Revista Mi Pediatra

SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA

Edición 33

CAMPAMENTO DE VERANO:
¿Cómo saber cuál es el apropiado para mi niño?

+



LAS PICADAS DE INSECTO

Mi niño tiene tartamudez: ¡No entiendo!

LA TOS Y LOS JARABES

¿Necesitará braces mi niño?

MI NENE TIENE FIEBRE HACE MUCHOS DÍAS: ¿Será Síndrome de Kawasaki?

Cuando un niño convulsa por primera vez

facebook.com/mipediatraspp

www.revistamipediatrapr.com

¿Desea anunciarse en las próximas ediciones de la revista?

Para los detalles de espacios, costos y calendario de publicación, puede comunicarse con nuestra división de ventas:

mipediatra.spp@gmail.com

787-421-0944

Síguenos en las redes sociales de Facebook e Instagram bajo

@mipediatraspp





Accede nuestra versión digital de la Revista Mi Pediatra en: revistamipediatrapr.com

Puedes visitar nuestro canal de YouTube @mipediatra-sociedad puertorriqueña de pediatría



PediaSure®

Nutrición para

EL CRECIMIENTO Y SISTEMA INMUNOLÓGICO.

PROTEÍNA · ANTIOXIDANTES* · ZINC · VITAMINAS A & D
con NUTRIENTES para APOYAR EL SISTEMA INMUNE

LA MARCA #1 RECOMENDADA POR PEDIATRAS

NUTRIENTES PARA EL APOYO DEL sistema inmunológico

DHA OMEGA- 3 que ayuda a su cerebro y ojos

PROTEÍNA PARA AYUDAR SUS MÚSCULOS

VITAMINAS Y MINERALES

* Vitaminas C & E y selenio.
ANAPRPDS202222784 Agosto 2022

Abbott
life. to the fullest.®

Mensaje Editorial



Nerian Ortiz MD FAAP
Catedrática
Departamento de Pediatría
Escuela de Medicina RCM

Bienvenidos a la Edición de Primavera de la Revista Mi Pediatra de la Sociedad Puertorriqueña de Pediatría. Con el entusiasmo de siempre compartimos temas de interés para los padres, familias y todos los que día a día cuidan de la población pediátrica.

Es nuestro mejor interés que los infantes, niños y adolescentes crezcan sanos; desarrollen su máximo potencial y podamos intervenir a tiempo de presentar algún problema. Es por esto que nos mantenemos exhortando a todos los padres a identificar su pediatra de cabecera; mantener las visitas de supervisión de salud y, consultarle no solamente cuando el niño se enferma.

Aprovechemos al pediatra para discutir asuntos que a diario afectan la salud y el bienestar. Un buen plan de prevención nos ayudará a mantener a nuestra población saludable. ¡Consulta a tu pediatra!

¡Disfruten la edición!

Un abrazo caluroso,

Nerian Ortiz MD FAAP
Editora
Revista Mi Pediatra
Sociedad Puertorriqueña de Pediatría



La obesidad es una enfermedad crónica seria que afecta cada vez más a los niños y adolescentes.

¿Cómo se determina si un niño o adolescente está sobre peso o es obeso?

El índice de masa corporal (IMC) se utiliza como medida para evaluar el exceso de grasa en el cuerpo y poder hacer una clasificación objetiva.

Una vez el niño se evalúa, el pediatra colocará el peso en una gráfica específica para edad y sexo. Esto permitirá observar dónde exactamente se encuentra su niño.

Sobrepeso se define como un IMC que está entre el percentil 85 y 95 para niños y adolescentes de la misma edad y sexo. **Obesidad** se define como un IMC igual o mayor al percentil 95 para niños y adolescentes de la misma edad y sexo.

¿Cuáles son los riesgos de padecer de obesidad?

La obesidad es responsable de efectos a corto y a largo plazo.

Entre estos efectos podemos observar:

- enfermedad del corazón
- problemas con las grasas del cuerpo
- resistencia a la insulina y desarrollo de diabetes
- enfermedad del hígado
- presión alta

Además de todos los efectos físicos que observamos como consecuencia de la obesidad, ocurren también efectos emocionales. **Se ha observado que los niños obesos sufren en muchas ocasiones:**

- pobre salud emocional
- baja autoestima
- depresión
- acoso escolar

Recientemente la Academia Americana de Pediatría ha publicado las nuevas guías para la evaluación y tratamiento de obesidad en la edad pediátrica.

Reconociendo la seriedad de la obesidad en la población pediátrica, se recomienda evaluar y monitorear cuidadosamente el peso del niño.

Esperar a ver qué ocurre con el peso ya no es una opción, pues es necesario realizar cambios que impacten positivamente.

Esto debe hacerse tomando en cuenta no solo al niño, sino la familia, el ambiente escolar, la comunidad, entre otros.

Un equipo de varias disciplinas como el pediatra, enfermero, nutricionista, psicólogo, trabajador social deben estar involucrados en el cuidado del niño con obesidad.



ES IMPORTANTE:

- Evaluación cuidadosa y monitoreo constante del peso del niño
- Cambios en estilos de vida
- Nutrición saludable
- Promoción de actividad física

Aquellos adolescentes con obesidad severa que están a riesgo de complicaciones serias y hasta la muerte, deberán ser evaluados para determinar si cumplen con los criterios para ser tratados con medicamentos o cirugía bariátrica.

Es necesario que todo niño o adolescente se mantenga siempre en evaluación con su pediatra primario. Éste hará las intervenciones necesarias como parte de la evaluación y tratamiento de obesidad.

Referencias:
https://publications.aap.org/pediatrics/article/151/2/e2022060640/190443/



Mensaje del Presidente

Reciban un cordial saludo.

Con mucho entusiasmo le presentamos la primera edición del año 2023 de la revista Mi Pediatra de la Sociedad Puertorriqueña de Pediatría (SPP).

La SPP continúa con su misión desarrollando e implementando estrategias de comunicación social enfocadas en orientar y diseminar información educativa, de prevención y de mantener la calidad de vida de la población pediátrica en Puerto Rico. Continuaremos reforzando la Revista Mi Pediatra y otros foros, tales como en Facebook (Mi Pediatra-Sociedad Puertorriqueña de Pediatría) para esto fines.

Les exhorto a leer los artículos de interés que les presentamos en nuestra revista desarrollados por pediatras y subespecialistas locales. En esta edición encontrarás temas tales como fiebre continua, tos y jarabes, convulsiones y tartamudez entre otros de sumo interés. Puede acceder la misma digitalmente al link www.revistamipediatrapr.com.

También te exhorto a entrar a nuestro nuevo portal www.mipediatrasabe.com donde no solo encontrarás la revista y otras aéreas de interés relacionada a la salud de tus hijos.

Hoy, una vez más los pediatras y la población pediátrica de Puerto Rico contará con una Sociedad Puertorriqueña de Pediatría lista y preparada para decir presente en los tiempos en que vivimos.

¡Disfrútala!

¡Ser Miembro de la Sociedad vale la Pena ...Y hacemos la Diferencia!
¡Mi Pediatra es Miembro de la SPP!

Gerardo J. Tosca Claudio, MD, FAAP
Presidente Electo, Sociedad Puertorriqueña de Pediatría

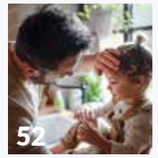
Revista Mi Pediatra
SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA
Edición 33













CONTENIDO

05 / Conversando con Mi Pediatra: Obesidad

08 / ¿Cómo proteger a nuestros niños de las quemaduras del sol?

12 / Protejamos a nuestros niños de las lesciones no intencionales

16 / Mi niño tiene mucha tos: ¿Debo darle un jarabe?

18 / Cuando un niño convulsa por primera vez

28 / ¿Cómo sé si un campamento de verano es apropiado para mi niño?

31 / COVID-19 y el refuerzo bivalente

33 / ¿Conoces lo qué es la intususcepción?

35 / Cómo enfrentar la muerte de un niño con necesidades especiales: los cuidados paliativos pediátricos

39 / Actividad física en la edad pediátrica para una niñez saludable

41 / ¿Necesitará braces mi niño?: ¿Cuándo, quién y por qué?

43 / Le veo la mano hinchada: ¿Es alérgico a las picadas?

41 / ¿Necesitará braces mi niño?: ¿Cuándo, quién y por qué?

45 / El cuidado del recién nacido con labio leporino

48 / Hemangiomas infantiles en el recién nacido: ¿Cuándo debemos preocuparnos?

50 / Mi niño tiene tartamudez: ¡No entiendo!

52 / Mi nene tiene fiebre hace muchos días: ¿Será Síndrome de Kawasaki?

54 / Viviendo con niños zombies y el sobre uso de dispositivos electrónicos

JUNTA EDITORA DE LA REVISTA

Nerian Ortiz, MD FAAP
Ana Medina, MD FAAP
Wilfredo De Jesús, MD FAAP

JUNTA DE LA SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA

Dr. Gerardo Tosca Claudio, Presidente 2022-2024
Dra. Carmen I. Suárez Martinez, Pasada Presidenta
Dra. Mariely Agosto Pérez, Presidenta Electa
Dra. Yasmin Pedrogo Rodríguez, Tesorero
Dra. Tamara Riboul Flambert, Secretaria
Dr. Ricardo García de Jesús, Vocal
Dra. Milagros Martín de Pumarejo, Vocal
Dra. Nerian Ortiz Matos, Vocal
Dra. Ana Barletta Rodríguez, Asesora
Dra. Iris Cardona Genera, Asesora
Dra. Ángela Suárez Báez, Asesora

VENTAS

Diana M. Benítez

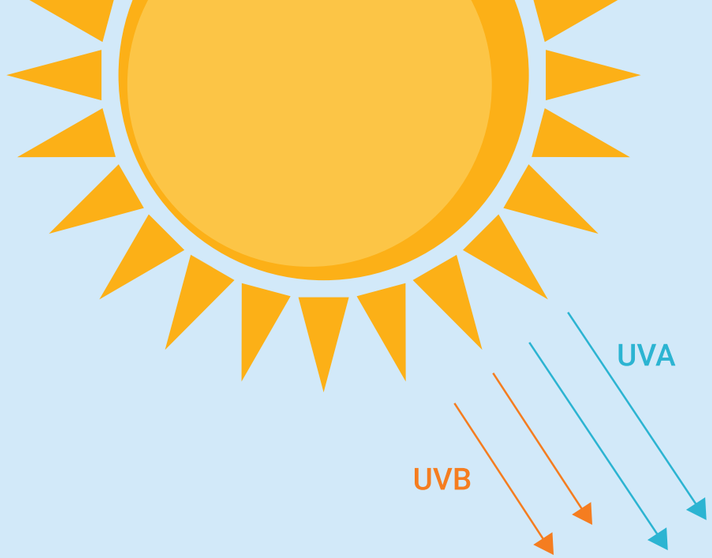
DISEÑO GRÁFICO

Aysha M. Berrios

¿Cómo proteger a nuestros niños de LAS QUEMADURAS DEL SOL?



Por: Indira Enid Barbosa Ríos, MD
Departamento de Pediatría
Hospital Municipal de San Juan



La mayor parte del tiempo, estamos todos expuestos a los rayos del sol: ya sea en los parques, paseos al aire libre, estar dentro de una propiedad en la que entre la luz por la ventana, en playas y piscinas, hasta los días nublados, entre otros. Hay muchas maneras para prevenir el daño que puede causar los rayos del sol, ya que éste puede ser perjudicial para la piel, especialmente para los menores de edad.



A continuación compartiré una guía de diferentes maneras en las que podemos proteger a nuestros niños de las quemaduras del sol:

ROPA PROTECTORA
Utilizar ropa ligera que el sol no traspase la tela o prendas que tengan en la etiqueta factor de protección UV.

GAFAS DE SOL
Utilice y busque gafas de sol con protección UV de al menos 99 % para usted y para su hijo.

SOMBRILLA
Busque siempre la sombra ya sea bajo una sombrilla, bajo un árbol, o techo.

SOMBRERO
Utilizar sombrero de ala ancha que cubra alrededor para proteger la cara, las orejas y la parte posterior del cuello.

BLOQUEADOR SOLAR
Limite la exposición al sol entre las 10:00 a.m. y las 4:00 p.m. y utilice bloqueador solar con SPF de 30 a 50. Aunque utilizar cualquier SPF es mejor que nada.



¿CÓMO APLICAR EL PROTECTOR SOLAR?

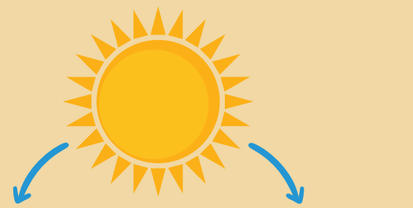
Debe utilizar suficiente cantidad de protector solar para proteger todas las áreas del cuerpo expuestas al sol. Es importante que el protector solar de amplio espectro se aplique de 15 a 30 minutos antes de exponerse al sol para que este se absorba y haga su función.

El bloqueador solar debe de aplicarse cada 2 horas especialmente luego de mojarse la piel por sudor o agua, preferiblemente que contenga óxido de zinc y/o dióxido de titanio.

CONSEJO: Siempre lleve consigo bloqueador solar y envíele en el bulto de la escuela y campamento de su hijo/hija.

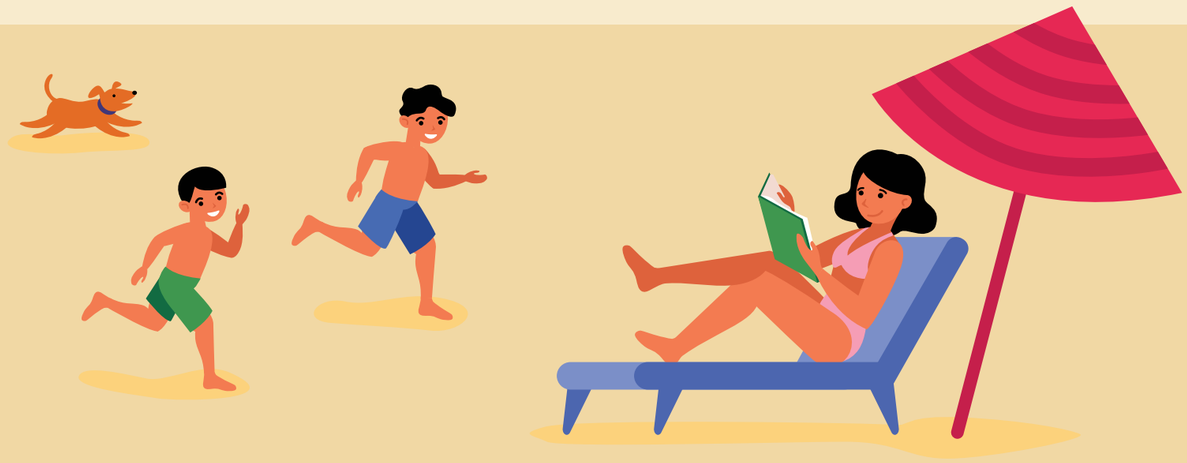
¿Sabías que los niños tienen la piel más sensible que la de los adultos y que por cada quemadura que tengan por el sol puede aumentar su riesgo de tener condiciones y hasta cáncer en la piel al pasar los años?

- Recuerda siempre mantener a los bebés menores de 6 meses de edad alejados de la luz solar directa. La Academia Americana de Pediatría no recomienda la exposición directa al sol a los bebés nacidos ni siquiera para bajar los niveles de bilirrubina alta ya que puede ocasionar quemaduras serias.
- Es importante promover prácticas de protección solar para toda la familia, ya que esto puede ayudar a que se vuelva un hábito y todos se protejan adecuadamente del sol.



UVA
Causa arrugas y envejecimiento.
Afecta la segunda capa de la piel.

UVB
Causa quemaduras en la piel.
Afecta la primera capa de la piel.



¿CÓMO SABER SI SU HIJO TIENE ALGUNA QUEMADURA POR EL SOL?

- Las quemaduras por el sol son evidentes cuando se experimenta marcas de las mangas, pantalones, traje de baño en la piel.
- **Se considera una quemadura de primer grado** cuando hay enrojecimiento de la piel y ésta muestra señales de bronceado, lo que significa demasiada exposición a los rayos UVB del sol.
- Existen quemaduras más severas en la cual se forman ampollas, hay ardor, inflamación, se muda la piel, entre otras.

¿Qué hacer si su hijo tiene alguna quemadura por el sol?

- Si su hijo o hija sufre alguna quemadura del sol y tiene menos de 1 año de edad, debe llamar a su médico inmediatamente.
- También es importante que evalúen al niño o niña si tiene fiebre, ampollas en la piel, o dolor.

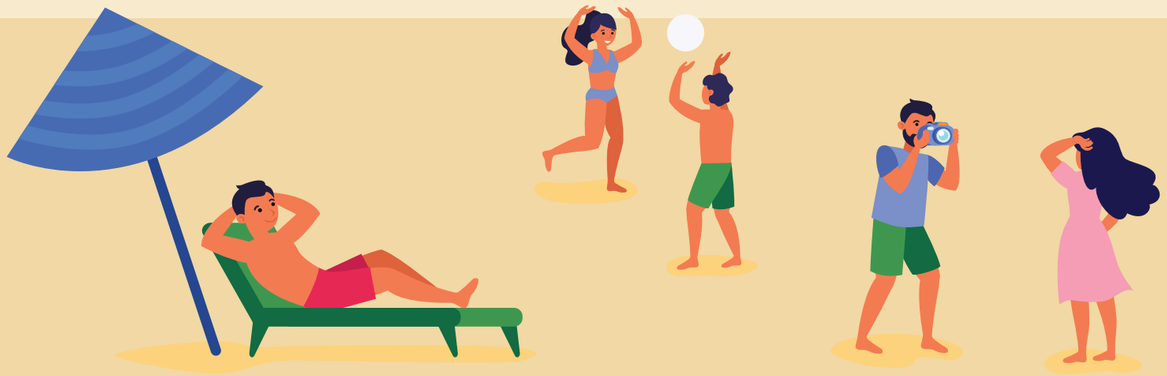
¿Qué puedo hacer en casa para aliviar las quemaduras no severas por el sol?

- Tener a su hijo o hija bien hidratado/a, lavar la piel con agua fría para aliviar la molestia, puede darle algún analgésico como acetaminofén y si es mayor de 6 meses puede utilizar acetaminofén o ibuprofeno.
- Debe evitar perfumes y cremas no recomendadas por su médico en el área de la quemadura.
- Mantener al niño o niña alejado/a del sol hasta que sane completamente.





Es importante para ustedes y para sus hijos hacer actividades al aire libre, ya sea haciendo ejercicios, juegos, etc., pero lo más importante es hacerlo de una forma segura, protegiéndose usted y su familia contra las quemaduras del sol.



Referencias:
https://www.healthychildren.org/Spanish/safety-prevention/at-play/Paginas/Sun-Safety.aspx



PROTEJAMOS A NUESTROS NIÑOS DE LAS LESIONES NO INTENCIONALES





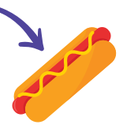

Por: Adriana Cardona Cruz, MD[1] & Luis R. Vilanova-Velez, MD[2]
Departamento de Pediatría[1] y Medicina Interna[2]
Escuela de Medicina RCM

LAS LESIONES NO INTENCIONALES SON AQUELLAS QUE OCURREN SIN INTENCIÓN PREDETERMINADA. LAMENTABLEMENTE, SON LAS CAUSAS MÁS COMUNES DE MUERTE Y DISCAPACIDAD EN NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS.

Ejemplos incluyen ahogamiento, atragantamiento y caídas,sobre las cuáles abundaremos a continuación y les proveeremos algunos consejos sobre cómo prevenirlas.

Atragantamiento

La mitad de los episodios de atragantamiento ocurren por alimentos tales como:



- hot dogs
- nueces
- pedazos de carne
- frutas y vegetales
- dulces duros o pegajosos
- popcorn
- mantequilla de maní o goma de mascar

Para prevenirlo, se recomienda cortar los pedazos en un tamaño menor de media pulgada.

Supervise el tiempo de alimentación.

Promueva que el niño mastique su comida completamente y que permanezca sentado mientras come.



Los niños también pueden atragantarse con objetos pequeños, tales como monedas, botones, juguetes pequeños, canicas, globos, bandas de goma, tapas de bolígrafos, baterías, magnetos, etc.

Para prevenirlo, revise debajo de los muebles y cojines por estos objetos. Evite que su niño utilice juguetes que no son diseñados para su edad.

Además, preste atención a las acciones de sus niños mayores ya que incidentes de atragantamiento pueden ocurrir luego de que un niño mayor le da un objeto o alimento no apto a un niño menor.



Ahogamiento

Lamentablemente, el ahogamiento es la principal causa de muerte no intencional en niños de 1-4 años.

Los menores más a riesgo son aquellos en cuyo ambiente pudiesen tener acceso a cuerpos de agua como, por ejemplo, piscinas, bañeras, cubos de limpieza, fuentes, playa o ríos.



Para proteger a su niño, verifique el peligro de agua en casa y otros lugares que frecuente.

Enseñe a los niños mayores y otros familiares a siempre cerrar la puerta luego de salir. Si el niño está cerca del cuerpo de agua, debe proveer supervisión constante. Evite distracciones, como utilizar el celular, trabajar en el jardín o tomar alcohol.

Es esencial mantener la supervisión de tacto, es decir, debe mantenerse a un brazo de distancia del niño. Si su niño no sabe nadar, siempre debe utilizar un salvavidas.

Las clases de natación se deben comenzar tan pronto considere que su niño está preparado.



Los niños también pueden ahogarse en envases llenos de agua.



Evite el acceso inesperado y no-supervisado al agua.

Para ello, se recomienda colocar una verja que rodee la piscina completamente, que sea al menos 4 pies de alto, que no tenga abertura o espacio debajo o rejillas con espacio entre sí de más de 4 pulgadas.

La verja debe tener un portón que se cierre automáticamente y con el pestillo al menos 54 pulgadas sobre el suelo.

La verja debe tener un portón que se cierre automáticamente y con el pestillo al menos 54 pulgadas sobre el suelo.

En adición, evite que su niño salga inesperadamente de la casa utilizando portones de seguridad y cubra los seguros.



Por esto, vacíelos inmediatamente luego de terminar de utilizarlos, incluyendo baldes, neveras, envases de agua de mascotas y basureros.

Evite el acceso no-supervisado al baño. Los niños pequeños se pueden tropezar y caer de frente dentro del inodoro o bañera llena.

Utilice seguros y cubiertas de seguros para mantener los baños e inodoros cerrados cuando no esté utilizándolos.

Siempre asegúrese que remueve el tapón del drenaje de la bañera.

Caídas y uso del casco protector

Andar en bicicleta, patines o scooter puede ser muy divertido y una buena forma de que sus niños se ejerciten.

Sin embargo, las caídas pueden ser muy peligrosas. De acuerdo al Centro para el Control y Prevención de Enfermedades Infecciosas (CDC), en el 2020 ocurrieron 136,765 lesiones no fatales y 102 fatales en menores utilizando una bicicleta.

Los varones de 10 a 14 años son los más a riesgo.

Queremos que nuestros niños se diviertan de forma segura. Para ello, es esencial el uso de un casco protector certificado por la Comisión de Seguridad de Productos para el Consumidor.

Estos cascos siempre están identificados y se pueden adquirir en tiendas de bicicletas, tiendas por departamento y jugueterías.

Nunca compre un casco usado o revenda el suyo, ya que puede ser demasiado viejo o haber estado envuelto en una caída y ya no ser seguro.



Al colocarle el casco a su niño, asegúrese que queda exactamente sobre la parte superior de la cabeza y que cubre la parte superior de la frente.

- Al mirar hacia arriba, su hijo debe poder ver la parte anterior del casco.
- El mismo debe quedar paralelo al piso cuando el niño tiene la cabeza derecha.
- La correa debe estar ajustada sobre el mentón.
- El casco es de tamaño correcto y está bien puesto si queda fijo en la cabeza y no se mueve hacia ningún lado al mover la misma.
- Cualquier casco que haya utilizado un niño que haya sufrido una caída seria, debe ser reemplazado por uno nuevo aunque se vea intacto.

Para lograr que los niños utilicen rutinariamente su casco, fomente el uso consistente desde pequeños. Dé el ejemplo utilizándolo también. En adición, explíquele a los niños la importancia de usar el casco, involúcrelo en la selección y decoración del mismo y elógiele cada vez que lo utilice.

Las caídas y trauma a la cabeza pueden ocurrir en cualquier momento y son causas comunes de visitas a las salas de emergencias. Por tal razón, el casco debe ser utilizado siempre.

Referencias:

Cómo lograr que sus niños usen los cascos para bicicleta. (2022). Healthychildren.org.

https://www.healthychildren.org/Spanish/safety-prevention/at-play/paginas/how-to-get-your-child-to-wear-a-bicycle-helmet.aspx. Accessed on 01/30/23.
Drowning Prevention for Curious Toddlers: What Parents Need to Know. (2019) Healthychildren.org.

https://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/at-play/Pages/Water-Safety-And-Young-

Abbott

Manejado con Cuidado



Estamos enfocados en la seguridad y disponibilidad de nuestro producto para apoyarte a ti y a tu familia, luego del reto para adquirir fórmulas infantiles.

Comprometidos con apoyarte en el cuidado de tu familia contamos con EleCare®, fórmula hipoalergénica a base de aminoácidos, nutricionalmente completas, para bebés con alergias a alimentos y condiciones gastrointestinales.

¡AHORA DISPONIBLE!



Calidad & Seguridad

DISPONIBLE EN WIC® PUERTO RICO†

- Cumplimos y excedemos requisitos regulatorios
- Realizamos cientos de controles de calidad y seguridad
- Trabajamos hacia un nuevo estándar en fórmula infantil

EleCare®

* WIC es una marca registrada del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA por sus siglas en inglés) y una abreviación del Programa Especial de Suplementación Nutricional para Mujeres, Infantes y Niños. No se implica ningún endoso a marcas o productos por el USDA. † Requiere documentación médica. ©2022 Abbott Laboratories ANAPRELE202224054 Octubre, 2022.



MI NIÑO TIENE MUCHA TOS: *¿DEBO DARLE UN JARABE?*




Por: Josué Sierra-Ortiz, BS &
Wilfredo De Jesús Rojas, MD, FAAP, MSc
Neumología Pediátrica
Ponce Health Sciences University

La tos es un síntoma con el que todos hemos tenido que lidiar cuando los niños están enfermos. Así que comenzamos a preguntar a nuestros amigos, familiares y vecinos: ¿qué podemos hacer? Hasta que alguien nos contesta: ¡Dale un jarabe! ¿Será esto correcto?

- Desde hace muchos años, los jarabes son utilizados para tratar los síntomas asociados al catarro, tales como la congestión y la tos.
- Estos jarabes se pueden conseguir en cualquier farmacia sin receta médica y contienen un sinnúmero de ingredientes que pudieran ser perjudiciales para la salud de nuestros pequeños.
- Entre los ingredientes se pueden encontrar dextrometorfano, levodropropizina, antihistamínicos, entre otros.

¿QUÉ TAN SEGUROS SON LOS JARABES?

Múltiples estudios han confirmado efectos secundarios como taquicardia, somnolencia, alucinaciones, convulsiones, coma y hasta la muerte.

En especial esto puede ocurrir cuando se administra más de lo indicado o se utilizan en menores de seis años.

¿CUÁNDO DEBO UTILIZARLOS?

Si su hijo tiene una tos significativa que le impide comer, dormir, ir al centro de cuido o a la escuela; debe llevarlo a su pediatra.
En estos casos el pediatra, luego de evaluarlo, considerará el mejor tratamiento para su niño.

¿CUÁNDO ESTÁN CONTRAINDICADOS?

Se deben evitar los jarabes si su niño es menor de seis años, tiene problemas del corazón o de la tiroides, padece de estreñimiento o tiene problemas con la vejiga.

¿QUÉ RECOMIENDA LA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRÍA?

La AAP por sus siglas en inglés, recomienda evitar el uso de jarabes para la tos, especialmente en menores de seis años. En adición, no hay evidencia científica que demuestre que los jarabes realmente funcionen y sí hay evidencia de algunos efectos secundarios.



EN RESUMEN, SI SU HIJO TIENE MUCHA TOS, ¿QUÉ DEBE HACER? PRIMERO, PREGÚNTESE ¿LA TOS LE IMPIDE COMER, DORMIR O IR A LA ESCUELA?

SI SU RESPUESTA ES SÍ, VISITE AL PEDIATRA. Será necesario evaluarlo para identificar la causa de la tos y poder ofrecerle recomendaciones de tratamiento.

- Es importante mantener a su hijo hidratado.
- Si tiene fiebre, debe tratarlo con acetaminofén. La dosis dependerá de la edad y peso de su pequeño.
- La tos, si es causada por un cuadro infeccioso, que es lo más común, puede durar hasta semanas y no hay evidencia científica que demuestre que el jarabe acorte la enfermedad o le disminuya la tos.



Por otro lado, recuerde que hay evidencia de que estos jarabes pueden ocasionar efectos adversos.

Por último, si tiene dudas o necesita algún consejo, puede comunicarse con su pediatra.

EL PEDIATRA PUEDE EXPLICARLE Y COORDINAR UN PLAN PARA AYUDAR A SU HIJO DURANTE SU ENFERMEDAD Y QUE LOS MEDICAMENTOS SE UTILICEN CON SUPERVISIÓN MÉDICA Y UN BUEN SEGUIMIENTO.

Referencias:

Green, J. L., Wang, G. S., Reynolds, K. M., Banner, W., Bond, G. R., Kauffman, R. E., Palmer, R. B., Paul, I. M., & Dart, R. C. (2017). Safety Profile of Cough and Cold Medication Use in Pediatrics. Pediatrics, 139(6). https://doi.org/10.1542/peds.2016-3070

Lam, S. H. F., Homme, J., Avarello, J., Heins, A., Pauze, D., Mace, S., Dietrich, A., Stoner, M., Chumpitazi, C. E., & Saidinejad, M. (2021). Use of antitussive medications in acute cough in young children. Journal of the American College of Emergency Physicians Open, 2(3). https://doi.org/10.1002/emp2.12467

Lowry, J. A., & Leeder, J. S. (2015). Over-the-Counter Medications: Update on Cough and Cold Preparations. Pediatrics in Review, 36(7), 286–298. https://doi.org/10.1542/pir.36-7-286



CUANDO UN NIÑO CONVULSA POR PRIMERA VEZ



Por: Marisel Vázquez Correa, MD
Neurología Pediátrica
Depto. de Pediatría RCM

¿QUÉ ES UNA CONVULSIÓN?

Una convulsión es un evento paroxísmico o repentino que puede ser aterrador y causar desesperación a quién lo presencia y que cambia la vida del paciente y de la familia.

SÍNTOMAS:

Los síntomas varían y pueden incluir sacudidas de alguna parte o de todo el cuerpo, posturas anormales, mirar fijo, confundirse, notar sensaciones raras en partes del cuerpo o tener sentimientos inusuales (sentirse muy asustado sin razón).

EPIDEMIOLOGÍA:

Datos epidemiológicos reportan que aproximadamente 4-5% de todos los niños experimentarán en algún momento una convulsión.

El riesgo de recurrencia después de un primer episodio no provocado es 45 a 50%.

¿ES O NO ES UNA CONVULSIÓN?

El primer reto en la evaluación es determinar si realmente fue una convulsión. Hay varios desórdenes comunes en la niñez que pueden confundirse con una convulsión. Entre éstos podemos mencionar síncope o desmayos, espasmos de sollozo, tics motores, terrores nocturnos, mioclonía benigna del sueño y otros.

Una descripción acertiva del evento por la persona que lo presenció ayuda al médico a aclarar estas dudas.

¿QUÉ CAUSA LAS CONVULSIONES? ¿FUÉ PROVOCADA O NO PROVOCADA?

- **Convulsiones provocadas** pueden incluir convulsiones por fiebre, intoxicación, convulsiones inmediatas después de un trauma a cerebro, asociadas a una infección de sisterma nervioso (meningitis).

  Éstas no necesariamente tienen riesgo de recurrencia y de desarrollo ulterior de epilepsia.

- **Causas no provocadas** tienen un riesgo más alto de recurrencia y pueden ser la primera presentación de la condición crónica de epilepsia.

  Las causas de convulsiones no provocadas incluyen predisposición genética, consecuencias de insultos neurológicas previos, malformaciones de sistema nervioso central.

EVALUACIÓN Y POSIBLES TRATAMIENTOS

1. Obtener un historial detallado
2. Exámen físico y neurológico
3. Pruebas de sangre
4. Neuroimagen (CT y/o MRI)
5. Electroelcefalograma (EEG)
6. Consulta a Neurólogo Pediátrico

- **UNA VEZ EL NIÑO SEA EVALUADO POR SU PEDIATRA O POR EN UNA SALA DE EMERGENCIAS, ÉSTE LO REFERIRÁ AL NEURÓLOGO PEDIÁTRICO.**

- Si el paciente llega a sala de emergencias aún convulsando se activará protocolo de tratamiento que incluye varias opciones de medicamentos que se administrarán por la vena del niño. A nivel de sala de emergencias se obtienen laboratorios, según indicados, para descartar infección o intoxicación. Hay ocasiones en que si se sospecha una infección de sistema nervioso se considerará una punción lumbar para analizar el liquido cefaloraquídeo.

- Luego de un primer evento de convulsión se considera un estudio de **neuroimagen** que puede incluir un CT en la sala de emergencia.

- **Una vez el paciente esté estable,** neurología recomendará realizar de forma ambulatoria un estudio de neuroimagen más comprensivo llamado Resonancia Magnética (MRI).

- **El electroencefalograma (EEG)** será extremadamente útil para identificar el tipo de convulsión, añadir detalles para una clasificación adecuada del evento y ayudará a predecir el pronóstico a largo plazo. En este estudio se registran las ondas cerebrales colocando unos electrodos en el cuero cabelludo.

- **EL EEG USUALMENTE SE RECOMIENDA REALIZARLO PREFERIBLEMENTE ENTRE 7 A 10 DÍAS DE ESE PRIMER EVENTO.**

FACTORES DE RIESGO PARA RECURRENCIA:

La mayoría de los niños que presentan convulsiones no provocadas por primera vez no van a tener recurrencia de convulsiones. Por lo tanto, un primer evento de convulsión no justifica el uso diario de medicamentos.

Los medicamentos para convulsiones van a reducir el riesgo de recurrencia pero no hay evidencia científica de que alteren el curso natural del desorden convulsivo.

La etiología de la convulsión es el factor de riesgo más importante para cuando consideramos riesgo de recurrencia de un primer evento.

Su médico discutirá con los cuidadores y/o el paciente (si aplica) las opciones de manejo.



CONSEJOS PARA LOS PADRES

Recomendaciones de manejo cuando el paciente este convulsando:



ACOSTARLO DE COSTADO



MANTENERLO ALEJADO DE PELIGROS POTENCIALES (ESCALERAS U OBJETOS PUNZANTES)



NO DEBE AGARRARLO, NO INTRODUCIR NADA EN LA BOCA NI INTENTAR SUJETARLE LA LENGUA, HABLE CON CALMA, OBSERVE LOS EVENTOS.



LLEVE CUENTA DE LA DURACIÓN DEL EVENTO.

SI LA CONVULSIÓN DURA MÁS DE 5 MINUTOS DEBE ACUDIR A LA SALA DE EMERGENCIAS MÁS CERCANA.



PRECAUCIONES LUEGO DE UNA PRIMERA CONVULSIÓN:

Evitar cama de literas, prefiera uso de ducha y evite uso de bañera, no bucear, realizar deportes de agua solo con supervisión, evitar deprivación de sueño, use casco protector en actividades de riesgo (correr caballo, patines y bicicleta).

Evite perforaciones en area oral (lengua, labios), mantener las luces encendidas cuando vea TV o utilice computadora, evite uso de bebidas alcohólicas y de bebidas energizantes.

ADOLESCENTES:

Es recomendable mantener una tarjeta con su dirección y teléfono de personas contacto dentro de su cartera .

PARA INFORMACIÓN GENERAL ADICIONAL:

www.epilepsyfoundation.org



YOU CAN HELP FILL THE GAPS IN PROTECTION AGAINST PEDIATRIC INVASIVE PNEUMOCOCCA L DISEASE (IPD)[2,3]

VAXNEUVANCE is CDC recommended for your pediatric patients[1]

VAXNEUVANCE delivered a robust immune response against 15 serotypes following a 4-dose series, including:

- **Comparable immune responses** for 12 shared serotypes found in PCV13
- **43% superior immune response**[a] at series completion vs PCV13 to shared serotype 3—the top cause of IPD in children under 5 years of age in the US (2018-2019)[4]
- Superior immune response for **unique serotypes 22F and 33F**—not covered by PCV13[3]

Randomized controlled trials assessing the clinical efficacy of VAXNEUVANCE compared to PCV13 have not been conducted.



See Study Design (Study 8) described on next page.

[a]At 30 days post dose 4. IgG GMC Ratio vs PCV13, 1.43 (95% CI: 1.30, 1.57).

CDC, Centers for Disease Control and Prevention; CI, confidence interval; GMC, geometric mean concentration (mcg/mL); IgG, Immunoglobulin G; PCV13, 13-valent pneumococcal conjugate vaccine; PCV, pneumococcal conjugate vaccine.

Indications and Usage

VAXNEUVANCE is indicated for active immunization for the prevention of invasive disease caused by *Streptococcus pneumoniae* serotypes 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 22F, 23F, and 33F in individuals 6 weeks of age and older.

Select Safety Information

Do not administer VAXNEUVANCE to individuals with a severe allergic reaction (eg, anaphylaxis) to any component of VAXNEUVANCE or to diphtheria toxoid.

Some individuals with altered immunocompetence, including those receiving immunosuppressive therapy, may have a reduced immune response to VAXNEUVANCE.

Apnea following intramuscular vaccination has been observed in some infants born prematurely. Vaccination of premature infants should be based on the infant's medical status and the potential benefits and possible risks.

(Select Safety Information continues on the next page)

Vaxneuvance™
Pneumococcal 15-valent Conjugate Vaccine

VAXNEUVANCE HELPS PROTECT YOUR PATIENTS AGAINST KEY SEROTYPES THAT CAUSE IPD[2,5]

VAXNEUVANCE elicited robust immune responses against 15 serotypes following a 4-dose series[a]

Comparable to PCV13 for 12 shared serotypes[a]

1 4 5 6A 6B 7F 9V 14 18C 19A 19F 23F

Superior immunogenicity[a] vs PCV13 for 3 serotypes

Shared serotype: 3

Unique serotypes–not covered by PCV13: 22F 33F

In 2018-2019, **serotype 3 was the #1 cause of IPD** in children under 5 years of age in the US[4]

Serotypes 22F and 33F were in the top 5 IPD-causing serotypes in children aged 5 years and under[4,b]

~ 1 in 4 cases of IPD in children under 5 years of age **are caused by serotypes 3, 22F, and 33F.**[6]

VAXNEUVANCE is the **only** pneumococcal conjugate vaccine for infants that helps protect against serotypes **22F and 33F.**[3,7]

Study Design

Study 8 was a pivotal, double-blind, active comparator-controlled study in which participants were randomized to receive VAXNEUVANCE (N=860) or PCV13 (N=860) in a 4-dose series. The first 3 doses were administered to infants at 2, 4, and 6 months of age and the fourth dose was administered to children at 12 through 15 months of age. Participants also received other licensed pediatric vaccines concomitantly. Immune responses were measured by IgG response rates, IgG GMCs, and OPA GMTs for all 15 serotypes contained in VAXNEUVANCE.

Randomized controlled trials assessing the clinical efficacy of VAXNEUVANCE compared to PCV13 have not been conducted.

[a]Based on IgG GMCs.

[b]As of 2018-2019, the top 5 IPD-causing serotypes in children aged 5 and under are 3, 33F, 22F, 23B, and 15C. Serotypes 15C and 23B are not included in any PCV in the US.[3,4,7,8]

GMC, geometric mean concentration (mcg/mL); GMT, geometric mean titer; IgG, Immunoglobulin G; IPD, invasive pneumococcal disease; OPA, opsonophagocytic activity; PCV13, 13-valent pneumococcal conjugate vaccine.

Select Safety Information *(continued)*

The most commonly reported solicited adverse reactions in children vaccinated at 2, 4, 6, and 12 through 15 months of age, provided as a range across the 4-dose series, were: irritability (57.3% to 63.4%), somnolence (24.2% to 47.5%), injection-site pain (25.9% to 40.3%), fever ≥38.0°C (13.3% to 20.4%), decreased appetite (14.1% to 19.0%), injection-site induration (13.2% to 15.4%), injection-site erythema (13.7% to 21.4%), and injection-site swelling (11.3% to 13.4%).

VACCINATE WITH *VAXNEUVANCE*—START OR SWITCH TODAY

Vaxneuvance™
Pneumococcal 15-valent Conjugate Vaccine

VAXNEUVANCE has the same dosing schedule as PCV13, and is administered as a 4-dose series at 2, 4, 6 and 12 through 15 months of age. Pediatric patients who started on **PCV13 can be switched to VAXNEUVANCE at any point in the series**—allowing for a smooth transition for your practice.[3]

Whether you switch at Dose 2, Dose 3, or Dose 4, expand protection with added coverage of key disease-causing serotypes while maintaining immunogenicity.[2,3,5]

Switch at: DOSE 2 DOSE 3

Finish at: DOSE 4



VAXNEUVANCE is CDC recommended for your pediatric patients.[1]

Choose VAXNEUVANCE and help close the critical gaps in IPD protection.[2,3]

Visit **www.LearnaboutVAXNEUVANCE.com** or contact your local Merck representative to learn more.

CDC, Centers for Disease Control and Prevention; IPD, invasive pneumococcal disease; PCV13, 13-valent pneumococcal conjugate vaccine; PCV, pneumococcal conjugate vaccine.

References: 1. Kobayashi M, Farrar JL, Gierke R, et al. Use of 15-valent pneumococcal conjugate vaccine among US children: updated recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices - United States, 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2022;71(37):1174-1181. doi:10.15585/mmwr.mm7137a3 **2.** Hu T, Weiss T, Owusu-Edusei K, Petigara T. Health and economic burden associated with 15-valent pneumococcal conjugate vaccine serotypes in children in the United States. *J Med Econ*. 2020;23(12):1653-1660. doi:10.1080/13696998.2020.1840216 **3.** Prevnar 13. Prescribing Information. Pfizer; 2019. **4.** Data available on request from Merck & Co., Inc., Professional Services-DAP, WP1-27, PO Box 4, West Point, PA 19486-0004. Please specify information package US-PVC-00623. **5.** Pilishvili T, Gierke R, Farley M, et al. Epidemiology of invasive pneumococcal disease (IPD) following 18 years of pneumococcal conjugate vaccine (PCV) use in the United States. Poster presented at: International Symposium on Pneumococci and Pneumococcal Diseases; June 21-24, 2020; Toronto, Canada. **6.** Gierke R. Current epidemiology of pneumococcal disease and pneumococcal vaccine coverage among children, United States. Slide deck presented at: Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) meeting. February 24, 2022; Atlanta, Georgia. **7.** Gierke R, Wodi P, Kobayashi M. Epidemiology and prevention of vaccine-preventable diseases (Pink Book). 14th edition. Chapter 17: Pneumococcal disease. Centers for Disease Control and Prevention. Last reviewed August 18, 2021. Accessed September 14, 2022. https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/pneumo.html **8.** Prevnar 20. Prescribing Information. Pfizer; 2021.

Select Safety Information *(continued)*

The most commonly reported solicited adverse reactions in children 2 through 17 years of age vaccinated with a single dose were: injection-site pain (54.8%), myalgia (23.7%), injection-site swelling (20.9%), injection-site erythema (19.2%), fatigue (15.8%), headache (11.9%), and injection-site induration (6.8%).

Vaccination with VAXNEUVANCE may not protect all vaccine recipients.

Please read the adjacent Brief Summary of the Prescribing Information.

MERCK

Copyright © 2022 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA and its affiliates.
All rights reserved. US-PVC-00790 10/22

Brief Summary of the Prescribing Information for VAXNEUVANCE™ (Pneumococcal 15-valent Conjugate Vaccine)

INDICATIONS AND USAGE

VAXNEUVANCE™ is indicated for active immunization for the prevention of invasive disease caused by *Streptococcus pneumoniae* serotypes 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 22F, 23F and 33F in individuals 6 weeks of age and older.

DOSAGE AND ADMINISTRATION

For intramuscular injection only.

Dosage: Each dose of VAXNEUVANCE is 0.5 mL.

Administration

Hold the prefilled syringe horizontally and shake vigorously immediately prior to use to obtain an opalescent suspension. Do not use the vaccine if it cannot be resuspended. Parenteral drug products should be inspected visually for particulate matter and discoloration prior to administration, whenever solution and container permit. Do not use if particulate matter or discoloration is observed.

CONTRAINDICATIONS

Do not administer VAXNEUVANCE to individuals with a severe allergic reaction (e.g., anaphylaxis) to any component of VAXNEUVANCE or to diphtheria toxoid.

WARNINGS AND PRECAUTIONS

Management of Allergic Reactions: Appropriate medical treatment to manage allergic reactions must be immediately available in the event an acute anaphylactic reaction occurs following administration of VAXNEUVANCE.

Altered Immunocompetence: Some individuals with altered immunocompetence, including those receiving immunosuppressive therapy, may have a reduced immune response to VAXNEUVANCE.

Apnea in Premature Infants: Apnea following intramuscular vaccination has been observed in some infants born prematurely. A decision about when to administer VAXNEUVANCE to infants born prematurely should be based on consideration of the individual infant's medical status and the potential benefits and possible risks of vaccination.

ADVERSE REACTIONS

Clinical Trials Experience: Because clinical trials are conducted under widely varying conditions, adverse reaction rates observed in the clinical trials of a vaccine cannot be directly compared to rates in the clinical trials of another vaccine and may not reflect the rates observed in practice.

The most commonly reported solicited adverse reactions in children vaccinated with a 4-dose series at 2, 4, 6, and 12 through 15 months of age, provided as a range across the series, were: irritability (57.3% to 63.4%), somnolence (24.2% to 47.5%), injection-site pain (25.9% to 40.3%), fever ≥38.0°C (13.3% to 20.4%), decreased appetite (14.1% to 19.0%), injection-site induration (13.2% to 15.4%), injection-site erythema (13.7% to 21.4%) and injection-site swelling (11.3% to 13.4%).

The most commonly reported solicited adverse reactions in children and adolescents 2 through 17 years of age vaccinated with a single dose were: injection-site pain (54.8%), myalgia (23.7%), injection-site swelling (20.9%), injection-site erythema (19.2%), fatigue (15.8%), headache (11.9%) and injection-site induration (6.8%).

The most commonly reported solicited adverse reactions in adults 18 through 49 years of age were: injection-site pain (75.8%), fatigue (34.3%), myalgia (28.8%), headache (26.5%), injection-site swelling (21.7%), injection-site erythema (15.1%) and arthralgia (12.7%).

The most commonly reported solicited adverse reactions in adults 50 years of age and older were: injection-site pain (66.8%), myalgia (26.9%), fatigue (21.5%), headache (18.9%), injection-site swelling (15.4%), injection-site erythema (10.9%) and arthralgia (7.7%).

Clinical Trials Experience in Children 6 Weeks Through 17 Years of Age

Safety Assessment in Children Receiving a 4-Dose Series
The safety of VAXNEUVANCE in healthy infants (6 weeks through 11 months of age) and children (12 months through 15 months of age) was assessed in 4 randomized, double-blind clinical studies (Studies 8-11 (NCT03893448, NCT03620162, NCT03692871 and NCT02987972)) conducted in the Americas, Europe, and Asia Pacific. These studies included 3,349 participants who received at least one dose of a 4-dose series of VAXNEUVANCE, 1,814 participants who received at least one dose of a 4-dose series of Prevnar 13 [Pneumococcal 13-valent Conjugate Vaccine (Diphtheria CRM_{197} Protein)], and 538 participants who received VAXNEUVANCE to complete a 4-dose series of pneumococcal conjugate vaccine initiated with Prevnar 13. In the United States (including Puerto Rico), 2,827 participants received at least one dose of either VAXNEUVANCE or Prevnar 13 and 2,409 participants completed a 4-dose series of either vaccine. Overall, the median age of the participants was 9.0 weeks (6-12 weeks) and 48.6% were female. The racial distribution was as follows: 57.1% were White, 26.4% were Asian, 9.5% were Multi-racial, 4.7% were Black or African American, and 18.8% were of Hispanic or Latino ethnicity. There were no meaningful differences in demographic characteristics across the vaccination groups.

In Studies 8 and 9, Pentacel (Diphtheria and Tetanus Toxoids and Acellular Pertussis Adsorbed, Inactivated Poliovirus and Haemophilus b Conjugate [Tetanus Toxoid Conjugate] Vaccine) (DTaP-IPV-Hib vaccine) for US participants or a non-US-licensed DTaP-IPV-Hib vaccine for non-US participants was administered concomitantly with VAXNEUVANCE at 2, 4 and 6 months of age. RotaTeq (Rotavirus Vaccine, Live, Oral, Pentavalent) and RECOMBIVAX HB (Hepatitis B Vaccine [Recombinant]) were also administered concomitantly at 2, 4, and 6 months of age. M-M-R II (Measles, Mumps, and Rubella Virus Vaccine Live), VAQTA (Hepatitis A Vaccine, Inactivated), VARIVAX (Varicella Virus Vaccine Live), and Hiberix (Haemophilus b Conjugate Vaccine [Tetanus Toxoid Conjugate]) were administered concomitantly with VAXNEUVANCE at 12 through 15 months of age. Study 9 also evaluated the use of VAXNEUVANCE to complete a pneumococcal conjugate vaccine series initiated with Prevnar 13.

Safety was monitored using a Vaccination Report Card (VRC) for up to 14 days postvaccination. Study investigators reviewed the VRC with the participant or participant's legal guardian 15 days postvaccination to ensure consistency with protocol definitions. The analyses presented in Tables 2-3 below reflect the information based on the final assessment by the study investigators. Injection-site adverse events and systemic adverse events were solicited on Day 1 through Day 14 postvaccination. Body temperature was solicited on Day 1 through Day 7 postvaccination via rectal or axillary measurement. Unsolicited adverse events were monitored using the VRC through 14 days postvaccination. The duration of the safety follow-up period for serious adverse events following the last study vaccination was 1 month in Study 11 and 6 months in Studies 8-10.

Solicited Adverse Reactions in Children Receiving a 4-Dose Series
Study 8 was a multicenter, double-blind, active comparator-controlled study that assessed the safety of VAXNEUVANCE when administered as a 4-dose series in children (N=858 received VAXNEUVANCE and N=855 received Prevnar 13). The percentage of US participants with solicited adverse reactions that occurred within 14 days following administration of VAXNEUVANCE or Prevnar 13 are shown in Tables 2-3. Solicited adverse reactions following administration of VAXNEUVANCE lasted a median of 1 day with 90.6% of reactions lasting ≤3 days.

Table 2: Percentage of US Participants with Solicited Local Adverse Reactions in Infants at 2, 4, 6 and 12 through 15 Months of Age After Vaccination (Study 8)*

Dose	Dose 1		Dose 2		Dose 3		Dose 4	
	VAXNEUVANCE (%) N=598	Prevnar 13 (%) N=600	VAXNEUVANCE (%) N=584	Prevnar 13 (%) N=570	VAXNEUVANCE (%) N=559	Prevnar 13 (%) N=540	VAXNEUVANCE (%) N=532	Prevnar 13 (%) N=507
Local Reactions†								
Pain‡								
Any	40.3	39.5	32.0	28.8	30.8	26.9	25.9	25.0
Mild	24.1	23.2	18.7	14.7	17.9	16.7	16.9	16.4
Moderate	14.7	15.2	12.5	13.3	12.3	10.0	8.8	8.7
Severe	1.5	1.2	0.9	0.7	0.5	0.2	0.2	0.0
Induration								
Any	14.0	12.7	13.2	16.1	15.4	16.3	13.7	14.6
≤2.5 cm	11.0	10.0	9.1	11.4	10.7	11.5	7.5	8.5
2.6-7.6 cm	2.8	5.4	4.1	4.7	4.7	4.8	6.2	6.1
>7.6 cm	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Erythema								
Any	13.7	14.7	16.4	22.5	20.4	23.9	21.4	24.1
≤2.5 cm	11.0	10.8	12.7	16.7	15.4	17.4	14.7	16.8
2.6-7.6 cm	2.3	3.5	3.8	5.6	4.8	6.5	6.8	7.1
>7.6 cm	0.3	0.2	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.2
Swelling								
Any	12.9	12.7	13.2	11.4	13.4	10.4	11.3	10.8
≤2.5 cm	9.5	7.2	8.2	6.5	8.6	5.7	5.8	7.3
2.6-7.6 cm	3.2	5.3	4.8	4.6	4.8	4.4	5.5	3.4
>7.6 cm	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

*Study 8 (NCT03893448) was a randomized, double-blind, active comparator-controlled clinical study. Safety was monitored using a Vaccination Report Card (VRC) for up to 14 days postvaccination following each dose. The table represents the final assessment by the study investigators upon review of the VRC 15 days postvaccination, to ensure consistency with protocol definitions.

†Solicited on Day 1 through Day 14 postvaccination following each dose.

‡Mild: awareness of symptoms, but easily tolerated; moderate: definitely acting like something is wrong; severe: extremely distressed or unable to do usual activities.

N=Number of participants vaccinated, including those with missing solicited adverse event data. The percentage of participants with missing solicited adverse event data, provided as a range across the 4-dose series, was 0.8% to 3.9%.

Table 3: Percentage of US Participants with Solicited Systemic Adverse Reactions in Infants at 2, 4, 6 and 12 through 15 Months of Age After Vaccination (Study 8)*

Dose	Dose 1		Dose 2		Dose 3		Dose 4	
	VAXNEUVANCE (%) N=598	Prevnar 13 (%) N=600	VAXNEUVANCE (%) N=584	Prevnar 13 (%) N=570	VAXNEUVANCE (%) N=559	Prevnar 13 (%) N=540	VAXNEUVANCE (%) N=532	Prevnar 13 (%) N=507
Systemic Reactions†								
Irritability‡								
Any	63.4	67.3	57.4	58.1	59.0	55.4	57.3	56.6
Mild	27.3	29.3	23.6	21.9	30.2	28.9	28.0	26.6
Moderate	31.4	33.0	30.0	33.2	25.0	24.4	26.7	27.4
Severe	4.7	5.0	3.6	3.0	3.8	2.0	2.6	2.6
Somnolence‡								
Any	47.5	52.7	35.6	39.3	31.1	30.2	24.2	29.6
Mild	24.2	29.5	20.2	18.8	19.1	16.3	13.9	17.0
Moderate	21.6	21.8	14.6	19.6	11.4	12.8	10.0	11.8
Severe	1.7	1.3	0.9	0.9	0.5	1.1	0.4	0.8
Decreased appetite‡								
Any	18.2	19.0	19.0	16.0	14.1	17.8	17.5	16.4
Mild	11.0	11.2	12.0	8.2	7.5	11.1	9.2	10.7
Moderate	6.7	7.2	7.0	7.4	6.3	6.5	7.9	5.5
Severe	0.5	0.7	0.0	0.4	0.4	0.2	0.4	0.2
Urticaria‡								
Any	1.2	0.8	1.5	1.4	1.1	1.9	3.4	2.6
Mild	0.8	0.5	1.4	0.7	1.1	1.5	1.7	1.2
Moderate	0.2	0.2	0.2	0.7	0.0	0.2	1.5	1.2
Severe	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.2
Fever§¶								
≥38.0°C	18.4	16.4	20.4	21.7	20.0	20.0	13.3	14.0
≥38.0°C to <39.0°C	17.3	15.7	18.5	18.1	17.2	17.2	12.1	13.2
≥39.0°C to <40.0°C	1.0	0.7	1.6	3.4	2.4	2.5	0.8	0.8
≥40.0°C	0.0	0.0	0.4	0.2	0.4	0.2	0.4	0.0

*Study 8 (NCT03893448) was a randomized, double-blind, active comparator-controlled clinical study. Safety was monitored using a Vaccination Report Card (VRC) for up to 14 days postvaccination following each dose. The table represents the final assessment by the study investigators upon review of the VRC 15 days postvaccination, to ensure consistency with protocol definitions.

†Solicited on Day 1 through Day 14 postvaccination following each dose.

‡Mild: awareness of symptoms, but easily tolerated; moderate: definitely acting like something is wrong; severe: extremely distressed or unable to do usual activities.

§Solicited on Day 1 through Day 7 postvaccination following each dose.

¶Percentages reflect the number of participants with temperature data. Following Doses 1-3, rectal temperature measurements were provided for 76.7% to 77.6% of participants and axillary temperature measurements were provided for 22.4% to 23.3% of participants, provided as a range across the doses. Following Dose 4, rectal temperature measurements were provided for 70.6% of participants and axillary temperature measurements were provided for 29.4% of participants.

N=Number of participants vaccinated, including those with missing solicited adverse event data. The percentage of participants with missing solicited adverse event data, provided as a range across the 4-dose series, was 0.8% to 3.9%.

Across Studies 8-10 (excluding participants in Study 9 who received VAXNEUVANCE to complete a pneumococcal conjugate vaccine series initiated with Prevnar 13), the percentage of participants with fever that occurred within 7 days following administration of VAXNEUVANCE or Prevnar 13 is shown in Table 4.

Table 4: Percentage of Participants with Fever in Infants at 2, 4, 6 and 12 through 15 Months of Age After Vaccination (Studies 8-10)*

Dose	Dose 1		Dose 2		Dose 3		Dose 4	
	VAXNEUVANCE (%) N=2,995	Prevnar 13 (%) N=1,458	VAXNEUVANCE (%) N=2,902	Prevnar 13 (%) N=1,394	VAXNEUVANCE (%) N=2,865	Prevnar 13 (%) N=1,344	VAXNEUVANCE (%) N=2,772	Prevnar 13 (%) N=1,287
Fever†								
≥38.0°C	15.2	12.6	19.2	18.3	17.1	16.4	15.2	13.0
≥38.0°C to <39.0°C	14.4	11.7	17.1	15.8	14.6	14.7	12.7	11.4
≥39.0°C to <40.0°C	0.7	0.9	2.0	2.2	2.3	1.6	1.9	1.4
≥40.0°C	0.0	0.0	0.1	0.3	0.2	0.1	0.5	0.2

*Studies 8-10 (NCT03893448, NCT03620162 and NCT03692871) were randomized, double-blind, active comparator-controlled clinical studies. Licensed pediatric vaccines were administered concomitantly according to the study design or local recommended schedule.

†Solicited on Day 1 through Day 7 postvaccination following each dose.

Following Doses 1-3, rectal temperature measurements were provided for 53.2% to 54.9% of participants and axillary temperature measurements were provided for 45.1% to 46.8% of participants, provided as a range across the doses.

Following Dose 4, rectal temperature measurements were provided for 47.0% of participants and axillary temperature measurements were provided for 53.0% of participants.

N=Number of participants with temperature data.

Unsolicited Adverse Reactions in Children Receiving a 4-Dose Series
Across Studies 8-11 (excluding participants in Study 9 who received VAXNEUVANCE to complete a pneumococcal conjugate vaccine series initiated with Prevnar 13), injection-site urticaria within 14 days following each dose of VAXNEUVANCE occurred in up to 0.6% of children. Participants in these studies may have received either US-licensed or non-US licensed concomitant vaccines according to the local recommended schedule.

Serious Adverse Events in Children Receiving a 4-Dose Series
Among children who received VAXNEUVANCE (N=3,349) or Prevnar 13 (N=1,814) across Studies 8-11 (excluding participants in Study 9 who received VAXNEUVANCE to complete a pneumococcal conjugate vaccine series initiated with Prevnar 13), serious adverse events up to 6 months following vaccination with the 4-dose series were reported by 9.6% of VAXNEUVANCE recipients and by 8.9% of Prevnar 13 recipients. Participants in these studies may have received either US-licensed or non-US licensed concomitant vaccines according to the local recommended schedule.

Up to 30 days following completion of Doses 1 through 3, serious adverse events were reported by 4.8% of VAXNEUVANCE recipients and by 5.0% of Prevnar 13 recipients. An adverse reaction of febrile seizure was reported in a 9 week old female (Study 11) one day after receiving VAXNEUVANCE (Dose 1) and recommended infant vaccines. Up to 30 days following Dose 4, serious adverse events were reported by 1.0% of VAXNEUVANCE recipients and by 0.7% of Prevnar 13 recipients.

There were no notable patterns or numerical imbalances between vaccination groups for specific categories of serious adverse events that would suggest a causal relationship to VAXNEUVANCE.

Safety of VAXNEUVANCE When Used to Complete a 4-Dose Pneumococcal Conjugate Vaccine Series Initiated with Prevnar 13
The safety profile observed when VAXNEUVANCE was used to complete a 4-dose pneumococcal conjugate vaccine series initiated with Prevnar 13 was similar to the safety profile following a complete 4-dose regimen of either VAXNEUVANCE or Prevnar 13.

Brief Summary of the Prescribing Information for VAXNEUVANCE™ (Pneumococcal 15-valent Conjugate Vaccine) (*continued*)

Safety Assessment in Infants and Children Receiving Catch-Up Vaccination
The safety of VAXNEUVANCE in healthy infants and children 7 months through 17 years of age was assessed in a double-blind, multi-regional, clinical study (Study 12, NCT03885934). Participants were randomized to receive 1 to 3 doses of VAXNEUVANCE (N=303) or Prevnar 13 (N=303), depending on age at enrollment. All infants and children less than 2 years of age were pneumococcal vaccine-naïve. Among 352 children 2 through 17 years of age, 42.9% had a history of previous vaccination with a lower valency pneumococcal conjugate vaccine. Among participants 7 through 11 months of age, the median age was 8.0 months, 48.4% were female, 82.8% were Asian, 17.2% were White and none were of Hispanic or Latino ethnicity. Among participants 12 through 23 months of age, the median age was 18.0 months, 54.0% were female, 83.3% were Asian, 16.7% were White and 0.8% were of Hispanic or Latino ethnicity. Among participants 2 through 17 years of age, the median age was 4.0 years, 47.7% were female, 66.8% were White, 33.0% were Asian, and none were of Hispanic or Latino ethnicity. The safety assessment was consistent with that used in Studies 8-11, as described above with the exception that in children 3 years of age and older, oral or axillary temperature measurements were obtained. The duration of the safety follow-up period for serious adverse events following the last dose of vaccine within each age cohort was 6 months.

Solicited Adverse Reactions in Children Receiving Catch-Up Vaccination
Among participants 7 through 11 months of age who received 3 doses of VAXNEUVANCE (N=64) or Prevnar 13 (N=64), the percentage of participants reporting solicited local and systemic adverse reactions that occurred within 14 days following any dose (VAXNEUVANCE participants vs. Prevnar 13 participants) were: fever ≥38.0°C (21.9% vs. 14.1%), irritability (32.8% vs. 43.8%), injection-site erythema (28.1% vs. 34.4%), somnolence (21.9% vs. 15.6%), injection-site swelling (18.8% vs. 15.6%), injection-site pain (18.8% vs. 7.8%), injection-site induration (17.2% vs. 14.1%), decreased appetite (15.6% vs. 18.8%) and urticaria (1.6% vs. 4.7%).

Among participants 12 through 23 months of age who received 2 doses of VAXNEUVANCE (N=62) or Prevnar 13 (N=64), the percentage of participants reporting solicited local and systemic adverse reactions that occurred within 14 days following any dose (VAXNEUVANCE participants vs. Prevnar 13 participants) were: fever ≥38.0°C (11.3% vs. 9.4%), irritability (35.5% vs. 21.9%), injection-site pain (33.9% vs. 23.4%), somnolence (24.2% vs. 17.2%), decreased appetite (22.6% vs. 18.8%), injection-site erythema (21.0% vs. 21.9%), injection-site swelling (14.5% vs. 12.5%) and injection-site induration (8.1% vs. 9.4%).

In children 2 through 17 years of age, the percentage of participants with solicited adverse reactions that occurred within 14 days following administration of a single dose of VAXNEUVANCE or Prevnar 13 is shown in Table 5.

Table 5: Percentage of Participants with Solicited Local and Systemic Adverse Reactions in Children and Adolescents 2 Years Through 17 Years of Age Using a Catch Up Vaccination Schedule (Study 12)*

	VAXNEUVANCE (%) N=177	Prevnar 13 (%) N=175
Local Reactions†		
Pain‡		
Any	54.8	56.6
Moderate	27.7	22.9
Severe	4.5	1.7
Swelling		
Any	20.9	24.0
2.6-7.6 cm	10.2	12.0
>7.6 cm	0.0	0.6
Erythema		
Any	19.2	21.1
2.6-7.6 cm	6.2	7.4
>7.6 cm	1.1	0.6
Induration		
Any	6.8	14.9
2.6-7.6 cm	3.4	5.7
>7.6 cm	0.0	0.0
Systemic Reactions†‡		
Myalgia§		
Any	23.7	16.6
Moderate	14.7	6.9
Severe	0.6	0.6
Fatigue§		
Any	15.8	17.1
Moderate	6.2	5.7
Severe	2.8	0.6
Systemic Reactions†‡ (*continued*)		
Headache§		
Any	11.9	13.7
Moderate	6.2	8.6
Severe	0.6	0.6
Somnolence§		
Any	2.8	2.9
Moderate	1.7	1.1
Severe	0.0	0.6
Irritability§		
Any	2.8	4.0
Moderate	0.6	0.6
Severe	0.0	0.0
Decreased appetite§		
Any	2.3	2.9
Moderate	0.6	1.7
Severe	0.0	0.0
Urticaria§		
Any	1.1	1.1
Moderate	0.0	0.0
Severe	0.0	0.0
Fever¶#		
≥38.0°C	4.0	1.7
≥38.0°C to <39.0°C	2.8	1.7
≥39.0°C to <40.0°C	1.1	0.0
≥40.0°C	0.0	0.0

*Study 12 (NCT03885934) was a randomized, double-blind, active comparator-controlled clinical study. Safety was monitored using a Vaccination Report Card (VRC) for up to 14 days postvaccination following each dose. The table represents the final assessment by the study investigators upon review of the VRC 15 days postvaccination, to ensure consistency with protocol definitions.

†For all participants, reactions were solicited on Day 1 through Day 14 postvaccination following each dose.

‡Different systemic adverse events were solicited for participants 2 to <3 years of age than for participants ≥3 to 17 years of age. For participants <3 years of age (VAXNEUVANCE N=32, Prevnar 13 N=28), decreased appetite, irritability, somnolence, and urticaria were solicited from Day 1 through Day 14 following vaccination. For participants ≥3 to 17 years of age, fatigue, headache, myalgia, arthralgia and urticaria were solicited from Day 1 through Day 14 following vaccination; no events of arthralgia were reported in VAXNEUVANCE recipients.

§Moderate: definitely acting like something is wrong; severe: extremely distressed or unable to do usual activities.

¶Solicited on Day 1 through Day 7 postvaccination following each dose.

#Percentages reflect the number of participants with temperature data. The percentage of participants 2 to <3 years of age with rectal temperature measurements was 5.0% and with axillary temperature measurements was 95.0%. The percentage of participants ≥3 to 17 years of age with oral temperature measurements was 65.4% and with axillary temperature measurements was 34.6%.

N=Number of participants vaccinated.

Clinical Trials Experience in Adults

Safety Assessment in Clinical Studies
The safety of VAXNEUVANCE was assessed in 7 randomized, double-blind clinical studies conducted in the Americas, Europe and Asia Pacific, in which 5,630 adults 18 years of age and older received VAXNEUVANCE and 1,808 adults received Prevnar 13. In Studies 1-3 (NCT03950622, NCT03950856, and NCT03480763), a total of 3,032 adults 50 years of age and older with no history of pneumococcal vaccination received VAXNEUVANCE and 1,154 participants received Prevnar 13. In Study 4 (NCT03547167), adults 18 through 49 years of age with no history of pneumococcal vaccination, including individuals with increased risk of developing pneumococcal disease, received VAXNEUVANCE (N=1,134) or Prevnar 13 (N=378), followed by PNEUMOVAX 23 six months later. In Study 5 (NCT02573181), adults 65 years of age and older previously vaccinated with PNEUMOVAX 23 (at least 1 year prior to study entry) received VAXNEUVANCE (N=127) or Prevnar 13 (N=126). In Study 6 (NCT03615482), adults 50 years of age and older received VAXNEUVANCE concomitantly with a seasonal inactivated quadrivalent influenza vaccine (Fluarix Quadrivalent; QIV) (Group 1, N=600) or nonconcomitantly 30 days after QIV (Group 2, N=585). In this study population, 20.9% of individuals had a history of prior vaccination with PNEUMOVAX 23. In Study 7 (NCT03480802), HIV-infected adults 18 years of age and older received VAXNEUVANCE (N=152) or Prevnar 13 (N=150), followed by PNEUMOVAX 23 two months later.

The clinical studies included adults with stable underlying medical conditions (e.g., diabetes mellitus, renal disorders, chronic heart disease, chronic liver disease, chronic lung disease including asthma) and/or behavioral risk factors (e.g., smoking, increased alcohol use) that are known to increase the risk of pneumococcal disease. Overall, the mean age of the participants was 58 years and 54.6% were female. The racial distribution was as follows: 72.3% were White, 9.9% were Asian, 8.1% were American Indian or Alaska Native, 7.4% were Black or African American, and 18.1% were of Hispanic or Latino ethnicity.

In all studies, safety was monitored using a Vaccination Report Card (VRC) for up to 14 days postvaccination. Study investigators reviewed the VRC with the participants 15 days postvaccination to ensure consistency with protocol definitions. The analyses presented in Tables 6-8 below reflect the information based on the final assessment by the study investigators. Oral body temperature and injection-site adverse reactions were solicited on Day 1 through Day 5 postvaccination. Systemic adverse reactions were solicited on Day 1 through Day 14 postvaccination. Unsolicited adverse events were reported on Day 1 through Day 14 postvaccination.

The duration of the safety follow-up period for serious adverse events postvaccination with VAXNEUVANCE was 1 month in Study 5; 2 months in Study 7; 6 months in Studies 1, 2, 4 and 6; and 12 months in Study 3.

Solicited Adverse Reactions
The percentage of participants with solicited adverse reactions that occurred within 5 or 14 days following administration of VAXNEUVANCE or Prevnar 13 in 3 studies are shown in Tables 6-8. The majority of solicited adverse reactions lasted ≤3 days.

Table 6: Percentage of Participants with Solicited Local and Systemic Adverse Reactions in Pneumococcal Vaccine-Naïve Adults 50 Years of Age and Older (Study 2)*

	VAXNEUVANCE (%) N=2,103	Prevnar 13 (%) N=230
Local Reactions†		
Pain		
Any	66.8	52.2
Grade 3‡	0.9	0.0
Erythema		
Any	10.9	9.6
>10 cm	0.6	0.4
Swelling		
Any	15.4	14.3
>10 cm	0.2	0.0
Systemic Reactions§		
Fatigue		
Any	21.5	22.2
Grade 3‡	0.7	0.9
Headache		
Any	18.9	18.7
Grade 3‡	0.8	0.0
Myalgia		
Any	26.9	21.7
Grade 3‡	0.4	0.0
Arthralgia		
Any	7.7	5.7
Grade 3‡	0.2	0.0
Fever¶		
≥38.0°C and <38.5°C	0.6	0.4
≥38.5°C and <39.0°C	0.1	0.0
≥39.0°C	0.0	0.0

*Study 2 (NCT03950856) was a randomized (9:1), double-blind, active comparator-controlled, lot to lot consistency study. Safety was monitored using a Vaccination Report Card (VRC) for up to 14 days postvaccination. The table represents the final assessment by the study investigators upon review of the VRC 15 days postvaccination, to ensure consistency with protocol definitions.

†Solicited on Day 1 through Day 5 postvaccination.

‡Any use of narcotic pain reliever or prevents daily activity.

§Solicited on Day 1 through Day 14 postvaccination.

¶Percentages are based on the number of participants with temperature data.

N=Number of participants vaccinated.

Table 7: Percentage of Participants with Solicited Local and Systemic Adverse Reactions in Pneumococcal Vaccine-Naïve Adults 18 to 49 Years of Age With or Without Risk Factors for Pneumococcal Disease (Study 4)*

	VAXNEUVANCE (%) N=1,134	Prevnar 13 (%) N=378
Local Reactions†		
Pain		
Any	75.8	68.8
Grade 3‡	1.1	1.6
Erythema		
Any	15.1	14.0
>10 cm	0.5	0.3
Swelling		
Any	21.7	22.2
>10 cm	0.4	0.5
Systemic Reactions§		
Fatigue		
Any	34.3	36.8
Grade 3‡	1.0	0.8
Headache		
Any	26.5	24.9
Grade 3‡	0.8	0.5
Myalgia		
Any	28.8	26.5
Grade 3‡	0.3	0.5
Arthralgia		
Any	12.7	11.6
Grade 3‡	0.4	0.0
Fever¶		
≥38.0°C and <38.5°C	1.0	0.3
≥38.5°C and <39.0°C	0.3	0.0
≥39.0°C	0.2	0.0

*Study 4 (NCT03547167) was a randomized (3:1), double-blind, descriptive study. Safety was monitored using a Vaccination Report Card (VRC) for up to 14 days postvaccination. The table represents the final assessment by the study investigators upon review of the VRC 15 days postvaccination, to ensure consistency with protocol definitions.

†Solicited on Day 1 through Day 5 postvaccination.

‡Any use of narcotic pain reliever or prevents daily activity.

§Solicited on Day 1 through Day 14 postvaccination.

¶Percentages are based on the number of participants with temperature data.

N=Number of participants vaccinated.

Table 8: Percentage of Participants with Solicited Local and Systemic Adverse Reactions in Adults 65 Years of Age and Older with Previous Pneumococcal Vaccination (Study 5)*

	VAXNEUVANCE (%) N=127	Prevnar 13 (%) N=126
Local Reactions†		
Pain		
Any	55.1	44.4
Grade 3‡	0.8	0.0
Erythema		
Any	7.9	7.1
>10 cm	0.8	0.0
Swelling		
Any	14.2	6.3
>10 cm	0.0	0.0
Systemic Reactions§		
Fatigue		
Any	18.1	19.0
Grade 3‡	0.0	0.0
Headache		
Any	13.4	15.9
Grade 3‡	0.0	0.0
Myalgia		
Any	15.7	11.1
Grade 3‡	0.8	0.0
Arthralgia		
Any	5.5	8.7
Grade 3‡	0.0	0.0
Fever¶		
≥38.0°C and <38.5°C	1.6	0.0
≥38.5°C and <39.0°C	0.0	0.0
≥39.0°C	0.0	0.0

*Study 5 (NCT02573181) was a randomized, double-blind, descriptive study. Safety was monitored using a Vaccination Report Card (VRC) for up to 14 days postvaccination. The table represents the final assessment by the study investigators upon review of the VRC 15 days postvaccination, to ensure consistency with protocol definitions.

†Solicited on Day 1 through Day 5 postvaccination.

‡Any use of narcotic pain reliever or prevents daily activity.

§Solicited on Day 1 through Day 14 postvaccination.

¶Percentages are based on the number of participants with temperature data.

N=Number of participants vaccinated.

Brief Summary of the Prescribing Information for VAXNEUVANCE™ (Pneumococcal 15-valent Conjugate Vaccine) (*continued*)

Unsolicited Adverse Reactions
Across all studies, injection-site pruritus was reported to occur in up to 2.8% of adults vaccinated with VAXNEUVANCE.

Serious Adverse Events
Across all studies, among participants 18 years of age and older who received VAXNEUVANCE (excluding those who received QIV concomitantly; N=5,030) or Prevnar 13 (N=1,808), serious adverse events within 30 days postvaccination were reported by 0.4% of VAXNEUVANCE recipients and by 0.7% of Prevnar 13 recipients. In a subset of these studies, among those who received VAXNEUVANCE (N=4,751) and Prevnar 13 (N=1,532), serious adverse events within 6 months postvaccination were reported by 2.5% of VAXNEUVANCE recipients and by 2.4% of Prevnar 13 recipients.

There were no notable patterns or numerical imbalances between vaccination groups for specific categories of serious adverse events that would suggest a causal relationship to VAXNEUVANCE.

Safety with Concomitant Influenza Vaccine Administration
The safety profile was similar when VAXNEUVANCE was administered with or without inactivated quadrivalent influenza vaccine.

USE IN SPECIFIC POPULATIONS

Pregnancy

Risk Summary

All pregnancies have a background risk of birth defect, loss, or other adverse outcomes. In the U.S. general population, the estimated background risk of major birth defects and miscarriage in clinically recognized pregnancies is 2 to 4% and 15 to 20%, respectively.

There are no adequate and well-controlled studies of VAXNEUVANCE in pregnant women. Available data on VAXNEUVANCE administered to pregnant women are insufficient to inform vaccine-associated risks in pregnancy.

Developmental toxicity studies have been performed in female rats administered a human dose of VAXNEUVANCE on four occasions; twice prior to mating, once during gestation and once during lactation. These studies revealed no evidence of harm to the fetus due to VAXNEUVANCE *[see Animal Data below]*.

Data

Animal Data
Developmental toxicity studies have been performed in female rats. In these studies, female rats received a human dose of VAXNEUVANCE by intramuscular injection on day 28 and day 7 prior to mating, and on gestation day 6 and on lactation day 7. No vaccine related fetal malformations or variations were observed. No adverse effect on pup weight up to post-natal day 21 was noted.

Lactation

Risk Summary

Human data are not available to assess the impact of VAXNEUVANCE on milk production, its presence in breast milk, or its effects on the breastfed child. The developmental and health benefits of breastfeeding should be considered along with the mother's clinical need for VAXNEUVANCE and any potential adverse effects on the breastfed child from VAXNEUVANCE or from the underlying maternal condition. For preventive vaccines, the underlying condition is susceptibility to disease prevented by the vaccine.

Pediatric Use

The safety and effectiveness of VAXNEUVANCE have been established in individuals 6 weeks through 17 years of age. The safety and effectiveness of VAXNEUVANCE in individuals younger than 6 weeks of age have not been established.

Geriatric Use

Of the 4,389 individuals aged 50 years and older who received VAXNEUVANCE, 2,478 (56.5%) were 65 years and older, and 479 (10.9%) were 75 years and older. Overall, there were no clinically meaningful differences in the safety profile or immune responses observed in older individuals (65 to 74 years and 75 years of age and older) when compared to younger individuals.

Individuals at Increased Risk for Pneumococcal Disease

Infants Born Prematurely

The safety and immunogenicity of VAXNEUVANCE were evaluated in preterm infants (<37 weeks gestation at birth) who were randomized to receive a complete 4-dose series of either VAXNEUVANCE (N=142) or Prevnar 13 (N=144) within Study 8, Study 9, and Study 10. Participants in these studies may have received either US-licensed or non-US licensed concomitant vaccines according to the local recommended schedule. In descriptive analyses, serotype-specific immunoglobulin G (IgG) and opsonophagocytic activity (OPA) responses at 30 days postdose 3, predose 4 and at 30 days postdose 4 were numerically similar between vaccination groups for the 13 shared serotypes and higher in VAXNEUVANCE for the 2 unique serotypes. The safety profile of VAXNEUVANCE was similar to the safety profile of Prevnar 13. In addition, the immune responses and safety profile in preterm infants receiving a 4-dose series of VAXNEUVANCE were similar to those observed in term infants in these studies. The effectiveness of VAXNEUVANCE in infants born prematurely has not been established.

Children with Sickle Cell Disease

In a double-blind, descriptive study (Study 13, NCT03731182), the safety and immunogenicity of VAXNEUVANCE were evaluated in children 5 through 17 years of age with sickle cell disease. Participants were randomized 2:1 to receive a single dose of VAXNEUVANCE (N=70) or Prevnar 13 (N=34). Immune responses were assessed by serotype-specific IgG GMCs and OPA GMTs at 30 days postvaccination for all 15 serotypes contained in VAXNEUVANCE. For all vaccine serotypes included in VAXNEUVANCE, serotype-specific IgG GMCs and OPA GMTs were higher following vaccination compared to pre-vaccination. IgG GMCs and OPA GMTs were numerically similar between the two vaccination groups for the 13 shared serotypes and higher in VAXNEUVANCE for serotypes 22F and 33F. The safety profile of VAXNEUVANCE was similar to the safety profile of Prevnar 13. The effectiveness of VAXNEUVANCE in children with sickle cell disease has not been established.

Individuals with HIV Infection

Children with HIV Infection
In a double-blind, descriptive study (Study 14, NCT03921424), the safety and immunogenicity of VAXNEUVANCE were evaluated in HIV-infected children 6 through 17 years of age, with CD4+ T-cell count ≥200 cells per microliter and plasma HIV RNA value <50,000 copies/mL. Participants were randomized to receive a single dose of VAXNEUVANCE (N=203) or Prevnar 13 (N=204), followed by PNEUMOVAX 23 two months later. For all vaccine serotypes included in VAXNEUVANCE, serotype-specific IgG GMCs and OPA GMTs were higher following vaccination compared to pre-vaccination. Serotype-specific IgG GMCs and OPA GMTs were numerically similar for the 13 shared serotypes and higher for the 2 unique serotypes (22F and 33F) at 30 days following vaccination with VAXNEUVANCE or Prevnar 13 and were numerically similar for all 15 serotypes contained in VAXNEUVANCE at 30 days following subsequent vaccination with PNEUMOVAX 23. The safety profile of VAXNEUVANCE was similar to the safety profile of Prevnar 13. The effectiveness of VAXNEUVANCE in HIV-infected children has not been established.

Adults with HIV Infection
In a double-blind, descriptive study (Study 7), the safety and immunogenicity of VAXNEUVANCE were evaluated in pneumococcal vaccine-naïve HIV-infected adults 18 years of age and older, with CD4+ T-cell count ≥50 cells per microliter and plasma HIV RNA value <50,000 copies/mL. Participants were randomized to receive VAXNEUVANCE (N=152) or Prevnar 13 (N=150), followed by PNEUMOVAX 23 two months later. Anti-pneumococcal opsonophagocytic activity (OPA) geometric mean antibody titers (GMTs) were higher after administration of VAXNEUVANCE, compared to pre-vaccination, for the 15 serotypes contained in VAXNEUVANCE. After sequential administration with PNEUMOVAX 23, OPA GMTs observed at 30 days after PNEUMOVAX 23 vaccination were numerically similar between the two vaccination groups for all 15 serotypes contained in VAXNEUVANCE. The safety profile of VAXNEUVANCE was similar to the safety profile of Prevnar 13. The effectiveness of VAXNEUVANCE in HIV-infected adults has not been established.

PATIENT COUNSELING INFORMATION

Advise the patient, parent or guardian to read the FDA-approved patient labeling (Patient Information).

Discuss the following with the patient, parent or guardian:
- Provide the required vaccine information to the patient, parent or guardian.
- Inform the patient, parent or guardian of the benefits and risks associated with vaccination.
- Inform the patient, parent or guardian that vaccination with VAXNEUVANCE may not protect all vaccine recipients.
- Discuss the importance of completing the vaccination series unless contraindicated.
- Instruct the patient, parent or guardian to report any serious adverse reactions to their healthcare provider who in turn should report such events to the vaccine manufacturer or the U.S. Department of Health and Human Services through the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), 1-800-822-7967, or report online at www.vaers.hhs.gov.

For more detailed information, please read the Prescribing Information.

uspi-v114-i-2206r001

Revised: 07/2022

The trademarks depicted herein are owned by their respective companies.

Copyright © 2022 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA and its affiliates. All rights reserved.
US-PVC-00790 10/22

MERCK

¿Cómo sé si un campamento de verano es apropiado para mi niño?



Por: Indira Enid Barbosa Ríos, MD
Residente de Pediatría
Hospital Municipal de San Juan

Al terminar la escuela, muchos padres están en la búsqueda de campamentos de verano para sus hijos. Es importante que los niños puedan participar de éstos para que continúen socializando, creen nuevos vínculos y promuevan su desarrollo emocional y social. Para los padres, esto puede ser una tarea complicada por la disponibilidad, horarios, duración y costos de los mismos.

Existen muchos tipos de campamentos con diferentes objetivos y actividades, tanto para niños como para jóvenes. Lo importante es que el campamento de su elección, tenga las herramientas adecuadas para que sus hijos se sientan cómodos y ustedes también.

¿Cómo sabemos si un campamento es apropiado para tu niño?

Existen muchos beneficios para los niños al participar de un campamento de verano:

- Hacen nuevos amigos
- Fortalecen destrezas y aumenta la autoestima
- Desarrollan nuevas habilidades
- Fomentan la creatividad y participación en diferentes actividades físicas
- Los ayuda a desarrollar liderazgo, carácter, responsabilidad y solidaridad, entre otras cualidades.

Explore las necesidades y preferencias de su hijo. Si le gusta el arte, la robótica, equitación, deportes, etc., trate de escoger un campamento que incluya esas actividades para que se motive a participar.



Es importante que la búsqueda de campamentos se haga con anticipación para que puedan seleccionar el indicado para su hijo.



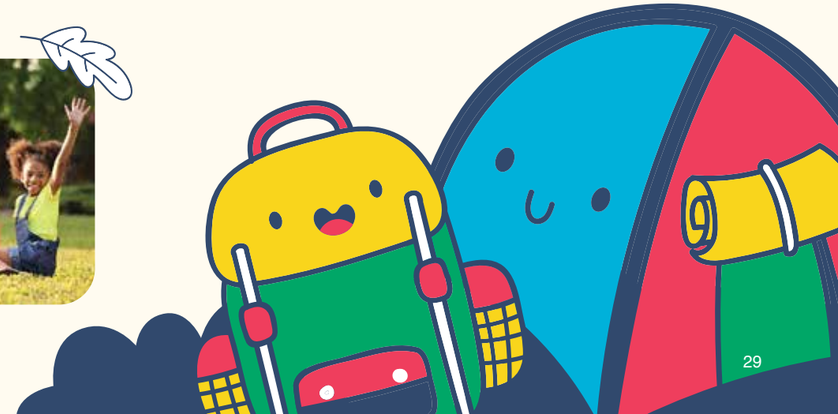
Los campamentos de verano deben seguir la **"Ley del Programa de Licenciamiento y Supervisión de Campamentos Públicos y Privados y de Actividades Deportivas y Recreativas en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico"** Ley Núm. 163 de 9 de agosto de 2016.

Dicha ley reconoce la recreación y el deporte como derechos del pueblo para mejorar la calidad de vida de nuestro país, propiciando un mejor uso del tiempo libre para los niños, niñas, jóvenes, etc., y proveer las condiciones adecuadas de seguridad para toda actividad de recreación y deportes, regulando y fiscalizando dichas actividades, organizaciones o individuos.

La Academia Americana de Pediatría recomienda que al participar de un campamento de verano se sigan las normas de prevención de enfermedades infecciosas, tales como, buena higiene, lavado de manos y si el niño está enfermo no debe asistir al campamento.

- Los pediatras son las personas indicadas para orientar y certificar si su hijo puede participar de un campamento de verano según su historial médico y un examen físico.
- También es importante que su niño y sus cuidadores tengan las vacunas al día para prevenir enfermedades serias.
- Si su hijo padece de alguna condición médica que requiera la administración de medicamentos como insulina, albuterol, e incluso epinefrina en caso de alergias, el equipo de cuidado en el campamento debe estar informado y adiestrado para administrarlos en el momento indicado.
- En el caso de que tenga un niño con alguna necesidad especial, debe asegurarse que el personal del campamento tenga la experiencia para trabajar con la condición.
- Debe explorar si el campamento tiene disponibilidad de enfermeros o si el personal está capacitado para brindar primeros auxilios en el caso de una emergencia.







En muchos campamentos los niños pasan la mayoría del tiempo al aire libre, por eso es importante aplicar bloqueador solar 15 minutos antes de salir de la casa y que se lo re-apliquen cada 2 horas, para evitar quemaduras y daños provocados por el sol.





UNA VEZ TENGA VARIAS OPCIONES DE CAMPAMENTOS, busque referencias de personas que conozcan los mismos, que hayan llevado anteriormente a su hijo para que esto les ayude a tomar una decisión acertada.

ANTES DE ESCOGER EL CAMPAMENTO, siempre asegúrese de hablar con el personal y conocerlo.



SABER DE CUÁNTOS NIÑOS SE COMPONE EL GRUPO, cuántos supervisores hay y sus funciones, y cuáles son sus planes de acción en caso de lesiones o emergencias.

RECUERDA QUE TODOS LOS NIÑOS SON DIFERENTES, así que tenga en cuenta que las opiniones pueden variar.

Es de suma importancia conocer de antemano si su hijo estaría participando de actividades acuáticas en el campamento. Si su hijo no sabe nadar, pueden considerar clases de natación, saber si se ofrecerán en el campamento o si van a tener personal y equipo autorizado para supervisar y proteger a los menores.

Los campamentos pueden ser muy divertidos y sanos para su hijo, lo importante es que nunca se sienta obligado a asistir a un campamento en el que no se sienta cómodo.

La comunicación es importante para que su hijo pueda expresarse y dejarle saber sus intereses y necesidades.



Referencias:

https://bvirtualogp.pr.gov/ogp/Bvirtual/leyesreferencia/PDF/RecrDe/163-2016.pdf
https://www.acacamps.org/
https://www.aap.org/en/news-room/news-releases/aap/2021/aap-offers-updated-guidance-on-summer-camp-safety-for-children/
https://www.healthychildren.org

COVID-19 Y EL REFUERZO BIVALENTE



Por: Ana L. Medina Mateo, MD, FAAP
Pediatra
Sociedad Puertorriqueña de Pediatría

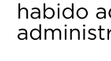
Desde que se declaró la Pandemia de COVID-19 en marzo 11, 2020, hemos tenido que ir aprendiendo continuamente sobre esta enfermedad, el virus que la causa, SARS-CoV-2 y las vacunas que nos protegen.

Las vacunas para protegernos contra esta temible enfermedad se comenzaron a administrar en diciembre 2020. La Revista Mi Pediatra de la Sociedad Puertorriqueña de Pediatría mantiene a las familias al día sobre las vacunas contra el COVID-19 en la población pediátrica, ya que han habido adelantos y cambios acerca de la administración de las mismas.

A modo de repaso, en Estados Unidos y Puerto Rico desde mayo 12, 2021 hubo autorización del CDC de vacunar niños desde los 12 años de edad. De ahí en adelante se fueron gradualmente autorizando las vacunas para proteger contra COVID-19 a niños más pequeños desde los 6 meses de edad.

El refuerzo bivalente contra COVID-19 es una formulación de las compañías Pfizer y Moderna que fue aprobada por el FDA en agosto 31, 2022.

- Estos refuerzos bivalentes protegen contra la cepa original de SARS-CoV-2 y la actual preocupante de Omicron. De ahí el nombre de bivalente.
- **Los refuerzos son sumamente importante para ayudar a proteger contra COVID-19 y evitar enfermedad severa, hospitalización y muerte.**







Seguramente han oído mencionar o han leído acerca de los refuerzos *(boosters)*. Los refuerzos son vacunas adicionales que deben recibir las personas en adición a su serie primaria para darle protección continuada. Son necesarias porque pudo haber disminuido esa inmunidad o protección después de un tiempo.

Actualmente, desde diciembre 9, 2022, se puede administrar esta vacuna bivalente de refuerzo desde los 6 meses de edad. Se debe administrar si han pasado 8 semanas desde la ultima vacuna contra COVID-19; ya sea vacuna primaria o refuerzo original (monovalente).

No importa la cantidad de dosis de refuerzos (boosters) que el paciente haya recibido, el refuerzo bivalente es necesario y recomendado.

Su pediatra puede ser consultado para cualquier duda acerca de estos refuerzos bivalentes ya que las formulaciones de las vacunas para proteger contra COVID-19 varían por edades y el pediatra es su mejor aliado y va a orientarlo sobre la dosis que se debe administrar en su oficina o Centro de Vacunación.

Su pediatra en adición les guiará acerca de cuáles son los dos productos: Pfizer/ Moderna. Le podrá aclarar cualquier duda o preocupación acerca de las mismas.



Los niños y adultos con condiciones del sistema inmune comprometido tienen otras guías de vacunación contra COVID-19 y cada caso se discute con su médico.

Los efectos secundarios de los refuerzos bivalentes COVID-19 son similares a la de las vacunas primarias y refuerzos originales monovalentes COVID-19.

La mayoría de los niños tienen pocos efectos secundarios y no son de forma grave. Puede haber efectos locales como dolor, enrojecimiento, hinchazón en el área de la inyección.

Los niños menores de 3 años pueden manifestar irritabilidad, sueño, pérdida de apetito.

Los más grandes pueden quejarse de fiebre, escalofríos, dolor de cuerpo, dolor de cabeza, cansancio y náuseas. Estos efectos secundarios son señales esperadas cuando el cuerpo está creando protección contra una enfermedad.

Las contraindicaciones de estos nuevos refuerzos bivalentes son los mismos de los anteriores refuerzos originales monovalentes:

- Historial de una reacción alérgica severa luego de una dosis previa o a algún componente de otra vacuna mRNA COVID-19 .
- Historial de alguna alergia conocida diagnosticada a algún componente de vacuna COVID-19.

En los meses recientes ha habido aumento de casos de niños con COVID-19 y casos requiriendo hospitalización. Estamos en una época de más casos de otras enfermedades respiratorias importantes como influenza y el virus respiratorio sincitial.

Un niño puede tener co-infecciones de COVID-19 con otro virus respiratorio y tener más riesgo de enfermedad grave.

La vacunación sigue siendo la mejor defensa contra las consecuencias devastadoras del COVID-19 que pueden incluir enfermedad severa, hospitalización y muerte.

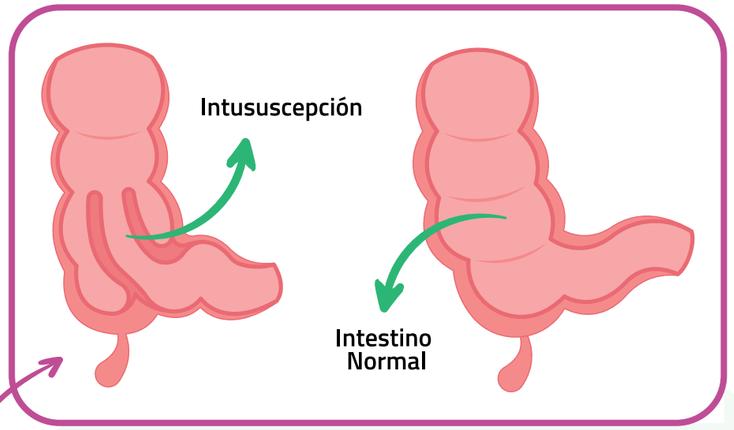
Exhortamos a los padres y cuidadores de poner al día a sus niños con las vacunas contra COVID-19, incluyendo el refuerzo bivalente.

¿CONOCES LO QUÉ ES LA INTUSUSCEPCIÓN?



Por: Geraldine Aldamuy, MD
Pediatría General
Grupo Intensivo Pediátrico
Neomed Trujillo Alto

La intususcepción es una condición muy seria donde ocurre obstrucción del intestino debido a que una porción o parte del mismo se inserta o desliza dentro de otro pedazo o segmento adyacente a éste.



Se le llama o describe como tipo telescopio pues se parece al telescopio plegable cundo se desliza en sí. Usualmente ocurre donde el intestino delgado y el grueso se encuentran, aunque puede suceder en cualquier área del tracto gastrointestinal.

Esto causa que se bloquee el paso de alimentos y el flujo de sangre al segmento del intestino afectado.

Esto puede causar infección, muerte del tejido intestinal, y/o perforación del mismo.

En el 90% de los casos no se conoce su causa. Es la causa más común de obstrucción intestinal en pacientes menores de tres años pero pudiera ocurrir en pacientes de cualquier edad.

La intususcepción es la causa más común de obstrucción entre las edades de 5 meses a tres años de edad, siendo a su vez la causa más común de emergencia abdominal en niños menores de 2 años.

Alrededor del 60% de los pacientes son menores de 1 año y el 80% ocurre antes de los 24 meses. Los varones suelen verse más afectados comparado a las féminas. Muy rara vez ocurre en recién nacidos.

Se ha visto predominancia en temporadas de otoño e invierno. Se ha podido observar que la intususcepción correlaciona con alguna infección respiratoria concurrente o previa.

Se han descrito otros factores de riesgo para la intususcepción como por ejemplo cirugías abdominales.

En alrededor de 2-8% de los pacientes se ha podido reconocer algún factor que pueda causar la intususcepción.

Ejemplos de éstos son: divertículos, pólipos intestinales, condiciones malignas, entre otros. Éstos factores de riesgo son más comunes en niños mayores de 2 años.

¿Cómo se trata?

Por lo general el tratamiento es utilizando un enema de contraste soluble en agua o de aire, el cual sirve de diagnóstico y tratamiento. Este proceso es radiológico no quirúrgico.

En este proceso se intenta reducir, es decir, colocar el segmento de intestino en su lugar. Por lo general lo corrige en un 80-95% de los casos. En caso de que el paciente esté muy enfermo o el intestino se encuentre perforado, éste procedimiento no se realiza. También puede tratarse con cirugía en caso de que falle el tratamiento previo, se sospeche perforación, infección en el abdomen como la peritonitis o, que repita el evento.

El niño se recupera usualmente sin problemas si la intususcepción se reduce en las primeras 24 horas. Si no es tratado suele ser fatal. Puede haber pacientes que resuelvan de forma espontánea.

¿Cómo se presenta el niño en el que se sospecha intususcepción?

El típico caso ocurre de manera abrupta en un infante sano que comienza con dolores tipo cólico alternando con períodos sin dolor.

- Este dolor tipo cólico recurre en intérvalos frecuentes. El niño usualmente asume una posición en la que flexiona sus piernas y presenta un llanto fuerte.
- El período con dolor puede durar alrededor 10 a 15 minutos seguido de periodo sin dolor de alrededor de 20 a 30 minutos.
- Entre eventos de dolor el infante puede verse cómodo y hasta jugando pero si no se reduce la intususcepción el infante se pondrá débil, hipoactivo y con somnolencia.
- Si no se identifica y se resuelve el problema el paciente puede llegar a ponerse críticamente enfermo. El paciente puede presentar náuseas y vómitos que pueden llegar a ser color bilioso o verde.
- En principio las evacuaciones pueden ser de apariencia regular pero luego en un 60% de los pacientes éstas serán de contenido mucoso, sangre roja o con apariencia gelatinosa.

¿Cómo se hace el diágnostico?

Cuando el paciente presenta con los síntomas mencionados es necesario realizar un buen historial y examen físico.

En este examen se puede observar distención abdominal y se puede palpar hasta la presencia de una masa tipo salchicha localizada en área superior derecha del abdomen. El médico ordenará un sonograma abdominal.



Es importante consultar con su pediatra lo antes posible o visitar la sala de emergencias pediátricas más cercana si el paciente comienza con los síntomas antes mencionados para pronta evaluación. Luego de identificar el problema y ofrecerle el tratamiento, el paciente será observado para asegurar no repitan los síntomas y que tolere bien la dieta.

Referencias:
1-https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/intussusception/symptoms-causes/syc-20351452
2-333.3Nelson Textbook of Pediatrics: Intussusception: Milissa Kennedy, Chris A.Liacouras,
3-https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/10793-intussusception
4-https://www.chop.edu/conditions-diseases/intussusception

CÓMO ENFRENTAR LA MUERTE DE UN NIÑO CON NECESIDADES ESPECIALES:

los cuidados paliativos pediátricos





Por: Liliana Viera Ortiz, MD
Especialista en Hospicio y Medicina Paliativa
Catedrática Auxiliar RCM y Práctica clínica privada para pacientes pediátricos y adultos en San Juan

La muerte de un niño es devastadora para todos. Muchos padres que han pasado por esta experiencia describen sentir un dolor tan profundo que no se compara con ninguna otra experiencia. **El especialista en cuidado paliativo acompaña y trata a pacientes pediátricos con enfermedades graves que llegan a la etapa de vida terminal.** Esta especialidad médica se enfoca en atender las necesidades de los síntomas físicos, emocionales, familiares y espirituales de pacientes que enfrentan un diagnóstico grave, junto con sus familias, a la misma vez reciben el tratamiento curativo. El objetivo de este artículo es compartir herramientas para ayudar a enfrentar este proceso, el apoyo que pueden recibir y consejos prácticos de otros padres que han experimentado esta devastadora experiencia.

DENTRO DE LA POBLACIÓN DE NIÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS SE ENCUENTRAN LOS PACIENTES CON NECESIDADES ESPECIALES.

- Éstos se definen como aquellos niños que sufren de una enfermedad o condición que les produce limitaciones físicas, sensoriales o emocionales que afectan su desarrollo y comportamiento.
- Muchos de ellos pueden ser no-verbales, y tener otras limitaciones de movimiento, de alimentación y hasta convulsiones.
- **Las enfermedades más graves que vemos en este grupo son** la perlesía cerebral, la distrofia muscular, el autismo severo, las trisomías y los desórdenes del metabolismo.
- **Se ha reportado que estas representan la quinta causa de muerte no-traumática en estos niños. Las principales causas de muerte son complicaciones por infecciones respiratorias y complicaciones cardíacas.**

Se ha observado que este grupo de pacientes y sus cuidadores enfrentan retos mayores porque la trayectoria de la enfermedad puede ser muy variada con altas y bajas, y las necesidades de cada niño son únicas.

Independientemente del diagnóstico primario a lo largo de los meses y años la mayoría sufren complicaciones agudas que los lleva a tener que ser hospitalizados requiriendo tratamientos intensivos y de apoyo a la vida.

Muchas veces el paciente se recupera y vuelve a su condición de base. Desafortunadamente, otras veces no es así, y es en esos momentos cuando llega la incertidumbre por la posibilidad real de no recuperación y eventual muerte.

En ciertas ocasiones, a pesar de los mejores tratamientos, vemos que los pacientes continúan deteriorando hasta llegar a una condición de sufrimiento y agonía. Es entonces cuando debemos evaluar el balance entre prolongar un proceso que sabemos es inevitable y ofrecerles calidad de vida.

Esto es difícil para todos, más aún los padres, quienes son los que deben tomar decisiones basados en la recomendación de los doctores y teniendo como base lo que ellos saben es mejor para su criatura.

Muchos padres expresan que cuando atravesaron este momento su mayor apoyo fue el poder rodearse de profesionales de la salud que fueron empáticos y que a la misma vez fueron claros y sinceros para ayudarlos a entender el cuadro clínico real para tomar decisiones sobre el tratamiento.



Nuestro rol como médicos es proporcionar el mejor cuidado médico teniendo en cuenta la comodidad y bienestar del paciente y su familia incluyendo a los hermanos y la familia extendida.

Esto se logra comunicando de una manera clara la información clínica sobre de la expectativa de vida y las alternativas de tratamiento según la evolución clínica.

La mayoría de las veces estas conversaciones ocurren en el hospital donde existe un equipo interdisciplinario completo que incluye a los médicos primarios, médicos especialistas, psicólogos y trabajadores sociales.

Todos estos profesionales están disponibles para proveer tratamiento clínico y a la vez proveer apoyo emocional y herramientas para trabajar con la pérdida y el duelo.

Por último, les comparto consejos prácticos aprendidos de padres y familiares que vivieron esta retante y difícil experiencia.

- ☑ Aceptar el diagnóstico es la clave para enfrentar la enfermedad y poder brindarle una buena calidad de vida.
- ☑ Muchas veces se vive un proceso de pérdida y luto desde el momento del nacimiento o diagnóstico. Sin embargo,el vínculo que se crea y se va desarrollando con el niño se basa en el amor.
- ☑ Rodearse de un grupo de apoyo que muchas veces está formado por familia, amigos, vecinos y la comunidad, personas que puedan dar apoyo físico, emocional y espiritual.
- ☑ Practicar el auto-cuidado necesario a su vez reconociendo que existirán momentos de cansancio, frustración, y tristeza. Tener espacios para pedir y recibir ayuda son necesarios para evitar el desgaste físico y emocional.
- ☑ Buscar apoyo espiritual de acuerdo a sus creencias.
- ☑ Dejar ir con amor cuando llegue la etapa final entendiendo que cada ser humano tiene un propósito en la vida.

Referencias:

Boyle,C et al. Contribution of developmental disabilities to childhood mortality in the United States: a multiple-cause-of-death analysis. Paediatr Perinat Epidemiol. 1994 Oct;8(4):411-22.

Committee on Approaching Death: Addressing Key End of Life Issues; Institute of Medicine. Dying in America: Improving Quality and Honoring Individual Preferences Near the End of Life. Washington (DC): National Academies Press (US); 2015 Mar 19. Appendix F, Pediatric End-of-Life and Palliative Care: Epidemiology and Health Service Use. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK285690/

¡DESCÚBRETE MÁS!

AYUDA A CONTROLAR TU ECZEMA DESDE ADENTRO

DUPIXENT es un tratamiento innovador para el eczema que se dirige a una fuente clave de la inflamación que podría provocar eczema moderado a grave no controlado (dermatitis atópica).

Disponible para niños de 6 meses o más.

DUPIXENT podría ayudar a lograr:
- ▸ Una piel con menos lesiones
- ▸ Notablemente menos picazón

DUPIXENT
- ▸ No es un inmunosupresor
- ▸ No es una crema ni un esteroide

MAX, UN PACIENTE REAL
Los resultados individuales pueden variar.

DUPIXENT® (dupilumab) Inyección
200mg · 300mg

HABLA CON TU ESPECIALISTA EN ECZEMA Y VISITA DUPIXENT.COM O LLAMA AL 1-844-DUPIXENT (1-844-387-4936)

INDICACIÓN

DUPIXENT es un medicamento de venta con receta que se utiliza para tratar a adultos y niños de 6 meses o más con dermatitis atópica (eczema) moderada a grave, que no puede controlarse correctamente con terapias recetadas que se aplican sobre la piel (tópicas) o en casos en los que no se puedan utilizar terapias tópicas. DUPIXENT puede utilizarse con o sin corticosteroides tópicos. Se desconoce si DUPIXENT es seguro y eficaz en niños menores de 6 meses que tengan dermatitis atópica.

INFORMACIÓN IMPORTANTE DE SEGURIDAD

No uses este medicamento si eres alérgico al dupilumab o a alguno de los ingredientes en DUPIXENT®.

Antes de usar DUPIXENT, infórmale a tu proveedor de atención médica sobre todas tus afecciones médicas, incluyendo: Si tienes problemas oculares. Si tienes una infección parasitaria (helmintos). Si tienes programado recibir alguna vacuna. No debes recibir una "vacuna viva" antes o durante el tratamiento con DUPIXENT. Si estás embarazada o planeas quedar embarazada. Se desconoce si DUPIXENT dañará a tu bebé en gestación. Un registro de embarazo para mujeres que usan DUPIXENT durante el embarazo recopila información sobre tu salud y la de tu bebé. Para inscribirte o para obtener más información, llama al 1-877-311-8972 o visita https://mothertobaby.org/ongoing-study/dupixent/. Si estás amamantando o planeas amamantar. Se desconoce si DUPIXENT se transmite a través de la leche materna.

Infórmale a tu proveedor de atención médica sobre todos los medicamentos que tomas, incluidos los medicamentos de venta libre y de venta con receta, las vitaminas y los suplementos a base de hierbas.

Especialmente, infórmale a tu proveedor de atención médica si estás tomando medicamentos corticosteroides orales, tópicos o inhalados, o si tienes dermatitis atópica y asma y usas un medicamento para el asma. No cambies ni suspendas tu medicamento corticosteroide u otro medicamento para el asma sin hablar primero con tu proveedor de atención médica. Esto puede hacer que reaparezcan otros síntomas que fueron controlados por el medicamento corticosteroide u otro medicamento para el asma.

DUPIXENT puede causar efectos secundarios graves, que incluyen:

Reacciones alérgicas. DUPIXENT puede causar reacciones alérgicas que algunas veces pueden ser graves. Deja de usar DUPIXENT e infórmale a tu proveedor de atención médica o busca atención de emergencia de inmediato si tienes alguno de los siguientes signos o síntomas: Problemas respiratorios o sibilancias, inflamación del rostro, los labios, la boca, la lengua o la garganta, desmayos, mareos, sensación de mareo, pulso acelerado, fiebre, urticaria, dolor en las articulaciones, malestar general, picazón, erupción cutánea, ganglios linfáticos inflamados, náuseas o vómitos, o calambres en el área del estómago.

Problemas oculares. Infórmale a tu proveedor de atención médica si tienes problemas oculares nuevos o si notas un empeoramiento de los problemas que tenías, incluido dolor ocular o cambios en la visión, como visión borrosa. Tu proveedor de atención médica puede referirte a un oftalmólogo para que te realicen un examen de la vista, si es necesario.

Dolores en las articulaciones. Algunas personas que usan DUPIXENT han tenido dificultades para caminar o moverse debido a los síntomas en sus articulaciones y, en algunos casos, debieron ser hospitalizados. Infórmale a tu proveedor de atención médica sobre cualquier síntoma nuevo en las articulaciones o si empeoran los síntomas que tenías. Tu proveedor de atención médica puede interrumpir el tratamiento con DUPIXENT si desarrollas síntomas en las articulaciones.

Los efectos secundarios más comunes en pacientes con dermatitis atópica son reacciones en el lugar de la inyección, inflamación de los ojos y los párpados, que incluyen enrojecimiento, hinchazón y picazón, a veces con visión borrosa, herpes en la boca o en los labios, y un alto recuento de ciertos glóbulos blancos (eosinofilia).

Infórmale a tu proveedor de atención médica si sufres algún efecto secundario que te cause malestar o que no desaparezca. Estos no son todos los efectos secundarios posibles de DUPIXENT. Llama a tu médico para obtener consejos médicos sobre los efectos secundarios. Te recomendamos informar sobre los efectos secundarios negativos de los medicamentos de venta con receta a la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA). Visita www.fda.gov/medwatch o llama al 1-800-FDA-1088.

Usa DUPIXENT exactamente según lo prescrito por tu proveedor de atención médica. DUPIXENT es una inyección que se administra debajo de la piel (inyección subcutánea). Tu proveedor de atención médica decidirá si tú o tu cuidador pueden inyectar DUPIXENT. **No** intentes preparar e inyectar DUPIXENT hasta que tú o tu cuidador hayan sido capacitados por tu proveedor de atención médica. En niños de 12 años o más, se recomienda que DUPIXENT sea administrado por un adulto o bajo la supervisión de un adulto. En niños menores de 12 años, un cuidador deberá administrar DUPIXENT.

Por favor, consulta el resumen breve en la página siguiente.

sanofi REGENERON

© 2022 Sanofi y Regeneron Pharmaceuticals, Inc. Todos los derechos reservados.

DUP.22.05.0128

PODRÍAS SER ELEGIBLE PARA UN COPAGO TAN BAJO COMO $0*. LLAMA AL 1-844-DUPIXENT (1-844-387-4936)

***ESTO NO ES UN SEGURO.** No es válido para recetas pagadas, en su totalidad o en parte, por Medicaid, Medicare, VA, DOD, TRICARE u otros programas federales o estatales, incluidos los programas estatales de asistencia farmacéutica. El programa tiene un máximo anual de $13,000. Se aplican términos y condiciones adicionales.

Resumen breve de información importante para pacientes sobre DUPIXENT® (dupilumab)
Inyección para uso subcutáneo

Solo con receta médica

¿Qué es DUPIXENT?
- DUPIXENT es un medicamento con receta utilizado para lo siguiente:
  - Tratar a adultos y niños de 6 meses o más con dermatitis atópica (eczema) moderada a grave, que no puede controlarse correctamente con terapias recetadas que se aplican sobre la piel (tópicas) o en casos en los que no se puedan utilizar terapias tópicas. DUPIXENT puede utilizarse con o sin corticosteroides tópicos.
- DUPIXENT actúa bloqueando dos proteínas que contribuyen a un tipo de inflamación que desempeña un papel importante en la dermatitis atópica.
- Se desconoce si DUPIXENT es seguro y eficaz en niños menores de 6 meses que tengan dermatitis atópica.

¿Quiénes no deberían usar DUPIXENT?
No utilices DUPIXENT si eres alérgico al dupilumab o a cualquiera de los ingredientes de DUPIXENT. Observa el final de este resumen de información para conocer la lista completa de ingredientes de DUPIXENT.

¿Qué debo informarle a mi proveedor de atención médica antes de usar DUPIXENT? Antes de usar DUPIXENT, infórmale a tu proveedor de atención médica sobre todas tus afecciones médicas, lo que incluye:
- Si tienes problemas oculares.
- Si tienes una infección parasitaria (helmintos).
- Si tienes programado recibir algún tipo de vacuna. No debes recibir ninguna "vacuna viva" justo antes o mientras recibes tratamiento con DUPIXENT.
- Si estás embarazada o tienes planes de quedar embarazada. Se desconoce si DUPIXENT puede dañar a tu bebé en gestación.
  - **Registro de exposición durante el embarazo.** Hay un registro de exposición para mujeres que toman DUPIXENT durante el embarazo. El objetivo de este registro es reunir información sobre tu salud y la de tu bebé. Tu proveedor de atención médica puede inscribirte en este registro. También puedes inscribirte por tu cuenta u obtener más información sobre el registro llamando al 1-877-311-8972 o ingresando en https://mothertobaby.org/ongoing-study/dupixent/.
- Si estás amamantando o tienes planes de hacerlo. Se desconoce si DUPIXENT se transmite a través de la leche materna.

Informa a tu proveedor de atención médica todos los medicamentos que tomas, incluidos los medicamentos de venta libre y de venta con receta, las vitaminas y los suplementos a base de hierbas.

Informa a tu proveedor de atención médica en especial en los siguientes casos:
- Si estás tomando corticosteroides orales, tópicos o inhalados.
- Si tienes dermatitis atópica y asma y usas un medicamento para el asma.

No cambies ni interrumpas la administración del medicamento corticosteroide u otro medicamento para el asma sin hablar primero con tu proveedor de atención médica. Esto puede hacer que reaparezcan otros síntomas que fueron controlados con el medicamento corticosteroide u otro medicamento para el asma.

¿Cómo debo utilizar DUPIXENT?
- **Consulta las "Instrucciones de uso" detalladas que se proporcionan con DUPIXENT para obtener información sobre cómo preparar e inyectar DUPIXENT y cómo almacenar y tirar (desechar) las jeringas y plumas precargadas usadas de DUPIXENT.**
- Utiliza DUPIXENT exactamente como te lo recetó tu proveedor de atención médica.
- Tu proveedor de atención médica te dirá cuánto DUPIXENT debes inyectar y con qué frecuencia debes hacerlo.
- DUPIXENT viene en una jeringa precargada de dosis única con protector de aguja o en una pluma precargada.
  - La pluma precargada de DUPIXENT es solo para uso en adultos y niños a partir de los 12 años o más.
  - La jeringa precargada de DUPIXENT es solo para uso en adultos y niños a partir de los 6 meses o más.
- DUPIXENT se administra como una inyección debajo de la piel (inyección subcutánea).
- Si tu proveedor de atención médica decide que tú o un cuidador pueden administrar las inyecciones DUPIXENT, tú o tu cuidador deben recibir capacitación sobre la manera correcta de preparar e inyectar DUPIXENT. **No** intentes inyectar DUPIXENT hasta que tu proveedor de atención médica te haya mostrado la manera correcta de hacerlo. En niños de 12 años o más, se recomienda que un adulto coloque o supervise la administración de DUPIXENT. A niños menores de 12 años, el cuidador debe administrarles DUPIXENT.
- **Si tu cronograma de dosis es semana de por medio y omites una dosis de DUPIXENT:** Administra la inyección de DUPIXENT dentro de los 7 días posteriores a la dosis omitida y, luego, continúa con el cronograma original. Si la dosis omitida no se administra dentro de los 7 días, espera hasta la siguiente dosis programada para administrar la inyección de DUPIXENT.
- **Si tu cronograma de dosis es cada cuatro semanas y omites una dosis de DUPIXENT:** Administra la inyección de DUPIXENT dentro de los 7 días posteriores a la dosis omitida y, luego, continúa con el cronograma original. Si la dosis omitida no se administra dentro de los 7 días, comienza un nuevo cronograma de dosis cada 4 semanas desde el momento en que recuerdes administrarte la inyección de DUPIXENT.
- Si inyectas más DUPIXENT de lo que se recetó (sobredosis), busca ayuda médica o comunícate inmediatamente con un experto del Centro de Toxicología llamando al 1-800-222-1222.
- Es posible que tu proveedor de atención médica te recete otros medicamentos para utilizar con DUPIXENT. Utiliza los otros medicamentos recetados exactamente como te lo indique tu proveedor de atención médica.

¿Cuáles son los efectos secundarios posibles de DUPIXENT?
DUPIXENT puede provocar efectos secundarios graves, incluidos los siguientes:
- **Reacciones alérgicas. DUPIXENT puede causar reacciones alérgicas que algunas veces pueden ser graves.** Deja de usar DUPIXENT e infórmale a tu proveedor de atención médica o busca atención de emergencia de inmediato si tienes alguno de los siguientes síntomas: Problemas respiratorios o sibilancias, pulso acelerado, fiebre, malestar general, ganglios linfáticos inflamados, inflamación del rostro, los labios, la boca, la lengua o la garganta, urticaria, picazón, náuseas o vómitos, desmayos, mareos, sensación de mareo, dolor en las articulaciones, erupción cutánea o calambres en el área del estómago.
- **Problemas oculares.** Informa a tu proveedor de atención médica si tienes problemas oculares nuevos o si notas un empeoramiento de los problemas que tenías, incluido el dolor ocular o cambios en la visión, como visión borrosa. Tu proveedor de atención médica puede referirte a un oftalmólogo para que te realicen un examen de la vista, si es necesario.
- **Dolores en las articulaciones.** Las personas que utilizan DUPIXENT pueden experimentar dolores en las articulaciones. Algunas personas han tenido dificultades para caminar o moverse debido a los síntomas en sus articulaciones y, en algunos casos, debieron ser hospitalizados. Informa a tu proveedor de atención médica sobre cualquier síntoma nuevo en las articulaciones o si empeoran los síntomas que tenías. Tu proveedor de atención médica puede interrumpir el tratamiento con DUPIXENT si desarrollas síntomas en las articulaciones.

Los efectos secundarios más comunes de DUPIXENT en pacientes con dermatitis atópica son: Reacciones en el lugar de la inyección, inflamación de los ojos y los párpados (que incluye enrojecimiento, hinchazón y picazón) a veces con visión borrosa, herpes en la boca o en los labios y un alto recuento de ciertos glóbulos blancos (eosinofilia).
Se han informado los siguientes efectos secundarios adicionales con el uso de DUPIXENT: Erupción facial o enrojecimiento.
Informa a tu proveedor de atención médica si sufres algún efecto secundario que te cause malestar o que no desaparezca.
Estos no son todos los efectos secundarios posibles de DUPIXENT. Llama a tu médico para obtener consejos médicos sobre los efectos secundarios. Puedes informar los efectos secundarios a la FDA.
Visita www.fda.gov/medwatch o llama al 1-800-FDA-1088.

Información general sobre el uso seguro y eficaz de DUPIXENT.
A veces, los medicamentos se recetan para fines diferentes a los indicados en un prospecto de Información para el paciente. No uses DUPIXENT para una afección para la que no se recetó. No administres DUPIXENT a otras personas, incluso si tienen los mismos síntomas que tú. Es posible que les haga daño.
Este es un resumen breve de la información más importante sobre DUPIXENT para este uso. Si deseas recibir más información, habla con tu proveedor de atención médica. Puedes pedirle a tu farmacéutico o proveedor de atención médica más información sobre DUPIXENT dirigida a profesionales de atención médica.
Para obtener más información sobre DUPIXENT, visita www.DUPIXENT.com o llama al 1-844-DUPIXENT (1-844-387-4936).

¿Cuáles son los ingredientes de DUPIXENT?
Ingrediente activo: dupilumab.
Ingredientes inactivos: Clorhidrato de L-arginina, L-histidina, polisorbato 80, acetato de sodio, sacarosa y agua para inyección.

Fabricado por: Regeneron Pharmaceuticals, Inc., Tarrytown, NY 10591,
N.° de licencia en los EE. UU. 1760. Comercializado por: sanofi-aventis U.S. LLC (Bridgewater, NJ 08807) y Regeneron Pharmaceuticals (Tarrytown, NY 10591)
DUPIXENT® es una marca comercial registrada de Sanofi Biotechnology/©2022 Regeneron Pharmaceuticals, Inc./sanofi-aventis U.S. LLC. Todos los derechos reservados.
Fecha de publicación: Junio de 2022

DUP.22.06.0030

ACTIVIDAD FÍSICA en la edad pediátrica para una niñez saludable





Por: Claudia E. Garza Olivencia MD, MPH
Pediatría General
Depto de Pediatría RCM

Como padres y cuidadores, una de las labores más importantes que tenemos es la de enseñar y modelar hábitos saludables que nuestra niñez pueda adquirir y cultivar a través de su vida para así tener la mejor calidad de vida posible.

Dentro de estos hábitos, como bien podrán imaginar, está lo que es el movimiento y la actividad física.

CUANDO HABLAMOS DE ACTIVIDAD FÍSICA nos referimos a cualquier esfuerzo físico por parte de una persona que requiera un gasto de energía y provoque un aumento en sus ritmos cardíaco y respiratorio. Usualmente también la asociamos con sudoración, sensación de calor y a veces enrojecimiento de la piel.

Por otra parte, existen distintas modalidades de intensidad de la actividad física, específicamente si es leve, moderada o vigorosa.

- **Cuando hablamos de actividad física leve,** podemos pensar en que nos estamos moviendo pero somos capaces de hasta cantar una canción sin dificultad alguna.
- **Por otro lado, moderada** sería actividad física durante la cual podemos hablar, pero no podríamos cantar pues nos quedaríamos "sin aire".
- **Y finalmente, actividad física vigorosa** sería una en la cual no podemos ni cantar ni hablar porque tenemos que "coger aire".

Las recomendaciones de duración de actividad física en la niñez usualmente se refiere a actividad moderada y vigorosa.

Los beneficios que implica seguir estas recomendaciones van más allá de la salud física de nuestros niños, sino que también tiene sus beneficios socio-emocionales, ayudando a disminuir el estrés y la ansiedad y, siendo procesos en los cuales se puede fomentar la interacción con compañeros y familiares.

Los tipos de actividad física que puede hacer su niño dependerán principalmente de su edad y su desarrollo físico, pero el tomar en consideración los intereses y gustos de la persona serán de gran beneficio para que se pueda establecer el nuevo hábito.

Es decir, si el niño que queremos que haga más actividad física refiere que "no le gusta correr", es importante tomar esto en consideración y buscar dentro de las actividades que le gusten alternativas para moverse más, siempre buscando crear algún sentido de juego dentro de la actividad.

Además, podemos buscar presentar la actividad que no le gusta de otra manera, como por ejemplo, presentar el correr más bien como una actividad de llegar hasta una meta lo más rápido posible o ser el primero que consiga algo que está localizado a una distancia "x".

Así buscamos desconectar esa percepción negativa y creamos conexiones con el juego y la diversión.

¿Cuánto ejercicio debe entonces hacer mi niño o niña?

La Academia Americana de Pediatría divide las recomendaciones por edad y en tres grupos:

1. LOS INFANTES deben tener por lo menos 30 minutos de tiempo en barriga o "tummy time" y otros tipos de juegos interactivos que se pueden dividir a través del día, ya sea como 10 periodos de 3 minutos o 5 periodos de 6 minutos, pero con el total de 30 minutos de movimiento e interacción en mente.

2. NIÑOS ENTRE LAS EDADES DE 3 Y 5 AÑOS sí requieren por lo menos 3 horas de actividad física por día, que divido en tiempo por hora serían 15 minutos cada hora durante las 12 horas que esté despierto.

3. LA RECOMENDACIÓN PARA NIÑOS DE 6 AÑOS EN ADELANTE: debemos buscar lograr un total de 60 minutos de ejercicio moderado o vigoroso en casi todos los días de la semana, y que 3 veces en semana haya un enfoque en fortalecimiento de músculos y huesos.



La niñez es el momento para aprender y jugar sin que existan muchas expectativas adicionales, por lo cual lo mejor que podemos hacer es aprovechar la agilidad de nuestro niños para enseñarles cómo vivir una vida más sana, y esto sin duda incluye el movimiento como un hábito saludable.

No obstante, no debemos desanimarnos si no encontramos el tiempo para que nuestros niños hagan sus 60 minutos de actividad física moderada o vigorosa, pues no se trata de un "todo o nada", sino que algo de ejercicio es mejor que nada y mientras se vaya cultivando el hábito mejor se podrá mantener y desarrollar de manera que se llegue eventualmente a la meta que nos sugieren las organizaciones que buscan el bienestar de nuestra niñez.

Así que aunque inicialmente sean periodos más cortos, busquemos cada vez más esos ratitos para movernos para que nuestros niños y niñas estén fuertes, saludables y felices!

Referencias:
Promover la actividad Física como una forma de vida. Healthy Children en Español.
https://www.healthychildren.org/spanish/ages-stages/gradeschool/fitness/paginas/promoting-physical-activity-as-a-way-of-life.aspx
LaBotz, M., & Hoffman, S. (2022). Physical Activity Counseling: New Options and a Lighter Burden. Pediatrics, 150(1).
Lobelo F. et al (2020) Physical Activity Assessment and Counseling in Pediatric Clinical Settings. Pediatrics, 145 (3): e20193992.

¿NECESITARÁ BRACES MI NIÑO?

¿CUÁNDO, QUIÉN Y POR QUÉ?



Por: Andrea González DMD
Smile Design Orthodontics &
Escuela de Medicina Dental RCM

Existen muchos mitos e interrogantes respecto al tratamiento de ortodoncia. Uno de éstos es que el tratamiento únicamente es indicado una vez un niño haya mudado todos sus dientes deciduos (de leche). Actualmente la Asociación Americana de Ortodoncistas (AAO por sus siglas en inglés) sostiene que todo niño debe recibir una evaluación por un ortodoncista certificado una vez cumpla los 7 años de edad.



Un ortodoncista es aquel dentista que luego de haber culminado la Escuela Dental ha cursado de 2-3 años de estudios especializados adicionales exclusivamente en Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial.

Luego de esta evaluación ortodóntica comprensiva, que es muy distinta a la evaluación de caries y limpieza que hace el dentista cada 3-6 meses, el ortodoncista determina si la oclusión (mordida) del niño presenta algún hallazgo que amerite tratamiento antes de que terminen de mudarse los dientes o si todo está en orden y podemos esperar a los 12 años; edad en la cual ya debemos tener en boca todos los dientes permanentes.

La razón por la cual un niño pueda necesitar tratamiento ortodóntico temprano es para corregir elementos de la mordida que si esperamos a corregirlos en la adolescencia o la adultez, necesitaría de intervenciones quirúrgicas con un cirujano oral y maxilofacial.

Las situaciones que típicamente requieren intervención temprana son:

hábitos orales como chupar dedo, dientes severamente apiñados donde hay riesgo de que algún diente permanente no pueda salir, quede impactado en el hueso por falta de espacio, pérdida prematura de dientes por caries o trauma, cuando los dientes de abajo se están yendo por al frente o por fuera de los de arriba, preocupación respecto a la autoestima del niño por su situación dental, entre otras.



Imagen pertenece a: Smile Design Orthodontics

Cuando se recomienda tratamiento de ortodoncia temprano, una de las preocupaciones principales de los padres es si el niño estará con braces desde los 7-8 años hasta que termine de mudar todos los dientes. **La respuesta es NO.**



Imagen pertenece a: Smile Design Orthodontics

Cuando realizamos tratamientos ortodónticos tempranos, la inmensa mayoría de las veces colocar braces no es necesario, sino que se utilizan una variedad de aparatos que solo son visibles si miramos la porción interna de los dientes: la que da hacia la lengua y el paladar.

Lo único que es visible son unos anillos que se colocan en las muelas más posteriores.



Imagen pertenece a: Smile Design Orthodontics

Más aún, como los niños crecen y cambian constantemente, así mismo los planes de tratamiento de ortodoncia son revisados constantemente y no es para nada raro que se descontinúen los aparatos intraorales utilizados luego de que el problema haya sido resuelto y en lo que esperamos por los dientes permanentes.

Lo que sí es cierto es que si un niño necesitó tratamiento de ortodoncia temprano, la probabilidad de que necesite braces en la adolescencia es alta. Sin embargo el 100% de las veces será un tratamiento más sencillo y menos doloroso que lo que hubiese tocado si no teníamos la intervención temprana necesaria.

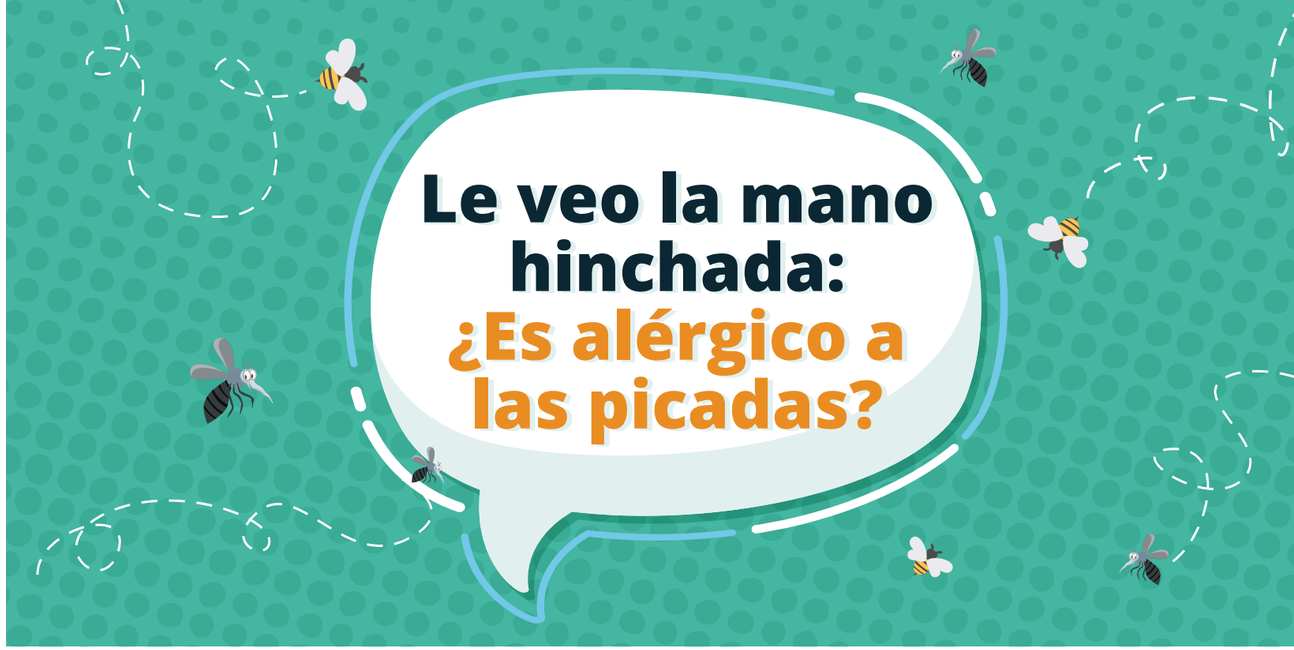


Así mismo, otra pregunta bastante común es si mientras tenemos aparatos de ortodoncia el cuidado oral se transfiere del Dentista al Ortodoncista.

La respuesta nuevamente es NO. El ortodoncista velará más frecuentemente por los aparatos instalados y porque la higiene oral se mantenga en óptimas condiciones pero es necesario seguir visitando al dentista cada 3- 6 meses (lo que se determine en cada caso particular) a recibir su evaluación de caries y limpieza.

Actualmente en Puerto Rico hay alrededor de 75 ortodoncistas certificados, no es necesario llevar un referido para agendar una cita, la inmensa mayoría son proveedores de planes médicos y todas las oficinas ofrecen planes de financiamiento sin intereses para lograr que los tratamientos sean accesibles.

Para encontrar la oficina de ortodoncia que mejor se ajuste a sus necesidades, puede accesar la página web de la Sociedad de Especialistas en Ortodoncia de Puerto Rico. En ella encontrará un directorio por pueblo de todas las oficinas especializadas en Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial: https://seo-pr.org



Le veo la mano hinchada: ¿Es alérgico a las picadas?



Por: Adriana I. Gordon De Jesús, MD
Pediatría General
Depto. de Pediatría RCM

Las picaduras de insectos en los niños pueden ser una mera molestia, pero en algunos casos pueden causar reacciones alérgicas leves o severas. Existen diferentes insectos que pueden causar reacciones alérgicas. Los que han sido mayormente asociados son las avispas, abejas, hormigas y hasta los mosquitos.

Existen dos tipos de picaduras: en la primera, el insecto utiliza su boca para penetrar la piel y el segundo tipo no tan solo penetran la piel, pero éste inyecta veneno a su vez. Ésta última, suele ser mas dolorosa y es mayormente asociada con reacciones alérgicas que pudiesen ser severas.

Las reacciones alérgicas por picaduras no son comunes pero los niños que padecen de asma u otras alergias pudiesen tener un mayor riesgo.

La mayoría de las picaduras de insectos suelen causar reacciones localizadas pequeñas y esto no se considera una reacción alérgica, sino que es una reacción normal de nuestro cuerpo.

Esta reacción aparece minutos después y se caracteriza por enrojecimiento en el área, picazón y una leve hinchazón. Éstas pueden duran varios días.





Debemos limpiar el área con agua y jabón, en el caso de ser necesario podemos aplicar compresas frías o hielo para aliviar la hinchazón.

Algunas personas, pueden desarrollar reacciones localizadas grandes donde podemos notar que el área se vuelve enrojecida, caliente, firme y dolorosa luego de horas del evento.

Esta reacción es poco común, pero se considera una reacción alérgica localizada la cual resuelve dentro de 3 a 10 días y suele confundirse con una celulitis, la cual es una infección bacteriana del tejido.

De no mejorar, éstas deben ser evaluadas por su pediatra ya que las reacciones severas pudiesen requerir tratamiento con medicamentos como esteroides tópicos y en ocasiones, hasta esteroides orales.

Poco frecuente, algunos niños pueden tener una reacción sistémica a las picaduras conocida como anafilaxis y pueden presentar con sarpullido o enrojecimiento de la piel, picor, hinchazón en los labios o lengua, presión baja, dificultad para respirar, vómitos persistentes, dolor abdominal o hasta perdida de consciencia.



ESTA REACCIÓN ES UNA EMERGENCIA MÉDICA Y EL PACIENTE DEBE SER TRATADO DE INMEDIATO CON EPINEFRINA.



LOS NIÑOS QUE TIENEN HISTORIAL DE ANAFILAXIS DEBEN CARGAR EN TODO MOMENTO CON LO QUE SE CONOCE COMO EL EPIPEN O EPINEFRINA AUTO-INYECTABLE.



¿Cómo podemos prevenir las picadas?

Se recomienda utilizar pantalones largos y camisas de manga larga cuando estemos rodeados de vegetación donde más abundan los insectos. La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda el uso de repelente de insectos que contengan DEET. Éste se puede utilizar desde los dos meses de edad.

El repelente debe ser colocado en la piel expuesta y no debajo de la ropa y, se debe evitar colocarlo en las manos de los niños ya que se lo pueden introducir en la boca o en los ojos. Igualmente, se debe evitar tener envases con agua estancada alrededor de la casa donde puedan reproducirse los mosquitos. Si tiene un nido de insectos en su patio, nunca se debe destruir o alterar, busque un profesional que lo haga.

CONSEJOS A LOS PADRES:

- Si un insecto pica a su hijo y el aguijón permanece en la piel, puede rasparlo con algún objeto plano como una tarjeta de crédito.
- En reacciones localizadas, puede utilizar hielo y/o crema de hidrocortisona 1% para reducir la hinchazón, inflamación y picazón. En caso de tener dolor, puede utilizar acetaminofén.
- Si después de una picadura, su niño presenta signos como sarpullido, tos o dolor abdominal, vómitos o diarreas, esto puede ser también señal de una reacción alérgica seria. En estas situación, llame al 9-1-1 y visite una sala de emergencia.

Si tiene duda sobre las picaduras de insectos, consulte a su pediatra.

El cuidado del recién nacido con LABIO LEPORINO





Por: Sylvia Y. Arce Cardona, MD, FAAP
Neonatología
Hospital San Antonio, Inc.
Pediatrix Caribbean Medical Group, Mayagüez

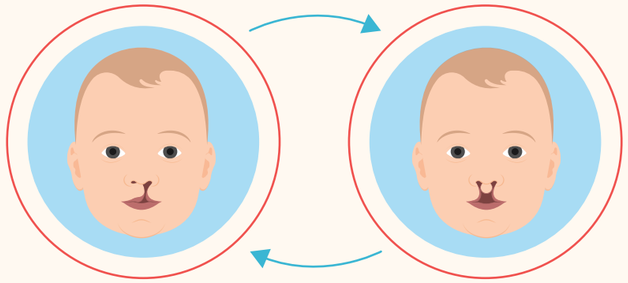
¿QUÉ ES EL LABIO LEPORINO?

El labio leporino o labio fisurado es uno de los defectos congénitos más frecuentes que podemos encontrar al momento del nacimiento.

Éste consiste en una abertura anormal o hendidura en el labio superior que ocurre cuando el labio del bebé no se forma adecuadamente al principio del embarazo. Esta abertura puede ser una hendidura casi imperceptible conocida como labio leporino incompleto, o se puede extender hasta las fosas nasales en los casos más severos, conocida como labio leporino completo.

El defecto puede envolver un sólo lado del labio superior o ambos lados. En algunas ocasiones, los lados del paladar tampoco se fusionan y el labio leporino está acompañado de una segunda abertura en el techo de la boca, lo que se conoce como labio leporino con paladar hendido.

Debido a que el labio y el paladar se desarrollan por separado, es posible que un niño al nacer tenga labio leporino, paladar hendido o ambos, lo que puede ocurrir en 1 de cada 600 recién nacidos en los Estados Unidos.



¿POR QUÉ UN BEBÉ DESARROLLA LABIO LEPORINO?

1. El labio leporino y el paladar hendido ocurren en una etapa muy temprana del embarazo.
2. Durante el desarrollo del feto, entre la sexta y la décima semana de gestación, los huesos y la piel de la mandíbula superior, la nariz y la boca, se unen para formar el paladar y el labio superior.
3. Cuando estas partes no se unen correctamente, permanece una abertura y el bebé nace con labio leporino y/o paladar hendido.

No hay una causa única de este defecto. En la mayoría de los casos, éste puede estar causado por una combinación de factores hereditarios y/o ambientales, por lo que no se puede predecir o prevenir.



El uso de algunos medicamentos, el uso de tabaco, alcohol y drogas, y la exposición a sustancias químicas durante el embarazo se han asociado al desarrollo del labio leporino. Es muy poco probable que el defecto del bebé sea causado por algo que los padres hayan hecho o dejado de hacer.

Existen pruebas genéticas que podrían ayudar a determinar la causa del labio leporino y a determinar el riesgo de que otro bebé en la familia nazca con éste.

Los riesgos de que otro bebé pueda nacer con el defecto dependen de muchos factores, incluyendo el número de personas afectadas en la familia, el grado de parentesco con los familiares afectados, la raza, el sexo y la severidad del defecto.

DIAGNÓSTICO:

El labio leporino se detecta comúnmente al momento del nacimiento. Pero en algunas ocasiones, el defecto se puede detectar antes con un ultrasonido fetal.

EVALUACIÓN:

Un bebé con labio leporino puede representar un reto en el manejo dependiendo de la severidad del defecto.

1. Es importante que el bebé sea evaluado por un equipo multidisciplinario formado por profesionales de diferentes especialidades quienes trabajarán junto a la familia en un plan de tratamiento individual y quienes se encargarán del cuidado del bebé.
2. Ese equipo multidisciplinario debe estar compuesto por el pediatra, el cirujano maxilofacial o cirujano plástico y el patólogo del habla y lenguaje.
3. De acuerdo a la severidad del defecto, el equipo también puede incluir otros profesionales como un trabajador social, psicólogo, genetista, dentista, audiólogo y un coordinador de equipo, entre otros.

RECOMENDACIONES DE CUIDADO:

Uno de los mayores retos del bebé recién nacido con labio leporino es la alimentación y la lactancia.

El bebé puede tener un chupado y reflejos de tragado normal, pero el defecto en el labio y/o paladar no le permite succionar adecuadamente. Por tal razón, se recomienda utilizar un tipo de botella y biberón diseñados específicamente para bebés con defectos orofaciales que permitan que la leche fluya fácilmente.

También, durante la alimentación, la leche puede salir por las fosas nasales y el bebé puede tragar mucho aire, por lo que al alimentarlo debe sostenerlo en una posición erguida y sacar los gases frecuentemente.





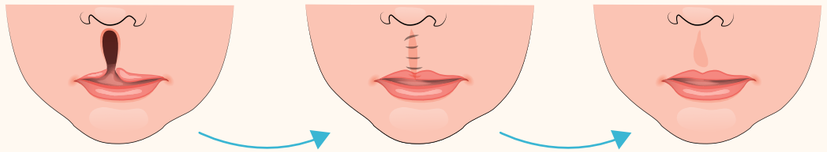
Los problemas de audición, al igual que los problemas del habla, son comunes en los niños con labio leporino y/o paladar hendido. Se recomienda realizar una prueba de audición temprana y repetirla con el tiempo, según sea necesario.

El pediatra, junto al equipo multidisciplinario, se encargarán de las evaluaciones necesarias y del plan de tratamiento según los hallazgos clínicos y complicaciones que presente el bebé.

REPARACIÓN DEL LABIO LEPORINO:

La cirugía de labio leporino y paladar hendido se recomienda como reparación de una malformación física y para disminuir los problemas de lenguaje, alimentación y lactancia, entre otros.

- En la mayoría de los casos, la cirugía de reparación del labio leporino se hace cuando el infante tiene de 3 a 6 meses de edad.
- Se realiza bajo anestesia general y consiste en cerrar la fisura del labio y crear una forma más natural del labio superior y la nariz. Esta cirugía suele dejar una pequeña cicatriz debajo de la nariz.
- **En el caso del paladar hendido,** la reparación usualmente se hace más tarde, entre los 9 meses y 1 año de edad y es posible que el infante necesite más de una cirugía para cerrar el paladar completamente. Realizar la reparación cuando el infante tiene esta edad ayuda a prevenir problemas posteriores en el lenguaje a medida que el infante se desarrolle.
- Algunos infantes con un defecto más severo pueden necesitar otras cirugías posteriores.



Las operaciones de labio leporino han mejorado considerablemente en los últimos años. El resultado estético depende de la severidad de la deformidad. La mayoría de los infantes que se operan tienen unos resultados muy buenos y se recuperan sin complicaciones.

Después de la cirugía, el niño aún puede tener problemas con el habla, por lo que el seguimiento con el patólogo del habla y lenguaje y las terapias son muy importantes.

CONSEJOS A LOS PADRES:

Es importante corregir el labio leporino con cirugía durante el primer año de vida. La mayoría de los infantes con labio leporino se tratan con éxito y no quedan con problemas duraderos.

Pero más adelante en la vida del niño, un labio leporino puede conducir a problemas dentales, problemas de habla y hasta problemas de autoestima. Por tal razón, es importante la continuidad de cuidado con su equipo multidisciplinario.

Un equipo médico con experiencia en el tratamiento de niños con labio leporino puede diseñar un plan de tratamiento adaptado a las necesidades específicas del niño a largo plazo y disminuir la afectación de la autoestima y salud mental del niño. Un niño que nace con una hendidura u otra afección craneofacial, generalmente requerirá cuidados de salud especializados desde la infancia hasta la adultez temprana.

Referencias:
Cleft Lip and Palate Association (CLAPA)
American Cleft Palate-Craniofacial Association (ACPA)

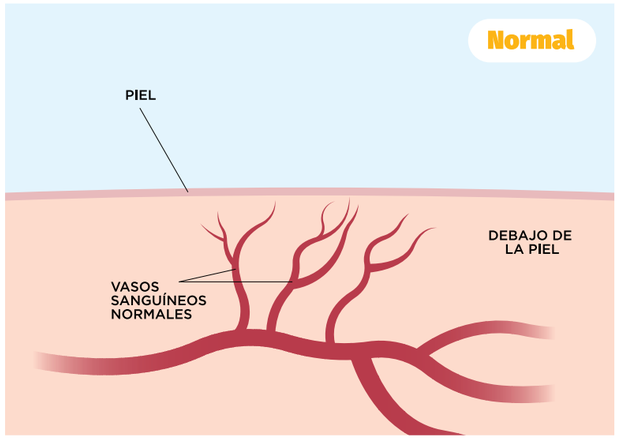
Hemangiomas infantiles en el recién nacido:

¿CUÁNDO DEBEMOS PREOCUPARNOS?



Por: Débora Silva MD, FAAP
Pediatría General y Hospitalista
Departamento de Pediatría RCM

Cuando nace un bebé, lo primero que hacen los padres es examinarlo de la cabeza a los pies con la expectativa de encontrarlo todo normal. Puede ser desconcertante el encontrar, ya sea al nacimiento y durante las primeras semanas de vida, lesiones en la piel.

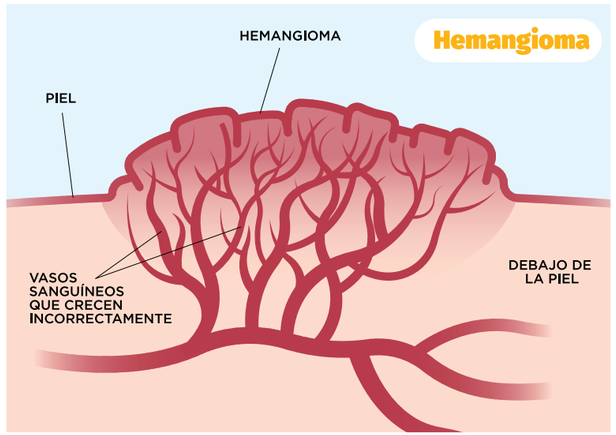


Los Hemangiomas Infantiles (HI) son los tumores mas comunes que se pueden ver en bebés.

Los HI están compuestos de vasos sanguíneos que crecen incorrectamente y se multiplican rápidamente durante el primer año de vida. Pueden verse al nacer o durante las primeras semanas luego del nacimiento, pero para los 6 meses de edad, la gran mayoría de éstos son visibles.

Crecen más rápido entre los 4 meses a un año de vida y luego comienzan a achicarse y muchos desaparecen. No se sabe su causa, pero sí se sabe que 4 a 5 de cada 100 recién nacidos en Estados Unidos los desarrollan.

Son mas comunes en bebés prematuros o con bajo peso al nacer, como también en gemelos.





Hay tres tipos de hemangiomas infantiles:



Hemangiomas superficiales: se ven como una lesión levantada color roja que se siente gomosa y comúnmente se le conocen como “strawberry patch”.



Hemangiomas mixtos: son una combinación de crecimiento superficial y profundo.



Hemangiomas profundos: se forman debajo de la piel y se ven como una lesión levantada color violácea que puede parecer un hematoma con hinchazón.

A pesar de que los hemangiomas infantiles no son cancerosos, algunos requieren de tratamiento ya sea porque su localización puede interferir con el funcionamiento de algún órgano como, por ejemplo, hemangiomas en la cara, cerca de los ojos, que pudiesen interferir con la visión; porque la piel está cambiando de textura; o porque la piel en el área del hemangioma se abre y sangra o forma una úlcera.

Hay múltiples modalidades de tratamiento incluyendo medicamentos orales, tópicos e inyectables, laser y cirugía.

La Academia Americana de Pediatría tiene guías específicas de cómo tratar los HI y su recomendación es que se evalúen temprano en su crecimiento y se monitoreen minuciosamente por un pediatra.

Es por esto que el primer paso que usted debe seguir, si ve una lesión en la piel de su bebé, es llevarlo a su pediatra lo antes posible.

Éste podrá contestar todas las preguntas que usted tenga al respecto, hacer los referidos a tiempo de ser necesario y como equipo, delinear un plan de acción.

Referencias:

1- AAPHealthyChildren.org: https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/bathing-skin-care/Pages/Infantile-Hemangiomas-Baby-Birthmarks.aspx .

2- Daniel P. Krowchuk, Ilona J. Frieden, Anthony J. Mancini, David H. Darrow, Francine Blei, Arin K. Greene, Aparna Annam, Cynthia N. Baker, Peter C. Frommelt, Amy Hodak, Brian M. Pate, Janice L. Pelletier, Deborah Sandrock, Stuart T. Weinberg, Mary Anne Whelan, SUBCOMMITTEE ON THE MANAGEMENT OF INFANTILE HEMANGIOMAS; Clinical Practice Guideline for the Management of Infantile Hemangiomas. Pediatrics January 2019; 143 (1): e20183475. 10.1542/peds.2018-3475.

3- NemoursKidsHealth.org: https://kidshealth.org/en/parents/infantile-hemangioma.html#:~:text=Doctors%20don't%20know%20what,%2C%20triplets%2C%20etc.).

MI NIÑO TIENE TARTAMUDEZ: ¡NO ENTIENDO!



Por: Dr. Francisco J. Reyes-Santiago, AuD, CCC-A, CCC-SLP
Audiólogo Pediátrico y Patólogo del Habla Lenguaje
Hospital Municipal de San Juan

¿QUÉ ES LA TARTAMUDEZ?

La tartamudez es un desorden del desarrollo en los niños que interrumpe la fluidez del habla y puede comenzar entre los 2 a 5 años de edad.

Cerca del 80% al 90% de los niños logran superar este tipo de disfluencias en el habla, aunque si persisten se podría diagnosticar como tartamudez y posiblemente requiera recibir tratamiento.

EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que la incidencia de tartamudez en la población pediátrica es de 5% a 8% y esta aumenta a un 11% en la etapa pre-escolar. Por otro lado, la prevalencia de este tipo de disfluencia en el habla permanece entre un 2% a un 6%.

Aquellos niños que tienen un familiar cercano (papá, mamá, hermanos) con tartamudez poseen mayor probabilidad de que muestren tartamudez en algún periodo de su desarrollo.

La tartamudez es más común en niños que en niñas. Del mismo modo, se ha descubierto en investigaciones que por cada 4 niños solo existe 1 niña con tartamudez.

POSIBLES CAUSAS

Se considera que la causa de la tartamudez es multifactorial, o sea, varios factores pueden contribuir para que los niños desarrollen esta disfluencia del habla.

Existen factores genéticos, neurológicos, o de salud mental tales como constante estrés y ansiedad en el núcleo familiar.

CÓMO IDENTIFICARLO

La tartamudez se puede de identificar cuando los niños repiten de manera atípica sonidos, sílabas, palabras, producen sonidos de manera prolongada, o mostrando momentos de silencio previo a comenzar a hablar.

Estos son algunos ejemplos son: repeticiones de sonidos, sílabas, o palabras (“da-da-da-dame”, “q-q-q-quiero agua”), prolongaciones de consonantes (“zzzzzzzapato”), bloqueos (espacio de silencio previo a iniciar una palabra u oración).

En ocasiones la tartamudez puede estar acompañada de movimientos físicos que podemos ver en el rostro o en el cuerpo como cerrar los ojos y mover la cabeza al hablar.

TRATAMIENTO

Consulte con su pediatra sobre las disfluencias en el habla que ha notado en su niño para identificar si son típicas para su edad.

Si por el contrario fueran atípicas, éste le brindará un referido para consulta y evaluación con un patólogo del habla-lenguaje.



El tratamiento para la tartamudez es uno sumamente individualizado y basado en la evaluación de fluidez del habla, factores en el lenguaje, componentes emocionales y comportamiento, entre otros.

Incluye además, múltiples sesiones de terapia del habla para aprender a manejar las disfluencias en el habla.

El patólogo del habla-lenguaje le brindará al niño las estrategias necesarias para manejar su tartamudez y poder comunicarse efectivamente.

Además, como la tartamudez es un desorden del habla que pudiera causarlo uno o múltiples factores, es posible que su pediatra le recomiende consultar con varios profesionales además del patólogo del habla-lenguaje para un mejor tratamiento.

CONSEJOS A LOS PADRES

Estos son algunos consejos para padres y cuidadores de niños con tartamudez para facilitar la comunicación efectiva y minimizar el impacto de las disfluencias en el habla:

- ✓ **Permita que el niño pueda expresarse brindándole más tiempo en su turno para hablar en una conversación.**
- ✓ **Reduzca la cantidad de preguntas al hablar, no complete sus palabras o lo que quieran decir.**
- ✓ **Reduzca el ritmo o rapidez del habla al comunicarse con el niño.**
- ✓ **Utilice la estrategia de juego liderado por el niño mientras se comunica,**
- ✓ **Simplifique la complejidad del lenguaje al comunicarse.**

Para más consejos sobre la tartamudez o disfluencias en el habla puede comunicarse con su pediatra o un patólogo del habla-lenguaje.

Siempre piense que su niño no está enfermo, solo se comunica de manera diferente y es especial como todos.

¡VAMOS A AYUDARLO!

CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO

La tartamudez pudiera continuar hasta la etapa de la adultez por lo que es sumamente importante recibir tratamiento lo antes posible para disminuir el impacto que esto pueda tener en el habla y la comunicación.

RECOMENDACIONES DE LA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRÍA

La Academia Americana de Pediatría recomienda que si el periodo de tartamudez o disfluencia en el habla no mejora espontáneamente en un periodo de 6 meses se debe considerar una evaluación del habla con un patólogo del habla-lenguaje.

De igual manera, recomienda que todos los profesionales que trabajan con la población pediátrica deberían monitorear detalladamente el desarrollo de los niños para así referirlos a especialistas para evaluación y tratamiento a temprana edad.

NO SE RECOMIENDA ESPERAR.



Referencias:
American Speech-Language-Hearing Association. (n.d.-a). Fluency Disorders. https://www.asha.org/practice-portal/clinical topics/fluency-disorders/
American Speech-Language-Hearing Association. (n.d.-b). Stuttering. https://www.asha.org/public/speech/disorders/stuttering/
Costa, J. B., Ritto, A. P., Juste, F., Sassi, F. C., & de Andrade, C. R. F. (2022). Risk Factors for the Development of Persistent Stuttering: What Every Pediatrician Should Know. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(9), 5225. https://doi.org/10.3390/ijerph19095225
Whelan, A. W. (2019). 5 Tips to Share With Parents of Preschoolers Who Stutter. The ASHA Leader. https://leader.pubs.asha.org/do/10.1044/5-tips-to-share-with-parents-of-preschoolers-who-stutter/full/

Mi nene tiene fiebre hace muchos días:

¿Será Síndrome de Kawasaki?






Por: Claudia López & Juan C. Torres
Jefes de Residentes
Pediatría General
Depto. de Pediatría RCM

¿Qué es el Síndrome de Kawasaki?

La enfermedad de Kawasaki se decribe como una inflamación de los vasos sanguineos del cuerpo. Fue descrita en Japón por Tomisaku Kawasaki en el 1967 y por eso surge el nombre del síndrome.

¿En quién podemos observarlo?

En Estados Unidos se diagnostican de 9-20 casos por cada 100,000 niños y estos suelen ser menores de 5 años.

¿Cuál es la presentación clínica? ¿Qué signos y síntomas podemos observar para sospecharlo?

- El primer signo para considerar un diagnóstico de Síndrome de Kawasaki, es fiebre cuantificada (≥ 100.4˚F o 38.3˚C) por 5 días o más.
- Para hacer el diagnóstico de Síndrome de Kawasaki, el niño, además de la fiebre tiene que presentar criterios específicos. En ocasiones, si el niño no reúne todos los criterios, se puede describir un Síndrome de Kawasaki atípico.
- **Entre los signos que podrían ser indicativos del síndrome:** enrojecimiento de los ojos sin secreciones, hinchazón de las manos y pies, enrojecimiento de la lengua como apariencia de una fresa y labios resecos y partidos, inflamación de los nódulos linfáticos del cuello (usualmente de un solo lado) y erupción en la piel.



¿Cómo se hace el diagnóstico?

- El diagnóstico se hace mediante un historial de enfermedad detallado, junto con a un examen físico detallado.
- Además se hacen laboratorios buscando diferentes marcadores de enfermedad. Los pacientes puede presentar con anemia (hemoglobina baja), plaquetas elevadas, marcadores de inflamación elevados, enzimas del higado elevadas, globulos blancos elevados en la orina; entre otros.
- Se realiza un sonograma del corazón (ecocardiograma), ya que el síndrome afecta los vasos sanguíneos del cuerpo, incluyendo los del corazón.



¿Cuál es el tratamiento?

HAY DOS TRATAMIENTOS QUE SE UTILIZAN.

Uno de ellos es la gammaglobulina (que son proteínas provenientes de la sangre), la cual es administrada por via intravenosa.

El otro tratamiento es la aspirina en alta dosis. Es importante el diagnóstico en los primeros 10 dias de la enfermedad para que el tratamiento sea lo mas efectivo posible y se eviten complicaciones.

¿Cuáles son las complicaciones del Síndrome de Kawasaki?

La complicación más común son problemas cardíacos. Los vasos sanguíneos del corazón se pueden ver afectados, se debilitan y se pueden crear aneurismas.

Estos problemas podrian ser permanentes y por eso es la importancia del tratamiento dentro de los primero 7-10 dias.

También podría haber acumulación de liquído en la vesícula causando dolor abdominal.



¿Qué consejos podemos ofrecer a los padres?

- Tener un termometro disponible en el hogar para cuantificar la fiebre.
- Visitar su médico primario si el paciente presenta con fiebre persistente durante 5 días y no se ha identificado un posible foco de infección u otra causa.
- Observar por algún signo o síntoma de los anteriormente mencionados.

Si su hijo o hija presenta con alguno de los signos mencionados deberá llevarlo a evaluar lo antes posible.

VIVIENDO CON NIÑOS ZOMBIES Y EL SOBRE USO DE DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS

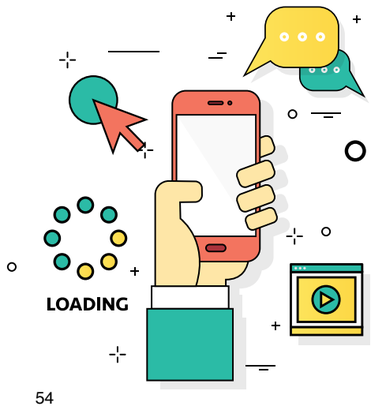




Por: Natalia L. Rodríguez Vázquez, MD
Neuróloga Pediátrica Certificada por la Academia Americana de Psiquiatría y Neurología
Facultad médica del Hospital Auxilio Mutuo en San Juan y de PedMed en Caguas

En los últimos años, diversas investigaciones científicas han identificado que el uso incorrecto de dispositivos móviles (celulares, tabletas) están perjudicando el desarrollo infantil. Es común escuchar decir que los niños nacen sabiendo manejar este tipo de artefacto y hasta los padres y abuelos se enorgullecen de decir esta aseveración.

Es importante mencionar que es en esos primeros dos años de vida donde ocurre el mayor desarrollo del cerebro de un niño. Es en esta etapa en la que deberíamos proveerle al niño todo tipo de experiencias sensoriales y sociales que aporten a un crecimiento adecuado.



Existe evidencia probada donde se ha identificado que el uso prolongado de pantallas tiene una correlación directa de forma adversa en el comportamiento, problemas de regulación emocional, retraso en habla, problemas académicos y problemas de funciones ejecutivas como lo son el autocontrol y manejo de impulsos.[1]

El buen dormir, el mantener un peso adecuado, la actividad física y las relaciones sociales también son afectadas por esto.

Niños que provienen de un nivel socioeconómico bajo, experimentan una cantidad de tiempo desproporcionalmente alto frente a este tipo de dispositivos.

Un estudio realizado en el estado de Nueva York describió que los niños menores de 2 años participantes del programa WIC pasaban 95% de su tiempo al día frente a alguno de estos aparatos.

Eso equivale de entre 10 a 15 horas al día, y esta cantidad de horas aumenta a medida que crecen.

El síndrome del niño zombie se caracteriza por la impulsividad, reacciones agresivas a las frustraciones y la búsqueda de satisfacciones inmediatas.[2]

Esto se ha relacionado a una crianza en la que los padres están ausentes y sustituyen el cuidado directo y las atenciones por el uso de dispositivos electrónicos.

Numerosos estudios realizados en niños reportan asociaciones entre el tiempo de uso de estos dispositivos y las consecuencias negativas que tiene en el desarrollo de memoria a corto plazo, el desarrollo de las destrezas en lenguaje, la adquisición las habilidades de lectura y matemáticas, y a largo plazo un impacto negativo en el desarrollo de destrezas sociales.[3]

Por lo tanto, la Academia Americana de Pediatría, la Sociedad Canadiense de Pediatría como la Organización Mundial de la Salud han dado recomendaciones específicas sobre el uso de estos dispositivos o el famoso screen time:

Edad	Tiempo de uso al día	Recomendaciones adicionales
0 - 18 meses	CERO	Sólo video llamadas.
12-24 meses	< 1 hora	Que el niño esté acompañado del adulto y vean contenido altamente educativo.
2-5 años	0 - 3 horas	Que el niño esté acompañado del adulto para que entiendan lo que están viendo y vean contenido interactivo.
6-17 años	2 horas	Tener límites de tiempo establecidos para mantener la actividad física y la higiene de sueño de forma adecuadas.
>18 años	2-4 horas	No permitir el dejar de hacer actividades físicas. Programarse y tener tiempo libre entremedio del tiempo de uso.

En resumen, las experiencias que le brindamos a nuestros hijos desde el nacimiento juegan un papel sumamente importante en su desarrollo.

A una mayor exposición desde pequeños a dispositivos electrónicos, se sabe que provoca un impacto negativo en el aspecto de socializar, manejando emociones y frustraciones, la actividad física, y un desarrollo cognitivo adecuado.

- **Brindémosles a nuestros hijos tiempo de calidad estando presentes y envueltos en su desarrollo y sus actividades.**
- **Vamos a ofrecerles experiencias enriquecedoras llenas de refuerzo positivo, estímulos adecuados para su edad y retos saludables.**
- **De tener alguna duda con el desarrollo de su hijo y si el uso de los dispositivos electrónicos es adecuado para su edad, consulte con su Pediatra.**

Referencias:

Kerai, S., Almas, A., Guhn, M. et al. Screen time and developmental health: results from an early childhood study in Canada. BMC Public Health 22, 310 (2022)

Abril 2018: XIV Cátedra de Psiquiatría: "Por síndrome de «Padres ausentes» aparece el «Síndrome del niño Zombie»: argumentos destacados sobre la charla por el Doctor Jesús Amaya Guerra, Universidad de Monterrey (UDEM).

Li C, Cheng G, Sha T, Cheng W, Yan Y. The Relationships between Screen Use and Health Indicators among Infants, Toddlers, and Preschoolers: A Meta-Analysis and Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2020 Oct 7;17(19):7324

Duch, H., Fisher, E.M., Ensari, I. et al. Screen time use in children under 3 years old: a systematic review of correlates. Int J Behav Nutr Phys Act 10, 102 (2013)

100% JUGO
100% DIVERSIÓN



0 AZÚCAR AÑADIDA

LIBRE DE GLUTEN

SIN PRESERVATIVOS

Distribuye B Fernandez & Hnos