrada y salida</li> </ul>
Guardería familiar. Nido familiar Family day-care	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambiente cercano</li> <li>- Grupos más reducidos</li> <li>- Más económico</li> <li>- Sociabilización</li> <li>- Horarios más flexibles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de alternativa si enferma cuidadora o el niño</li> <li>- Menor formación de cuidadoras</li> <li>- No están supervisadas</li> <li>- Menos requisitos legales</li> </ul>
Cuidadora en domicilio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Más personalizada</li> <li>- Mayor comodidad</li> <li>- Más flexible</li> <li>- Entorno conocido</li> <li>- Cuidado en caso de enfermedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Más cara</li> <li>- No supervisión. ¿Especialización?</li> <li>- Sociabilización, solo si se busca</li> <li>- Dependencia de esa persona en caso de enfermedad, incapacidad laboral transitoria, etc.</li> </ul>
Cuidadores familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención más personalizada y con mayor interés</li> <li>- Se comparten objetivos/ valores</li> <li>- Muy económico o gratis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difícil relación empleador- empleado</li> <li>- Pueden existir diferentes visiones sobre el cuidado y educación infantil</li> <li>- Menor socialización, salvo si se busca</li> <li>- Sobrecarga de trabajo para el familiar</li> </ul>
Padres	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ideal, el mejor cuidado</li> <li>- Satisfacción padres y niño</li> <li>- Ratio 1/1</li> <li>- Normas similares todo el día</li> <li>- Evita el conflicto entre trabajo y familia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posible sensación de aislamiento y soledad</li> <li>- Si abandono del puesto de trabajo: problema autoestima, pérdida de relaciones sociales laborales, disminución ingresos</li> <li>- Esfuerzo físico y emocional como cuidadora directa</li> <li>- Sociabilización, solo si se busca</li> </ul>

actual, sin olvidar que el artículo 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño dice: “que en todas las medidas concernientes a ellos, el interés superior del niño debe ser la consideración primordial”, y que la Oficina Europea de la OMS afirma que: “La salud de los niños ha de ser lo primero”.

En los países industrializados, el cuidado infantil fuera del hogar es un hecho incuestionable para un número de niños cada vez mayor, a edades cada vez más tempranas y durante cada vez más tiempo. Los motivos hay que buscarlos en dos aspectos: una necesidad y/o una elección. En la mayor parte de las ocasiones, es por una necesidad derivada de varios aspectos: una progresiva incorporación de la mujer al mercado laboral, el aumento de familias monoparentales, la falta de medidas que faciliten la conciliación familiar y laboral (permisos parentales, lactancia, excedencias, reducción jornada...), las familias más pequeñas y más alejadas (que dificultan el cuidado por parte de familiares), y el alto coste económico que supone contratar un cuidador en domicilio. Sin embargo, en otras ocasiones, es una elección de los padres para “favorecer la socialización y educación del niño”.

La mejora de las iniciativas de protección social y apoyo a las familias que faciliten la atención y cuidado a los más pequeños por parte de progenitores durante los dos primeros años de vida, pueden conseguir prolongar en el tiempo el cuidado por parte de los padres, lo que se ha comprobado en países (p. ej.: Suecia), donde al aumentar el tiempo de baja (hasta 1 año) ha disminuido drásticamente la asistencia a la guardería de los menores de 18 meses<sup>(1)</sup>.

## Guardería o escuela infantil. Situación actual

La Real Academia de la Lengua define guardería infantil como: “Lugar donde se cuida y atiende a los niños de corta edad”. Actualmente, aunque se sigue utilizando este término de manera general (y lo haremos en este artículo), sería más correcto, en la mayoría de los casos, hablar de “Escuela Infantil” o “Centro Infantil”. En estas instituciones, quienes cuidan a los niños tienen una formación especializada, cuentan con un proyecto educativo, que pretende

Tabla II. Evolución de las tasas de escolaridad en Educación Infantil<sup>(2)</sup>

	2007-2008	2012/2013	2016/2017
Menores de 1 año	5,5	9,8	10,9
1 año	19,1	32,6	38,4
2 años	34,4	51,8	58,7
3 años	96,2	95,8	96,3

un desarrollo integral del niño, y son aptas para impartir el primer ciclo de Educación Infantil de cero a tres años. Para que puedan ser consideradas Escuelas infantiles, deben cumplir una normativa específica, tanto a nivel pedagógico como de instalaciones y personal, además de contar con la autorización de la administración educativa. Cada Comunidad Autónoma (CCAA) tiene sus propias normas y cada ayuntamiento tiene sus ordenanzas. Aun así, difieren poco entre sí. Se puede consultar un resumen en: <http://www.familiaysalud.es/salud-y-escuela/escuela-saludable/claves-para-elegir-guarderia>.

Los últimos datos de EUROS-TAT (2016) indican que, en Europa, el 33,1% de los menores de 3 años están escolarizados (15,1% acuden entre 1-29 horas semanales, y un 18% más de 30 horas). En España, suponen de media el 39,3% (aunque existen diferencias entre CCAA) (el 20,6% acuden entre 1-29 horas semanales y un 18,7% más de 30 horas), observándose un aumento progresivo los últimos años (Tabla II).

Conociendo esta realidad, con frecuencia, se solicita la opinión del pediatra de Atención Primaria sobre la asistencia a la guardería y, en la respuesta, se tendrá en cuenta no solo los efectos sanitarios y psicosociales que se describen a continuación, sino también las circunstancias particulares de los niños y sus familias.

## Riesgo de infección

La asistencia a una guardería supone la exposición más precoz e intensa a agentes infecciosos, la mayor parte virus, que en muchas ocasiones, se traduce en episodios repetidos de infecciones, en general banales y autolimitadas (infecciones respiratorias, gastroenteritis, infecciones de la piel, conjuntivitis, etc.). Es lo que se conoce como Síndrome de la Guardería.

En conjunto, los estudios publicados hasta ahora proporcionan evidencia de que los niños que asisten a guarderías, tienen un mayor riesgo de infecciones respiratorias, tanto superiores como inferiores y de gastroenteritis; sin embargo, los estudios no fueron consistentes en relación con la asistencia a hogares de cuidado infantil<sup>(3)</sup>.

En una revisión sistemática de la literatura internacional<sup>(4)</sup>, con solo un estudio español, se observó un significativo aumento del riesgo de infecciones en diversos entornos sociales y geográficos. Los autores concluyen que la asistencia a guardería se asoció a un incremento de riesgo de infección respiratoria alta (RR = 1,88), otitis media aguda (RR = 1,58), otitis media con derrame (RR = 2,43), infecciones respiratorias bajas (globalmente RR = 2,10); neumonías (RR = 1,70); bronquiolitis (RR=1,80); bronquitis (RR = 2,10); y gastroenteritis agudas (RR = 1,40). La asistencia a guardería podría ser la responsable de entre un 33% y un 50% de los episodios de infección respiratoria y gastroenteritis en la población expuesta<sup>(4)</sup>. En algunos estudios, se han separado los niños atendidos en pequeños grupos en domicilio, presentando un riesgo intermedio, aunque no se correlaciona con la realidad en España. Se ha relacionado la posible protección al acudir a la guardería frente a futuras infecciones, aunque esto podría justificarse, porque la exposición previa en edades precoces conlleva una menor tasa relativa de infección en edades posteriores, en comparación con los que inician la escolarización tardíamente. En resumen, si la escolarización se retrasa, las infecciones aparecerán en este periodo<sup>(5)</sup>.

La asistencia a la guardería también supone un mayor consumo de recursos sanitarios y de medicamentos<sup>(6)</sup>, incluidos antibióticos<sup>(7)</sup>.

Las publicaciones internacionales pueden no coincidir con el sistema de cuidado en nuestro país, en cuanto a: organización (predominio de grandes guarderías), edades, diagnósticos, etc., por lo que nos parece más interesante la valoración de datos locales. Estudios realizados en España observan también el aumento de riesgo infeccioso, con diferencias significativas en el número de episodios infecciosos, consumo de antibióticos (posibilidad de bacterias multirresistentes), visitas al pediatra y a urgencias, entre el grupo que acudía a guardería y los que no<sup>(8)</sup>. La gran mayoría de los trabajos demuestra un aumento de infecciones en los dos primeros años desde el inicio de la guardería, en especial en los menores de 2 años<sup>(9)</sup>, aunque en algún estudio, son aún más elevadas en los menores de 12 meses<sup>(8)</sup>. Se considera la asistencia a una Escuela infantil o guardería el principal factor favorecedor del aumento de procesos infecciosos en menores de dos años<sup>(10)</sup>. Los niños que asisten a guardería tienen un riesgo dos o más veces mayor de padecer: bronquiolitis, bronquitis, faringoamigdalitis, otitis media, enfermedades exantemáticas que los que no acuden, existiendo también un aumento significativo de: resfriado común, sibilancias, sinusitis, gastroenteritis aguda, conjuntivitis, laringitis y neumonías<sup>(11,12)</sup>. El consumo de recursos sanitarios también es significativamente superior en los niños que acuden a la guardería, con un aumento en la media de visitas al pediatra y a urgencias, y el consumo de fármacos en general (antibióticos, broncodilatadores, corticoides y montelukast), comparado con los niños que no van<sup>(13)</sup>. Este riesgo fue mayor si la asistencia a la guardería se iniciaba en edades tempranas (antes de los 12 meses)<sup>(12)</sup>.

Un trabajo realizado a raíz de producirse una huelga en las guarderías de la ciudad de Vitoria-Gasteiz, observa una disminución de la utilización de recursos sanitarios, en urgencias hospitalarias, en el periodo de tiempo que los niños dejaron de acudir a los servicios de guardería<sup>(14)</sup>.

Hay una serie de factores que influyen en la mayor o menor repetición de cuadros infecciosos de los niños que van a guardería, como son: tipo de centro asistencial, las medidas higiénicas del local y de los cuidadores, el número

de niños por cuidador y sala, así como factores que dependen del propio niño, sobre todo, la atopia familiar o personal. No parecen influir el sexo, la raza ni el número de horas de asistencia<sup>(15)</sup>. El más importante es sin duda, la edad de entrada a la guardería, siendo máxima la incidencia de cuadros infecciosos durante el primer año de vida<sup>(16)</sup>.

El aumento de procesos infecciosos se justifica por la mayor exposición a la fuente de contagio (incluso en el periodo de incubación), la facilidad de la transmisión (estrecho contacto con compañeros y cuidadores, la importancia de la fase oral, deficientes hábitos higiénicos, la ausencia de control de esfínteres y de secreciones, difícil aislamiento respiratorio y digestivo) y el sistema inmune inmaduro del niño.

Los mecanismos de transmisión más importantes son: vía respiratoria (difícil evitar en sitios cerrados), fecal-oral (importante cuando no hay control de esfínteres), cutánea y a través de fluidos como: orina, saliva y sangre (excepcional).

La mayor incidencia de enfermedades infecciosas no solo se limita al niño que asiste a la guardería, sino que también afecta a los familiares, sobre todo más cercanos, lo que hay que valorar, sobre todo, en personas con patologías crónicas, de riesgo y en los hermanos pequeños.

## Infecciones de repetición

Como hemos visto, los niños que asisten a la guardería tienen una mayor frecuencia de infecciones repetidas, sobre todo, en el ámbito respiratorio y digestivo. Cuando las infecciones son leves y frecuentes, se inician coincidiendo con la asistencia a guardería, afectan a distintos sistemas, responden al tratamiento sintomático o etiológico habitual, no existe afectación del desarrollo ni del crecimiento y está asintomático entre los episodios, hemos de pensar en una exposición aumentada a las infecciones en la guardería (síndrome de la guardería)<sup>(17)</sup>. En ocasiones, si las infecciones son especialmente frecuentes, graves, duraderas, no responden a tratamientos habituales o asocian complicaciones poco frecuentes, será necesario un estudio exhaustivo por parte del pediatra para descartar problemas crónicos y/o déficits inmunológicos, existiendo protocolos recientes para este fin<sup>(18)</sup>. De todos estos niños con infecciones recurrentes, hasta la mitad serán niños normales (por factores locales muchos de ellos), un tercio de esos niños tienen un perfil atópico (atopia-sibilancias recurrentes-asma), un 10% tienen una enfermedad crónica y un 10% una inmunodeficiencia (ID). Esta última se debe sospechar si aparece algún síntoma/signo de alarma<sup>(18)</sup> (Tabla III).

Tabla III. Signos de alarma para sospechar inmunodeficiencia<sup>(18)</sup>

1.  $\geq 6-8$  otitis medias agudas en un año
2.  $\geq 2$  neumonías (confirmadas por radiografía) en un año
3.  $\geq 2$  sinusitis en un año
4.  $\geq 2$  meningitis u otras infecciones graves
5.  $\geq 2$  infecciones de tejidos profundos en un año o de localización no habitual
6. Infecciones recurrentes cutáneas profundas o abscesos viscerales
7. Necesidad frecuente de usar antibioterapia intravenosa para curar infecciones
8. Infecciones por microorganismos no habituales u oportunistas
9. Historia familiar de inmunodeficiencias o infecciones recurrentes
10. Fenómenos autoinmunes frecuentes
11. Muguet o candidiasis cutánea en paciente mayor de un año
12. Rasgos dismórficos asociados a infecciones frecuentes
13. Infecciones postvacunales tras vacunas de virus vivos
14. Retraso de más de 4 semanas en la caída del cordón umbilical
15. IgE  $> 2.000$  UI/L sin otra causa aparente (sobre todo, con infecciones cutáneas o respiratorias graves o recurrentes)
16. Fiebre recurrente o persistente
17. Bronquiectasias sin causa aparente
18. Microorganismos comunes que producen clínica grave o infecciones recurrentes o complicaciones poco habituales
19. Retraso del desarrollo y crecimiento
20. Diarrea persistente en niños de menos de 6 años y especialmente en menores de tres años

## Prevención de infecciones

La asistencia a la guardería es un importante factor de riesgo para las infecciones. Si se retrasa la edad de inicio, disminuiría el riesgo, sobre todo, entre los niños más pequeños (mayor susceptibilidad y mayor riesgo de complicaciones). En España, la duración del permiso de maternidad y de paternidad y el permiso de lactancia está bastante alejada de la media europea y de los países nórdicos, lo que dificulta la conciliación laboral y familiar. A los 2 años de edad, el 43,7% de los niños ya acudían a la guardería y en el 90,7% de los casos, la causa fue la necesidad de trabajar de los padres y madres y la falta de otro cuidador<sup>(12)</sup>; por eso, una de las principales medidas debería ser el aumento de los periodos de permiso parental y lactancia materna, al igual que han hecho otros países de la Unión Europea, con ello se conseguiría retrasar la edad de inicio de la guardería. También, se han propuesto otras medidas de conciliación de la vida laboral y familiar (flexibilidad horaria, de espacio, teletrabajo, etc.). Con lo anterior, se ofrecería la posibilidad de que los padres fueran los principales cuidadores de los niños, al menos, los primeros años, conjugando el derecho de los padres al trabajo y promoción profesional, y de los niños al cuidado por parte de la persona más idónea. Todas estas medidas se consideran que serían rentables desde el punto de vista social, emocional, sanitario e incluso económico. Otras propuestas alternativas a las guarderías son, por ejemplo: la iniciativa en 2011 de los “Nidos familiares” (País Vasco) y *family day care* en otros países.

Se han propuesto algunas medidas para disminuir las infecciones de los niños que acuden a guarderías, las principales son:

- **Vacunación** correcta de los niños (recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría, incluyendo Rotavirus y Meningococo B). En España, las vacunaciones no son obligatorias, siendo competencia de las Comunidades Autónomas el establecimiento de los calendarios vacunales. Algunas Comunidades Autónomas y Ayuntamientos, exi-

gen la vacunación como requisito para poder acceder a las Guarderías de titularidad Pública. Recientes sentencias (Cataluña 2000, 2018, La Rioja, 2012) avalan este requisito, señalando que negar la inscripción a un “no vacunado” protege a los demás sin violar el derecho de los padres a no vacunar ni vulnerar el derecho a la libertad ideológica. En otras comunidades, se exige su presentación, pero solo a título informativo. La situación en los centros privados es muy heterogénea.

- **Vacunación** correcta de los padres y trabajadores (incluida gripe anual). En un estudio en EE.UU., solo un 34% del personal y un 37% de los padres estaban correctamente inmunizados, aunque ambos aseguraban estar dispuestos a vacunarse, porque creían que era importante para la prevención<sup>(19)</sup>. Se aconseja comprobar la adecuada vacunación de los trabajadores (antigripal, triple vírica, DTP, hepatitis A y B). En EE.UU. por ejemplo, se exige vacunación SRP de todos los trabajadores que tengan contacto con niños menores de 15 meses.
- **Lavado sistemático de las manos** de los niños (jabón y toallitas de papel desechable, en especial después de ir al baño y antes de comer) y del personal (sobre todo, al preparar los alimentos, antes de alimentarle y después del uso de pañales). La promoción del lavado de manos, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, puede reducir la incidencia de diarrea en aproximadamente un 30%. Sin embargo, se sabe menos sobre cómo ayudar a las personas a mantener los hábitos de lavado de manos a largo plazo<sup>(20)</sup>. Los programas de higiene de manos que incluyen desinfectante de manos y medidas educativas para el personal de guarderías, los niños y los padres, reducen los días de absentismo, las infecciones respiratorias y las prescripciones de antibióticos para estas infecciones en los niños que acuden a guarderías<sup>(21)</sup>.
- Protocolos de **higiene ambiental, limpieza de las superficies de juego y de juguetes**. La higiene de manos y la limpieza del ambiente y de los juguetes y elementos son las únicas

recomendaciones que figuran en todas las guías publicadas sobre el tema<sup>(22)</sup>.

- **Exclusión escolar**. Hay que establecer normas claras para el manejo de casos de infecciones, protección de los posibles contactos y definir claramente los motivos de exclusión de la guardería (v. más adelante).

Otras medidas propuestas son:

- Separación física de los espacios para diferentes grupos de edad, especialmente para lactantes menores de 1 año.
- Disminuir las horas de asistencia a la guardería y disminuir el número de niños por aula.
- Instruir a los educadores en la prevención de la transmisión de enfermedades infecciosas, sobre todo, a través de las manos, alimentos, vía respiratoria y digestiva.
- Protocolos sobre higiene en el cambio y eliminación de pañales.
- Formación continua y reciclaje del personal.
- Uso de probióticos: se ha propuesto el uso de probióticos para disminuir los procesos infecciosos de los niños que acuden a la guardería. En una revisión Cochrane sobre el tema en 2011 y posterior reedición en 2015, los autores concluyen que los probióticos pueden ser más beneficiosos que el placebo para prevenir las infecciones respiratorias agudas. Sin embargo, la calidad de la evidencia fue baja o muy baja<sup>(23)</sup>. En general, los estudios ofrecen resultados variables y, en cualquier caso, discretos, e incluso en estudios recientes, no observan ningún efecto en la prevención de infecciones gastrointestinales y respiratorias en niños sanos que acuden a la guardería<sup>(24,25)</sup>. Se considera pues, que son necesarios más estudios para valorar el uso de probióticos en la prevención de infecciones, tanto digestivas como respiratorias.

### Exclusiones escolares

De manera general, los padres deben saber que para evitar el contagio a otros compañeros de guardería, no deberían llevarle si ha tenido: fiebre, diarrea o vómitos en las 24 horas previas, si presenta úlceras bucales, erupción cutá-

Tabla IV. Periodos de exclusión escolar por procesos infecciosos. *Modificado de Guía ABE. Infecciones en Pediatría*<sup>(26)</sup>

<b>Enfermedad</b>	<b>Exclusión escolar</b>	<b>Enfermedad</b>	<b>Exclusión escolar</b>
CONJUNTIVITIS	Hasta ceder secreción No, si ya iniciado el tratamiento	MENINGITIS/ SEPSIS Meningococo*	Hasta erradicación del germen
ERITEMA INFECCIOSO	No	OXIURASIS	No
EXANTEMA SÚBITO	No	<i>MOLLUSCUM</i> CONTAGIOSO	No (cubrir, evitar compartir)
ESCARLATINA	1 día una vez iniciado el tratamiento	PEDICULOSIS DE LA CABEZA	No. Una vez iniciado tratamiento o si solo tiene liendres
FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA	1 día una vez iniciado el tratamiento	PITIRIASIS VERSICOLOR	No
FIEBRE TIFOIDEA*	Hasta 3 coprocultivos negativos separados 1 semana	PAROTIDITIS*	5 días desde el inicio de los síntomas
GEA INESPECÍFICA GEA ESPECÍFICA Adenovirus, Astrovirus, Norovirus, Rotavirus, <i>E. Coli</i>	Hasta 24-48 horas sin síntomas. Piscinas dos semanas	RUBEOLA**	7 días después de inicio de exantema
CAMPILOBACTERIOSIS*	Hasta 24-48 horas sin síntomas	SARAMPIÓN**	4 días tras inicio de exantema
CRIPTOSPORIDIOSIS	Hasta 24-48 horas sin síntomas	SARNA	Hasta completar el tratamiento
SALMONELOSIS*	Hasta 24-48 horas sin síntomas	SIDA E INFECCIÓN POR VIH*	No, con las precauciones debidas y si su situación lo permite
<i>E. COLI</i> PRODUCTOR DE TOXINA SHIGA O VERO*	Hasta 48 horas sin síntomas y 2 coprocultivos negativos separados 48 horas	SÍNDROME MONONUCLEÓSICO	No
GIARDIASIS*	Hasta 24-48 horas sin síntomas. No exclusión a portadores asintomáticos	SÍNDROME MANO-PIE-BOCA	No
SHIGELOSIS*	< 5 años: hasta 2 coprocultivos negativos ≥ 5 años: hasta 24-48 horas sin síntomas	TIÑA CUERO CABELLUDO KERION	Hasta iniciar el tratamiento
GINGIVITIS, ESTOMATITIS	No. Solo en primoinfección herpética en niños que no controlan secreciones orales. No indicado en herpes labial. Herpes piel: pequeño riesgo: cubrir la zona	TIÑA CUERPO	No
GRIPE	En la medida de lo posible para evitar contagio	TIÑA PEDIS o PIE DE ATLETA	No. No usar piscina hasta curación
HEPATITIS A*	Hasta 7 días después del inicio de los síntomas o la ictericia	TOS FERINA*	5 días después de iniciado el tratamiento
HEPATITIS B*	No (con las precauciones debidas)	TUBERCULOSIS*	Si es pulmonar hasta completar 2 semanas de tratamiento
HEPATITIS C*	No (con las precauciones debidas)	VARICELA / ZÓSTER*	Hasta que lesiones estén en fase de costra. Varicela atenuada: hasta no aparición de nuevas lesiones
IMPÉTIGO	Hasta la curación de las lesiones o tras 48 horas de antibiótico	VERRUGAS	No. Cubrir zonas en gimnasios, piscinas

\*Enfermedades de declaración obligatoria. \*\*Declaración urgente. Gripe: Enfermedad de declaración numérica semanal.

nea con fiebre o de causa desconocida, lesiones exudativas en la piel o secreción conjuntival purulenta. Una vez que haya sido diagnosticado, el pediatra determinará el período de exclusión según el diagnóstico<sup>(26)</sup> (se muestra un resumen en la Tabla IV).

Durante los períodos de brote de gripe, un niño con síntomas respiratorios (tos, goteo nasal o dolor de garganta) y fiebre no debe asistir a la guardería. Puede incorporarse de nuevo una vez que la fiebre asociada a estos síntomas haya desaparecido (sin el uso de anti-térmicos).

En el caso de la aparición de determinadas infecciones (*Salmonella typhi*, *Shigella*, Hepatitis A, Tosferina, Meningitis por *Haemophilus*, infecciones por Meningococo) y/o brotes epidémicos (p. ej.: Norovirus) en guarderías, será necesario comunicar la situación a las autoridades competentes y tomar las medidas de salud pública y profilaxis recomendadas en cada caso<sup>(26)</sup>.

La repetición de episodios específicos graves al iniciar precozmente la escolarización (otitis media, reagudizaciones de asma bronquial), puede hacer necesario buscar otras alternativas diferentes a la guardería o, al menos, su exclusión temporal.

Otros motivos para no llevar al niño a la guardería sería: si se encuentra enfermo, si su situación le impide participar adecuadamente en las actividades desarrolladas o no es posible prestarle los cuidados y la vigilancia que necesita.

Se aconseja que los centros de cuidado infantil tengan una política escrita, conocida por los padres, sobre la gestión de un niño enfermo, que se revisa con todo el personal. Se debe reconocer cuando un niño está enfermo y el procedimiento de actuación en cada caso y causas de exclusión del centro. Debe haber suficiente personal de cuidado infantil para permitir que, al menos, un adulto permanezca con un niño enfermo hasta que regrese a casa o hasta que llegue la ayuda médica. Todo el personal debe estar capacitado en primeros auxilios básicos y reanimación cardiopulmonar. En países como EE.UU. existen centros de atención de enfermos que están atendidos por profesionales de la salud, que proporcionan una mayor satisfacción, menor ansiedad de los padres y una disminución del absentismo laboral.

## Asma, atopia y enfermedades inmunológicas

Los niños con atopia que acuden a la guardería tienen un mayor riesgo de enfermedades del tracto respiratorio superior e inferior en el primer año de vida<sup>(27)</sup>. Se relaciona la asistencia a la guardería con el incremento del riesgo de tener sibilantes hasta los 3-4 años, probablemente en relación con formas transitorias, pasando a mostrar posteriormente un efecto protector entre los cuatro y los siete años, efecto que progresivamente se reduce hasta atenuarse en la edad adulta. Es un tema controvertido y, como resumen, apuntar que no está claro el papel de la escolarización precoz sobre la prevención de asma y otras enfermedades de potencial base inmunitaria, ni las ventajas que pueden suponer exponer a los niños a una mayor incidencia de infecciones en la primera infancia, frente a hacerlo en edades posteriores<sup>(28)</sup>.

## Efectos psicosociales

Desde hace tiempo, se conoce la importancia que para el niño tiene disponer, durante los primeros años de vida, de una o dos personas (ceranas y mantenidas en el tiempo) con las que establecer un vínculo emocional intenso. Estas figuras de apego son muy importantes para la salud mental, emocional, social, la autonomía posterior y el aprendizaje. No hay duda que los padres son los que deberían ocupar este lugar. Cuando el cuidado por parte de los padres no es posible, surgen otras alternativas como es la guardería. Los efectos psicosociales de esta situación son objeto de evaluación en numerosos estudios.

La asistencia a la guardería podría favorecer las habilidades sociales, el desarrollo conductual y lingüístico<sup>(29)</sup>, mejorar la adaptación a situaciones nuevas y a normas de comportamiento, permitir la detección precoz de alteraciones (al comparar con otros niños), y aumentar la autonomía e independencia respecto a los padres. La posible mejora del desarrollo psicomotor, no se puede confirmar en las revisiones sistemáticas<sup>(30)</sup>.

Existen muchas dificultades metodológicas, pero los datos de los estudios de mayor calidad sugieren que los cen-

tros de cuidado infantil de “alta calidad” pueden tener un efecto positivo, tanto en el comportamiento como en aspectos cognitivos<sup>(31)</sup>. Según se recoge en el informe de UNICEF<sup>(1)</sup>, parece que los mayores beneficios de la escolarización precoz se obtendrían en los niños de familias más desfavorecidas (p. ej.: inmigrantes, los que usan otra lengua, padres con bajo nivel económico y educativo) y si la escolarización es de calidad podrían compensar, al menos, parcialmente, la vida en un hogar desfavorecido, mejorando de forma duradera el desarrollo cognitivo, lingüístico, emocional y social y disminuyendo los problemas de educación, desarrollo y conducta. Las mismas conclusiones se pueden encontrar en una revisión Cochrane con estudios realizados en EE.UU. y en familias desfavorecidas<sup>(32)</sup>, aunque el grado en que los resultados son generalizables a otras culturas y grupos socioeconómicos, aún no se ha evaluado. Posteriormente, se han realizado dos nuevas revisiones, que sustituyen a la anterior, una para población de países de bajo nivel económico, donde se describen efectos positivos<sup>(33)</sup> y otra para países desarrollados<sup>(34)</sup> donde concluye que, actualmente, hay pruebas muy limitadas disponibles sobre los efectos del cuidado en centros de día en el desarrollo cognitivo y psicosocial de los niños.

Parece importante resaltar que el desarrollo positivo (puntuaciones más altas en las escalas de desarrollo cognitivo y mayores logros académicos) no depende tanto de asistir o no a la guardería, sino de la calidad de la asistencia y educación recibida<sup>(35)</sup>.

En general, se asume que el cuidado infantil “en una etapa demasiado temprana y durante demasiado tiempo” puede ser perjudicial. Los efectos resultan positivos en algún punto entre los dos y los tres años. Unos cuidados inadecuados en esta etapa, pueden traducirse en unas bases débiles para el desarrollo cognitivo, psicológico y emocional.

Se considera fundamental la disponibilidad de una baja parental adecuada y ofrecer, en caso necesario, cuidados de calidad. El peligro es que solo afecte a las clases favorecidas (incapacidad laboral transitoria, excedencias, guarderías de calidad) y los posibles perjuicios

revertirán principalmente en los niños de hogares desfavorecidos<sup>(1)</sup>.

Siguiendo esta línea, en una reciente publicación, la AAP resalta que la educación temprana y el cuidado infantil de “alta calidad” para niños pequeños mejoran los resultados físicos y cognitivos para los niños y puede mejorar la preparación escolar<sup>(36)</sup>, sugiriendo la creación de estándares basados en la evidencia para el cuidado infantil, establecer sistemas de calificación, mejorar la calidad, y establecer una regulación estatal y asesoramiento en salud.

## Accidentes infantiles

Los accidentes infantiles son una causa importante de morbilidad y mortalidad en la población infantil. Los niños que asisten a la guardería tienen menos lesiones no intencionales respecto a los controles, lo que se atribuye a la existencia de una mayor supervisión y a equipos y medios materiales más seguros. Los factores más implicados son los dependientes del propio niño (caídas, colisiones, pellizcos de compresión, empujar o golpear, objetos arrojados y picaduras) y, menos, los factores ambientales (pisos deslizantes, equipos o muebles, objetos en el piso, objetos punzantes y ventanas o puertas). Se destaca que el factor principal es la supervisión. Hay que asegurar, no obstante, las medidas de seguridad sobre las estructuras de juego interiores y exteriores, juguetes seguros y apropiados para su edad y uso adecuado en un entorno de cuidado infantil<sup>(37)</sup>.

## Alimentación

Si el niño está con lactancia materna existe una normativa autonómica, por ejemplo en Madrid, sobre la obligatoriedad de aceptar, manipular y dar la leche materna a los bebés amamantados.

En la página web: <https://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/protocolo-alimentacion-con-leche-materna-en-las-escuelas-infanti>, se puede consultar el Protocolo de la AEP para la alimentación con leche materna en las escuelas infantiles, donde se recogen recomendaciones para la conservación, almacenamiento, descongelación, preparación y administración de leche materna.

En cuanto a la alimentación complementaria, generalmente se respetan las indicaciones del pediatra y/o los padres sobre la introducción y forma de administrar los alimentos. Todo dependerá del horario de permanencia de los niños en la guardería. Respecto al *Baby Led Weaning*, hay que individualizar cada caso y conocer la actitud de la guardería a este respecto, ya que no existe normativa específica.

En la alimentación de los niños mayores, hay que comprobar que los menús que se ofrecen sean supervisados, variados, nutricionalmente adecuados y equilibrados. Los padres deben complementar el resto de alimentación conociendo el menú escolar.

Hay algunos factores que pueden facilitar la adquisición de buenos hábitos en relación con la alimentación, como son: existencia de un ambiente tranquilo, tipo de menú ofrecido, contar con personal preparado, tener una rutina de horarios, cumplir normas de comportamiento y de higiene (lavado de manos, salud bucodental), favorecer la autonomía y la realización de la actividad en común con otros niños.

## Otros aspectos

La guardería favorece de forma progresiva la autonomía del niño, evitando sobreprotección y supervisando para evitar situaciones de riesgo. Si en la guardería se estimula la independencia y buenos hábitos a la hora de comer, vestirse, lavarse las manos y los dientes, dormir, controlar secreciones etc., los padres deben aprovechar para continuar y afianzar este comportamiento en casa.

La adquisición del control de esfínteres muchas veces coincide con la época de asistencia a la guardería, por lo que es importante favorecer que el niño aprenda a ir al baño, de manera simultánea en casa y en la guardería. Suele iniciarse sobre los dos años, aunque con un margen de normalidad amplio, siendo importante estimular (refuerzos positivos), pero no forzar, una vez que se constata indicios de que está preparado.

## Inicio de la escolarización

En general, se admite la recomendación de no escolarizar a los niños menores de un año y si se puede, espe-

rar a los dos años, para dar tiempo a que el sistema inmune madure y el niño esté protegido por las vacunaciones. Cuanto más pequeños son, tienen mayores tasas de infección y son peor toleradas. Por otra parte, los psicopedagogos advierten que las ventajas que puede aportar la guardería se inician a partir de, al menos, los 12-15 meses, que el niño ya camina y puede interactuar más con sus iguales. En general, los máximos beneficios se obtienen cuando el niño inicia la escolarización a partir de los 18-24 meses, ya que posee un mayor desarrollo del lenguaje y la comunicación<sup>(38)</sup>.

Se recomienda evitar las guarderías a los grandes prematuros (menos de 32 semanas de gestación) durante todo el primer año de vida, en ocasiones, incluso hasta los dos o tres años, si asocian patología como “displasia broncopulmonar”. La misma recomendación es aplicable en caso de patología previa importante (cardíaca, pulmonar, inmunodepresión, etc.), ya que en ellos las infecciones pueden ser más graves.

La incorporación progresiva a la guardería puede ayudar a prevenir el rechazo que puede ocasionar debido a la ansiedad de separación de los padres, que suele aparecer alrededor del año y es frecuente hasta los tres años. Es una etapa del desarrollo, suele ser transitoria y se supera gradualmente a medida que el niño conoce el nuevo entorno.

## Elección de guardería

Los padres deben conocer todos los datos descritos previamente sobre la influencia de la guardería en la salud física, síquica y emocional de los niños, para poder decidir, siendo el pediatra el que puede proporcionar información basada en la evidencia disponible. Es básico que tenga un proyecto educativo de calidad y unas normas e instalaciones que puedan minimizar el riesgo de infección y accidentes.

Se debe aconsejar a los padres: visitar la guardería (pública o privada), conocer el proyecto educativo, la filosofía, horarios, política de visitas, sistemas de comunicación, instalaciones, cuartos de baño, normas de higiene, personal encargado del cuidado, su formación y titulación, experiencia, ratio de niños por cuidador, aulas existentes, nuevas

tecnologías, los protocolos en caso de infección, etc.

Son buenos indicadores de “alta calidad”, entre otros, según la AAP:

- Grupos pequeños de niños y un número adecuado de cuidadores en relación a los niños del grupo (ideal un cuidador por cada 3 niños de 0 a 12 meses, uno por cada 4 de 13 a 30 meses y uno por cada 5 de 31 a 35 meses. Grupos de un máximo de 6 niños menores de 12 meses, 8 de 13 a 30 meses y 10 de 31 a 35 meses). En España, la normativa recoge en casi todas las comunidades, un ratio de 7-8 niños por aula en menores de un año, entre 12-14 niños, entre 1-2 años y entre 18-20 los comprendidos entre 2-3 años (en Navarra 16).
- Baja rotación de personal, que permite el mismo cuidador durante mucho tiempo, y formación específica y adecuada.
- Visitas periódicas de personal sanitario.

La AAP ha publicado una descripción completa de los indicadores de alta calidad, que de forma resumida valora los siguientes apartados: inmunizaciones de los niños y del personal, control de la infección, nutrición, ambiente, salud bucal, actividad física, ratio de personal y supervisión, cualificación del personal, política para niños con necesidades especiales de salud, procedimientos de emergencias y prevención de lesiones<sup>(36)</sup>.

## Guarderías y Pediatría

Los pediatras, con frecuencia, estamos inmersos en el debate sobre los sistemas de cuidado de los niños pequeños y la conveniencia de asistir o no a la guardería. No podemos cambiar el sistema laboral/social y, por lo tanto, hay muchos padres que recurren a la guardería una vez que se acaba la baja parental y, en el mejor de los casos, cuando acaba la excedencia por cuidado de hijo menor. Las decisiones sobre el cuidado de cada niño deberían individualizarse en cada caso, y el pediatra puede y debe ayudar a las familias a buscar la mejor alternativa para minimizar los efectos sobre la salud.

En general, la atención del niño que acude a la guardería recae en el Equipo

de Pediatría habitual de Atención Primaria (Pediatra-Enfermera), esto hace que cuando los niños, sobre todo los de menor edad, inician la asistencia a la guardería, generen consultas repetidas por procesos infecciosos principalmente, lo que supone una carga de trabajo adicional para el pediatra y una fuente creciente de preocupación para los padres que buscan justificación a estos problemas, sobre todo, si surgen complicaciones como cuadros bronquiales repetidos y/o otitis de repetición. Se debe dedicar tiempo para explicar y anticipar los cambios generados por la asistencia a la guardería, lo que puede ayudar a tranquilizar a los padres.

En muchas ocasiones, no hay ninguna relación directa entre el Equipo de Pediatra de AP y las guarderías, en otras, puede limitarse a un contacto puntual (Charlas, Talleres...) o a la elaboración de informes (estado de salud, vacunación, exclusión escolar, brotes infecciosos, alimentación, etc.). Solo con algunas guarderías existe un mayor contacto, siendo importante el papel que puede desempeñar la enfermera de Pediatría en la prevención, promoción y educación para la salud.

Hay guarderías privadas, que ofrecen un servicio de atención pediátrica propio, a veces, con una enfermera escolar y, en otras, con un pediatra cuyas funciones varían según el centro, pero que se pueden resumir en:

- Colaborar en aspectos sanitarios (higiene, alimentación, seguridad y prevención accidentes).
- Atención directa en la guardería a procesos agudos (consulta diaria o semanal...).
- Actividades preventivas individuales y colectivas. Educación para la salud.
- Participación en charlas, talleres, cursos.
- Supervisar el desarrollo infantil.
- Control de salud anual.
- Consulta telefónica.
- Asesorar sobre incidencias, sobre todo, de enfermedades infecciosas infectocontagiosas.

En unos casos se ofrece consulta de presencia física, en otros telefónica, a veces plataformas web on-line o tele-pediatría con apoyo del personal docente y material sanitario y sistemas

mixtos. La telemedicina, fuertemente implantado en países como EE.UU., Canadá o Australia, está creciendo en España, ya que permite disponer de atención profesional durante toda la jornada escolar a un coste competitivo.

## Bibliografía

1. UNICEF. El cuidado infantil en los países industrializados: transición y cambio. Report Card. Innocenti N° 8, 2008. Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF, Florencia. © Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2008.
2. <http://www.mecd.gob.es/servicios-al-ciudadano-mecd/dms/mecd/servicios-al-ciudadano-mecd/estadisticas/educacion/indicadores-publicaciones-sintesis/datos-cifras/Datosycifras1819esp.pdf>.
3. Barros FC. Child-care attendance and common morbidity: evidence of association in the literature and question of design. *Rev Saude Pública.* 1999; 33: 98-106.
4. Ochoa Sangrador C, Barajas Sánchez MV, Muñoz Martín B. Relación entre asistencia a guarderías y enfermedad infecciosa aguda en la infancia. Una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública.* 2007; 81: 113-29.
5. Buñuel Álvarez JC, González Rodríguez MP. Los niños que van a la guardería tienen más infecciones durante los primeros años y menos cuando van al colegio. *Evid Pediatr.* 2011; 7: 8.
6. Silverstein M, Sales AE, Koepsell TA. Health care utilization and expenditure associated with child care attendance: a nationally representative sample. *Pediatrics.* 2003; 111: e371-5.
7. Thrane N, Olesen C, Sondergaard C, Schonheyder MC, Sorensen H. Influence of day care attendance on the use of systematics antibiotics in 0 to 2 years old children. *Pediatrics.* 2001; 107: e76.
8. Lafuente Mesanza P, Lizarraga Azparren MA, Ojembarrena Martínez E, Gorostiza Garay E, Hernaiz Barandiarán JR. Escolarización precoz e incidencia de enfermedades infecciosas en niños menores de 3 años. *An Pediatr (Barc).* 2008; 68: 30-8.
9. Ojembarrena Martínez E, Fernández de Pinedo Montoya R, Lafuente Mesanza P, Corera Sánchez M. Papel de la guardería y de la escolarización precoz en la incidencia de enfermedades infecciosas. *An Esp Pediatr.* 1996; 45: 45-8.
10. Gallego Iborra A, Moreno Muñoz G, Gorrotxategi Gorrotxategi P, Gutiérrez Olid M, del Castillo Aguas G, Ledesma Albarrán JM. C-45. Influencia de la asistencia a la escuela infantil en la morbilidad por procesos infecciosos. *Rev Pediatr Aten Primaria. Supl.* 2011; (20): e72.



11. Domínguez Aurrecochea B, Fernández Francés M, Ordoñez Alonso MA, López Vilar P, Merino Ramos L, Aladro Antuña A, et al. Influencia de la asistencia a guardería sobre la morbilidad en los niños menores de 12 meses. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2012; 14: 303-12.
12. Domínguez Aurrecochea B, Fernández Francés M, Ordoñez Alonso MA, López Vilar P, Pérez Candás JI, Merino Ramos L, et al. Enfermedad infecciosa y consumo de recursos sanitarios en menores de 2 años que acuden a guarderías. *An Pediatr (Barc)*. 2015; 83(3): 149-59.
13. Ordoñez Alonso MA, Domínguez Aurrecochea B, Pérez Candás JL, López Villar P, Fernández Frances M, Coto Fuente M et al. Influencia de la asistencia a guarderías en la frecuentación de urgencias y Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2016; 18: 243-52.
14. Montiano Jorge J, Ocio Ocio I, Díez López I, Montilla Fernández A, Bosque Zabala A. ¿Qué pasaría si cerrasen las guarderías? *An Pediatr (Barc)*. 2006; 65: 556-60.
15. National Institute Of Child Health and Human Development Early Child Care Research Network. Child care and common communicable illnesses. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001; 155: 481-8.
16. Robinson J. Infectious Diseases in schools and child Care facilities. *Pediatr Rev*. 2001; 33: 39-46.
17. Ruiz Contreras J. El niño con infecciones frecuentes. En AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2010*. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p. 15-22.
18. Suárez Rodríguez MA, Morales Senosiain D, Martín Peinador Y. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Niño con infecciones recurrentes. AEPap. 2017 (en línea) consultado el 12/01/2019. Disponible en: [algoritmos.aepap.org](http://algoritmos.aepap.org).
19. Rebmann T, Arnold LD, Elliott MB, Gilbertson PG, Wakefield M. Vaccination for child clients and employees in St Louis childcare agencies: Vaccine uptake and policies versus parents' perceptions. *Am J Infect Control*. 2016; 44: 1010-5.
20. Ejemot-Nwadiaro RI, Ehiri JE, Arikpo D, Meremikwu MM, Critchley JA. Hand washing promotion for preventing diarrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 9. Art. No.: CD004265. DOI: 10.1002/14651858.CD004265.pub3.
21. Azor-Martínez E, Yui-Hifume R, Muñoz-Vico FJ, et al. Effectiveness of a Hand Hygiene Program at Child Care Centers: A Cluster Randomized Trial. *Pediatrics*. 2018; 142: e20181245.
22. Serra ME. Prevención de infecciones respiratorias en jardines maternos: recomendaciones y revisión sistemática de la evidencia *Arch Argent Pediatr*. 2014; 112: 323-31.
23. Hao Q, Dong BR, Wu T. Probiotics for preventing acute upper respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; (2): CD006895. doi: 10.1002/14651858.CD006895.pub3.
24. Laursen RP, Larnkjær A, Ritz C, Hauger H, Michaelsen KF, Molgaard C. Probiotics and child care absence due to infections: a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2017; 14: e20170735.
25. Hojsak I, Močić Pavić A, Kos T, Dumančić J, Kolaček S. Bifidobacterium animals subsp. Lactis in the prevention of common infections in healthy children attending day care centers-randomized double blind, placebo-controlled study. *Clin Nutr*. 2016; 35: 587-91.
26. Seijas Martínez-Echevarría L, Ribes Hernández P. Recomendaciones de exclusión escolar por causas infecciosas (v.2/2018). Guía\_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 04/09/2018; consultado el 22/12/2018]. Disponible en: <http://www.guia-abe.es>.
27. Celedon JC, Litonjua AA, Weiss ST & Gold DR. Day care attendance in the first year of life and illnesses of the upper and lower respiratory tract in children with a familial history of atopy. *Pediatrics*. 1999; 104: 495-500.
28. Ochoa Sangrador C. ¿Existen beneficios asociados a la asistencia a guardería? *Evid Pediatr*. 2011; 7: 1.
29. Bradley LH, Vandell DL. Child care and the well-being of children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007; 161: 669-76.
30. García Uzquiano R, Igarzabal Irizar A, Zabaleta Rueda A, Gorrotxategi Gorrotxategi P. ¿Qué modalidad de atención infantil (0-3 años) debemos recomendar desde Atención Primaria? *Bol. S Vasco-Nav Pediatr*. 2017; 49: 35-9.
31. Health implications of children in child care centres Part A: Canadian trends in child care, behaviour and developmental outcomes. *Paediatr Child Health*. 2008; 13: 863-74.
32. Zoritch B, Roberts I, Oakley A. Day care for pre-school children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 10. Art. No.: CD000564. DOI: 10.1002/14651858.CD000564.pub2.
33. Brown TW, van Urk FC, Waller R, Mayo-Wilson E. Centre-based day care for children younger than five years of age in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 9. Art. No.: CD010543. DOI:10.1002/14651858.CD010543.pub2.
34. Van Urk FC, Brown TW, Waller R, Mayo-Wilson E. Centre-based day care for children younger than five years of age in high-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 9. Art. No.: CD010544. DOI:10.1002/14651858.CD010544.pub2.
35. Vandell DL, Belsky JM, Burchinal M, Steinberg L, Vandergrift N. NICHD Early Child Care Research Netrk. Do Effects of Early Child care extend to age 15 years? Results from the NICHD Study of early child care and Youth development. *Child Dev*. 2010; 81: 737-56.
36. Donoghue EA and AAP Council on Early Childhood. Quality Early Education and Child Care from Birth to Kindergarten. *Pediatrics*. 2017; 140: e20171488.
37. Health implications of children in child care centres Part B: Injuries and infections. *Paediatr Child Health*. 2009; 14: 40-8.
38. Asociación Española de Pediatría. Guía Práctica para padres. Desde el nacimiento hasta los 3 años.