Revista Mi Pediatra

SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA

Edición 30

CUANDO MI BEBÉ TIENE TOS

Perlesía Cerebral

ESCOLIOSIS

Bronquitis

NIÑOS EN LA ESCUELA: ¿Qué debemos saber del acoso escolar?

¿Necesitará espejuelos mi niño?



LA VACUNA DEL COVID-19 Y LOS NIÑOS

facebook.com/mipediatraspp

www.revistamipediatrapr.com

¡PRONTO!



CON 5 HMO PREBIÓTICOS

NUNCA ANTES UNA FÓRMULA SE HA PARECIDO TANTO A LA **LECHE MATERNA**

Similac®

LA FUERZA DE LA NUTRICIÓN

Abbott

©2022 Abbott ANAPRSIM202217734 Enero 2022

Ganadora

DEL CONCURSO DE DIBUJO



Janemailyx J. Suárez Rivera

Para la portada de esta edición se le solicitó a los niños dibujar "Cómo me siento cuando estoy enfermo". La Junta Editora de la Revista Mi Pediatra felicita a Janemailyx Suárez Rivera, una niña de 5 años de edad, residente de Guayama y quien resultó ganadora del concurso.

Al preguntarle a Janemailyx acerca de su dibujo, nos respondió:

"Desde que estoy enferma pongo muchas caras depende como me sienta"

Muchas gracias a todos los participantes y recordemos que el dibujo es una excelente herramienta para conocer los sentimientos de los niños.

¡Muchas felicidades!

¿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 al siguiente número:

787-421-0944

Búscanos en:

facebook.com/mipediatraspp

www.revistamipediatrapr.com



Mensaje Editorial



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

Un saludo en el 2022 a todas las familias. Es nuestro interés en la Junta Editora de la Revista Mi Pediatra el compartir temas que ayuden a los padres a mantener a nuestro niños saludables física y emocionalmente. Con frecuencia nos hacemos preguntas como: ¿Cuándo debo evaluar la visión y audición de mi niño?; ¿Por qué se mide el oxígenación de la sangre al recién nacido?; ¿Cómo sé colocar el asiento protector o cuándo debo cambiarlo de posición?; ¿Cómo puedo evitar infección en un diente? o ¿Por qué es importante la vacuna contra el virus del papiloma humano? Encontrarán en las próximas páginas las respuestas a éstas y muchas otras preguntas.

Es necesario atender salud mental de nuestra población en estos tiempos. Los niños son un reflejo de lo que pueda estar ocurriendo en el entorno. Por esto es tan necesario educar y ofrecer herramientas que equipen a nuestras familias para reconocer las señales que preocupan y buscar ayuda a tiempo. Los invito a repasar temas como el efecto del acoso escolar, señales de maltrato y la sicosis en nuestros niños.

Nuestro objetivo principal es mantener a nuestra comunidad educada en temas que afectan diariamente a la población pediátrica desde el recién nacido hasta el adolescente, tanto situaciones agudas como crónicas. Debemos poder entender cómo se pueden sentir los niños y adolescentes al presentar signos de enfermedad. En la portada de esta edición encuentran expresión de un niño al estar enfermo. Recordemos que a través del dibujo podemos conocer cómo se sienten, lo que tal vez se les hace difícil expresar de otra forma.

Un abrazo caluroso,

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



Mensaje de la Presidenta

Estimados lectores:

Me dirijo a ustedes por última ocasión como Presidenta de la Sociedad Puertorriqueña de Pediatría. Les agradezco que hayan apoyado nuestra revista y que nos sigan en las redes. Les pido que compartan la información que le brindamos ya que la misma es útil, certera, valiosa y está basada en data científica actual. Reconozco el trabajo que ha desempeñado con excelencia la editora de la revista, la Dra. Nerian Ortiz y su Junta Directiva. De igual manera, agradezco a todos los autores de artículos por su contribución y entusiasmo en apoyar a través de la educación, el bienestar de la población pediátrica. La discusión de los temas presentados en la revista y otros de relevancia que son discutidos con la comunidad en el "Facebook live", han sido de gran valor. Gracias a la Dra. Ortiz y al Dr. Wilfredo de Jesús por todo su tiempo y entusiasmo con este gran proyecto.

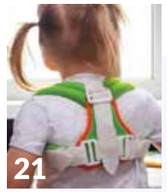
Mi término como presidenta de la Sociedad Puertorriqueña de Pediatría fue uno marcado por la crisis de salud más seria que el mundo ha vivido en la historia reciente. Durante este tiempo difícil , los pediatras hemos continuado evaluando y tratando nuestros pacientes y hemos educado sobre el COVID. También hemos apoyado y promovido la vacunación de rutina y la vacuna contra el COVID. De hecho, hemos salido voluntariamente a vacunar a muchos puertorriqueños sin importar su edad. Hemos dado la voz de alerta sobre los grandes problemas que la pandemia ha traido a la niñez y adolescencia de nuestros ciudadanos. Es un verdadero orgullo pertenecer a este grupo tan especial de seres humanos: los pediatras. Gracias.

Espero que disfruten de los temas que se presentan en esta edición. Agradecida del apoyo de mi Junta Directiva por estos dos años y deseándole al Dr. Gerardo Tosca, Presidente 2022-2024 y a su Junta mucho éxito en todos sus proyectos.

Carmen I. Suárez Martínez, MD, FAAP
Presidenta, Sociedad Puertorriqueña de Pediatría

Revista Mi Pediatra
SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA
Edición 30















CONTENIDO

10 / Conversando con Mi Pediatra: alergia a las proteínas de la leche

12 / Cuando mi bebé tiene tos

14 / La Vacuna Contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en los Preadolescentes y Adolescentes

16 / Enfermedad inflamatoria del intestino

18 / ¿Puedo lactar si estoy tomando medicamentos?

21 / Mi niño tiene una curvatura en la espalda: ¿Será escoliosis?

24 / Hipertensión en niños y adolescentes: enfermedad de abuelitos y nietos

26 / ¡Salva vida! Uso correcto del asiento protector

30 / Niños en la escuela: ¿Qué debemos saber del acoso escolar?

32 / ¿Para qué sirve la oximetría de pulso en el recién nacido saludable?

34 / ¡ACHÚ! ¿Será el virus respiratorio sincitial?

36 / La vacuna del COVID-19 y los niños

39 / ¿Qué quiere decir que mi hijo/a tiene el diagnóstico de Perlesía Cerebral?

41 / ¡Tiene un absceso dental y ahora, qué hago...! Reconoce sus signos y síntomas

43 / El maltrato de menores: ¿Qué puedo hacer?

46 / ¿Necesitará espejuelos mi niño?

48 / ¿Debo examinar la audición de mi hijo?

50 / ¿Qué le pasa a mi hijo? Primer episodio sicótico

JUNTA EDITORA DE LA REVISTA

Nerian Ortiz MDA FAAP
Ana Medina MD FAAP
Wilfredo De Jesús MD FAAP
Janice Rodríguez MD DABPN

JUNTA DE LA SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA

Dra. Carmen Suarez Presidenta 2020-2022
Dr. Gerardo Tosca, Presidente Electo 2022-2024
Dra. Vanessa Santini, Pasada Presidenta
Dr. Ricardo García, Tesorero
Dra. Ana Medina, Secretaria
Dra. Ana Barletta, Vocal
Dra. Ángela Suárez, Vocal
Dra. Iris Cardona, Asesora
Dr. Fernando Vega, Asesor

VENTAS

Diana M. Benítez

DISEÑO GRÁFICO

Aysha M. Berrios



Mensaje del Presidente Electo

Reciban un cordial saludo.

Con mucho entusiasmo comienzo mi término como presidente 2022-2024 de la Sociedad Puertorriqueña de Pediatría.

Ya con la experiencia de haber ocupado esta posición anteriormente, reconozco que vivimos tiempos extraordinarios donde las organizaciones, sobre todo las del sector de la salud, tienen un rol de gran importancia en el Puerto Rico en que vivimos y sobre todo nuestra Sociedad en su misión de mantener una educación continua de excelencia, defender los derechos y deberes de los Pediatras y sobre todo el bienestar de los pacientes pediátricos de Puerto Rico.

Teniendo como ruta esta misión y entendiendo la importancia de la educación médica este término tendrá como áreas de enfoque el continuar y desarrollar nuevas estrategias de educación médica a nuestros pediatras, tomar participación de los asuntos gubernamentales que repercuten sobre nuestros pediatras, haciendo de esta Sociedad una vocal y participativa en cuanto a los derechos de los profesionales de la salud de esta especialidad. Esto se entrelazará con el desarrollo e implementación de 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 sub-especialistas locales. Pueden también acceder la misma digitalmente en *revistamipediatrapr.com*

Pronto estaremos comunicándonos directamente. Hoy, una vez mas 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.

"¡Ser Miembro de la Sociedad vale la Pena ...Y hacemos la Diferencia!"

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

¡NUEVO!

SIMILAC® ALIMENTUM®

ahora con 2'-FL HMO para apoyo a la salud inmune

APOYO INMUNE

LUTEÍNA

VITAMINA E

2'-FL HMO OLIGOSACÁRIDO DE LECHE HUMANA* *No de leche humana

DHA

DESARROLLO DE CEREBRO & OJOS

APOYA LA BARRIGUITA Y SISTEMA INMUNE

es una fórmula hipoalergénica extensamente hidrolizada para las alergias a los alimentos y síntomas de cólicos debido a la sensibilidad a las proteínas.

Ahora contiene 2'-FL HMO, prebiótico parecido al que se encuentra en la leche materna para apoyar el sistema inmunológico.

ELEGIBLE EN WIC† PUERTO RICO†

Ayuda a reducir síntomas de CÓLICOS en 24hrs*

DHA & ARA

SIN ACEITE DE OLEÍNA DE PALMA

Similac® ALIMENTUM®

LA FUERZA DE LA NUTRICIÓN

*Basado en un estudio clínico con Similac Alimentum Ready to Feed sin DHA, ARA, luteína, beta caroteno y 2' FL HMO en un pequeño grupo de infantes exprimentando síntomas de cólicos debido a la sensitividad a la leche de vaca. Data en archivo. Estudio AC84, Agosto 2004. Abbott Nutrition.
† 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, Inc. ANAPRALM202217544 January, 2022



¿Qué es alergia a la proteína de la leche?

Es una respuesta del sistema de defensas del cuerpo a los productos que contiene la leche. Puede ocurrir tanto con la leche de vaca pero también con otras como la de cabra. En la mayoría de las ocasiones, la reacción alérgica ocurre inmediatamente luego de consumir la leche.

¿Qué signos y síntomas se pueden observar?

Los síntomas puedes ser de leves a más severos y pueden variar de niño a niño.

ALGUNOS DE LOS SÍNTOMAS PUEDEN SER:

- Ronchas o urticaria
- Picor u hormigueo alrededor de los labios
- Hinchazón de los labios
- Tos o dificultad para respirar
- Vómitos
- Sibilancias (pitos)

Otros síntomas pueden ser: diarrea, cólicos en el bebé, calambres o dolor abdominal.

En casos de alergia a la proteína de la leche, puede en casos más severos, ocurrir anafilaxis, reacción en la que se pueden afectar varios sistemas del cuerpo incluyendo el respiratorio. Esto es una emergencia médica.

Es importante recordar que alergia a la proteína de la leche no es lo mismo que intolerancia. Cuando hablamos de intolerancia, el sistema de defensas del cuerpo no se afecta. En intolerancia podemos observar problemas digestivos como diarrea y gases luego de consumir productos lácteos.

¿Quiénes están a mayor riesgo de padecer de alergia a la proteína de la leche?

Algunos factores que se han identificado incluyen:

- Otras alergias
- Dermatitis atópica
- Historial familiar de alergias a alimentos

¿Pueden existir complicaciones?

Se ha descrito que niños que son alérgicos a la proteína de la leche son más propensos a manifestar alergias a otros alimentos como huevos y el maní. También se ha observado mayor riesgo a padecer de rinitis alérgica.

¿Qué otros alimentos contienen la proteína de la leche?

- Mantequilla
- Yogur
- Mantecado
- Queso
- Algunos dulces como el chocolate

¿Cómo podemos prevenir la alergia a la proteína de la leche?

Si se identifica que el niño es alérgico a la proteína de la leche, debe evitar el consumo. Es importante leer las etiquetas de los alimentos cuidadosamente antes de ingerirlos. **Además, es necesario lo discuta con su pediatra, quien le orientará y hará un referido de ser necesario.**

Recordemos que la leche materna es la mejor alimentación para los infantes. Ésta debe ofrecerse de forma exclusiva hasta los seis meses de edad y luego según la madre y el bebé así lo decidan. Mientras más tiempo el bebé sea lactado, tendrá menos riesgo de desarrollar alergias a la proteína de la leche.

Si fuera necesario introducir fórmula, existen fórmulas maternizadas hipoalergénicas, las cuales son menos propensas a desarrollar reacciones alérgicas en los infantes.

DETENGA LA PROPAGACIÓN DE GÉRMENES | COVID-19 |



Vacúnese contra el COVID-19.



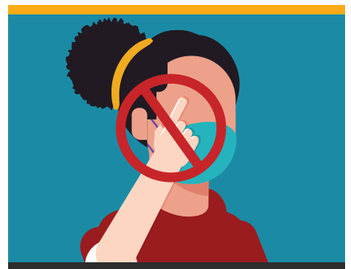
Al toser o estornudar, cúbrase la nariz y la boca con un pañuelo desechable, luego bótelo en la basura y lávese las manos.



Mantenga al menos 6 pies de distancia de otras personas (aprox. 2 brazos extendidos).



En lugares públicos, use una mascarilla que le cubra la nariz y la boca.



Evite tocarse los ojos, la nariz y la boca.



Limpie y desinfecte los objetos y superficies que se tocan con frecuencia.



Quédese en casa si está enfermo, excepto para recibir atención médica.



Lávese las manos frecuentemente con agua y jabón por al menos 20 segundos.

https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html

MP 316917-AM | 07/08/2021

CUANDO MI BEBÉ TIENE TOS





Por: Ángel J. Colón Semidey, MD
Pneumólogo Pediátrico
Escuela de Medicina RCM

La presencia de tos en nuestros infantes siempre es motivo de preocupación para padres y madres. Toser es un mecanismo normal de defensa que tiene nuestro cuerpo para remover cosas que irritan las vías aéreas de nuestros niños.

Estos irritantes pueden ser cosas visibles como lo son una pajita, un mime, hasta un pedazo de un juguete pequeño, pero pudiera ser causado por cosas que no vemos a simple vista, como lo son infecciones por virus, bacterias y el humo de cigarrillo.

Si ocurre momentáneamente, el cuerpo responde a ese mecanismo normal para remover el irritante y se disipa. ¿Pero qué ocurre cuando la tos persiste en un bebe? ¿Cuáles son las causas más comunes de esa tos persistente? ¿Cómo prevenirlas? ¿Cómo evitarlas? ¿Cómo tratarlas?

EN UN RECIÉN NACIDO, la presencia de tos pudiera ser una señal de una infección transmitida al bebé durante el nacimiento. La tos pudiera estar asociada a otros signos y síntomas, como lo son la fiebre, no querer chupar bien, ictericia (ponerse amarillo) y dificultad respiratoria.

De tener alguno de estos síntomas y una placa con un infiltrado, esta tos pudiera ser causada por una pulmonía neonatal. Al nuestros infantes no tener bien desarrolladas las defensas y no tener las vacunas en los primeros meses, estos síntomas son causa para permanecer en el hospital.

El tratamiento recomendado para estos casos es el uso de antibióticos intravenosos y de ser necesario oxígeno.

EL CUIDADO PRENATAL Y LAS VACUNAS QUE RECIBEN NUESTROS NIÑOS SON ESENCIALES PARA PREVENIR ESTA CAUSA DE TOS.



Otra causa común de tos en los primeros meses en nuestros bebes puede ser **reflujo gastroesofágico.** Los buches de leche son comunes en esta etapa porque nuestros niños están aprendiendo a tragar. A algunos ese aprendizaje le toma más tiempo y los buches pudieran empeorar y causar vómitos y tos.

LA TOS ES CAUSADA CUANDO LA LECHE SUBE AL ESÓFAGO O LLEGA A LAS VÍAS RESPIRATORIAS.

Para tratar el reflujo comenzamos por tomar medidas físicas, como lo son elevar la cabeza colocando una cuña debajo del colchón (mattress) de la cuna, colocándolos en la silla de infantes y/o de lado, con la parte derecha tocando el mattress.

En casos más severos son necesarios medicamentos para el reflujo, broncodilatadores y antiinflamatorios si la tos es constante y severa.

Aunque poco frecuente, pudiera darse el caso en que exista una conexión entre el tubo de respirar (tráquea) y el tubo de tragar (esófago) causando que con cada ingesta se envíe comida a los pulmones.

El diagnóstico de esto se realiza con un estudio de tragado o tomografía computarizada y el tratamiento requiere de cirugía.

Es importante consultar con su pediatra para establecer un diagnóstico claro y un plan de tratamiento adecuado.

Al nuestros bebés exponerse a otros en nuestro entorno familiar y/o en centros de cuido las infecciones que afectan las vías respiratorias son sin duda la causa más frecuente de tos en nuestros bebés.

EL CATARRO COMÚN, causado por diferentes viruses, como lo es el rinovirus, da lugar a congestión nasal clara, fiebre baja y tos. Este tipo de tos puede durar 1-2 semanas y se mejora con tratamiento para los síntomas, como lo son acataminofén si hay fiebre y descongestionantes, si hay mucha congestión nasal.



EN ALGUNOS POCOS ESA INFECCIÓN PUDIERA LLEGAR A LOS PULMONES CAUSANDO BRONQUIOLITIS, QUE NO ES OTRA COSA QUE UNA PULMONÍA VIRAL.

En esta condición vemos los mismos síntomas que vemos durante un catarro común seguido de aumento en la frecuencia respiratoria, tos seca y frecuente, retracciones (que las costillas se hundan) y problemas de oxigenación.
De necesitar oxigeno o de la dificultad ser más marcada, será necesario hospitalizar a bebé.

Las causas más comunes para esta condición son el virus respiratorio sincitial (RSV), la influenza, la para-influenza y el adenovirus.

LAS PULMONÍAS CAUSADAS POR BACTERIAS pudieran también causar tos y dificultad respiratoria, pero por lo general v con van acompañadas de fiebre alta (las bronquiolitis tienen poca o ninguna fiebre), aumento en los glóbulos blancos en el contaje de sangre (en las bronquiolitis vemos blancos normales o bajos) y tos con flema (en las bronquiolitis vemos tos seca).

Esta condición puede durar 2-3 semanas, y requerir de broncodilatadores, antiinflamatorios orales/intravenosos/inhalados y solución salina, entre otros.

Si fuera una pulmonía causada por bacteria el tratamiento indicado requiere de antibióticos orales o intravenosos por ocho a diez días.

La vacunación ha ayudado a prevenir infecciones que veíamos en el pasado, como las causadas por pertusis (tosferina) y difteria.

Para pacientes prematuros (menos de treinta y cinco semanas de gestación), cardíacos y con otras condiciones pulmonares serias, una bronquiolitis por RSV pudiera ser mortal y por esa razón se recomienda la vacuna de Synagis durante los primeros dos años de vida.

No podemos olvidar la presencia de irritantes como causa de tos.

EL HUMO DE CIGARRILLO, además de ser un factor de riesgo para el fumador, es un potente irritante para nuestros bebés e importante causa de tos.

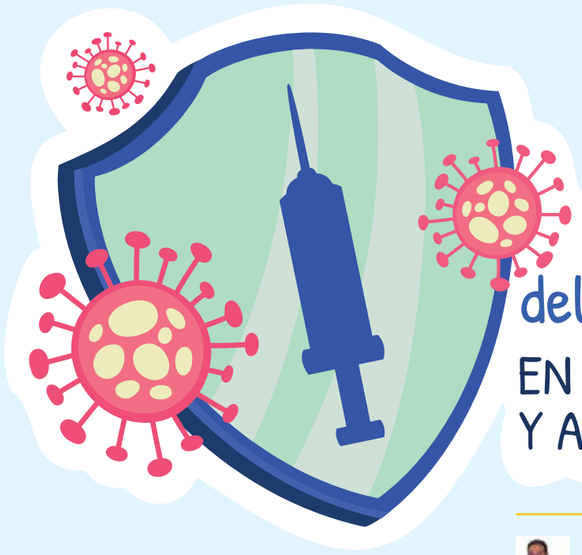
El efecto lo vemos, aunque no se fume en presencia de los niños.Además de tos, el riesgo aumenta para el desarrollo de infecciones de oído, garganta y pulmonías.

EL POLVO DEL SAHARA que tan comúnmente vemos en nuestra área geográfica también predispone al desarrollo de tos por todos los irritantes que tiene la nube de polvo.

DETERGENTES Y DESINFECTANTES, que tanto hemos utilizado durante el periodo de pandemia, también pueden causar irritación respiratoria y causar tos.

En casos de que la tos sea prolongada, asma, fibrosis quística y desordenes de los cilios respiratorios, pudieran ser otras posibles causas para ver tos en nuestros bebés.

Consulte con su pediatra si su hijo tiene tos.



La Vacuna Contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)

EN LOS PREADOLESCENTES Y ADOLESCENTES



Por: Gerardo J. Tosca Claudio, MD, FAAP*
Pediatría General
Sociedad Puertorriqueña de Pediatría

LA VACUNA ESTÁ APROBADA DESDE LOS 9 AÑOS HASTA LOS 45 AÑOS, PERO LA EDAD IDÓNEA EN ESTA POBLACIÓN ES A LOS 11 AÑOS.

El Virus de Papiloma Humano (VPH) es un virus común que afecta a los adolescentes y preadolescentes. Aproximadamente 14 millones de personas, incluyendo los adolescentes, contraen infecciones por el VPH cada año.



Las infecciones por el VPH pueden causar cáncer de cuello uterino, de vulva y de vagina en las mujeres, y cáncer de pene en los hombres.

La vacuna está aprobada desde los 9 años hasta los 45 años, pero la edad idónea para esta población de preadolescentes es a los 11 años. Esto, porque el sistema inmune está robusto a esta edad y usualmente es antes de que los preadolescentes empiecen a experimentar. A los 11 años hay ya establecido un refuerzo de la vacuna de Tdap y esto ayudó a que se estableciera la vacuna del VPH a la edad de los 11años.

La vacunación a tiempo protege a los preadolescentes MUCHO ANTES DE QUE LLEGUEN A EXPONERSE AL VIRUS.



El VPH se contrae a través del contacto sexual íntimo con otra persona.

Si el adolescente es menor de 15 años de edad requerirá dos (2) vacunas; con seis (6) meses entre la primera y la segunda.

También, los que comienzan la serie de vacunas al cumplir los 15 años o después, necesitan 3 vacunas administradas a lo largo de 6 meses.

Si a su adolescente todavía no le han administrado la vacuna, hable con su pediatra para vacunarlo lo más pronto posible.

La mejor manera de acordarse de ponerle a su hijo todas las dosis recomendadas es hacer una cita antes de irse del consultorio o visitar el centro de vacunación para verificar las que le falten.

NO ES NECESARIO RECOMENZAR LA ADMINISTRACIÓN DE LAS VACUNAS SI POR ALGÚN MOTIVO SE LE PASA DEL TIEMPO RECOMENDADO.

LA VACUNA DEL VPH ES REQUISITO O MANDATORIO PARA PODER INGRESAR A LAS ESCUELAS Y/O UNIVERSIDAD EN PUERTO RICO.



La vacuna contra el VPH cuenta con un historial de seguridad que está respaldado por más de 10 años de monitoreo e investigaciones.



Como cualquier otra vacuna o medicamento, la vacunación contra el VPH puede causar efectos secundarios.

Los efectos secundarios más frecuentes son leves e incluyen dolor, enrojecimiento o hinchazón en el brazo en donde se adminsitró la inyección; desmayos, mareos, náuseas y dolor de cabeza.

Desmayarse después de la aplicación de cualquier vacuna, incluyendo la vacuna contra el VPH, es más común entre los adolescentes.

Para prevenir los desmayos y las lesiones relacionadas con los desmayos, los adolescentes deberían estar sentados o acostados cuando les pongan la vacuna y permanecer en esa posición durante 15 minutos después de la vacunación.

Los beneficios de la vacunación contra el VPH superan ampliamente cualquier riesgo potencial de tener efectos secundarios.

Es importante notificarle al pediatra si su hijo tiene alguna alergia grave, como alergia al látex o la levadura.

- **Todos los planes médicos, comerciales y/o el del Estado (Plan Vital), tienen en sus cubiertas la vacuna del VPH.**
- **Consulte con su pediatra lo sobre importante de esta vacuna que previene varios tipos de cáncer.**

No olvides VACUNAR a tus hijos.

¡PROTÉGELOS!



*EL DR. TOSCA CLAUDIO ES PEDIATRA, Y PRESIDENTE ELECTO DE LA SPP. PARA MÁS INFORMACIÓN PUEDEN COMUNICARSE AL CENTRO PEDIÁTRICO PASEOS AL 787-999-0889.

Referencias- CDC, Healthy Kids, AAP

Enfermedad inflamatoria del intestino





Por: Gabriela A. Báez Bravo, MD
Pediatría General

La enfermedad inflamatoria del intestino se refiere a un grupo de enfermedades que causan que diversas partes de la pared del intestino se ensanchen y enrojezcan causando entonces diferentes síntomas y complicaciones.

Es una enfermedad crónica, es decir que dura para toda la vida, y tiene periodos en los cuales se agrava, conocidos como relapso, y se controla, conocidos como remisión.

Principalmente, existen dos tipos de enfermedades inflamatorias del intestino: enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa.

- **EN LA ENFERMEDAD DE CROHN,** la inflamación envuelve todo el grosor de la pared intestinal y sus manifestaciones pueden ocurrir en cualquier parte del tracto gastrointestinal; desde la boca hasta el ano.
- Por otro lado, **LA COLITIS ULCEROSA** afecta la capa interior de la pared intestinal y solo envuelve el intestino grueso, también conocido como el colon.

Estas enfermedades pueden ocurrir a cualquier edad, desde la infancia hasta la adultez tardía, pero su pico diagnóstico ocurre en la adolescencia y adultez temprana.

Desafortunadamente, la causa de este grupo de enfermedades no se conoce, pero se entiende que ocurre por una combinación de factores genéticos, inmunológicos y ambientales.

Es por esto que el tener familiares con estas enfermedades te pone a un mayor riesgo de desarrollarlas.

LOS PACIENTES USUALMENTE PRESENTAN CON DIVERSOS SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE LOS HACEN BUSCAR AYUDA MÉDICA.

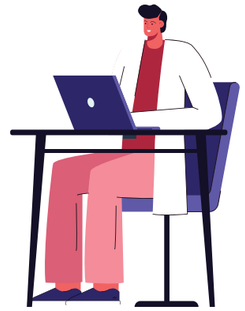


SÍNTOMAS, QUE A VECES CONSIDERAMOS COMUNES PERO QUE PODEMOS VER CON AMBAS CONDICIONES INCLUYEN:

dolor abdominal, diarrea, falta de energía, fiebre, fallo en crecimiento (tanto de estatura como peso), pérdida de peso y/o sangre en el inodoro, papel higiénico o en las heces fecales.

- **EN LA ENFERMEDAD DE CROHN** podemos ver también úlceras en la boca o abscesos en el área perianal.
- **MIENTRAS QUE LOS PACIENTES DE COLITIS ULCEROSA** usualmente presentan con sangrados rectales profusos y lo que se conoce como tenesmo, la sensación que tienes que defecar urgentemente aunque el intestino ya esté vacío.

Si le preocupa que su hijo o hija pueda tener enfermedad inflamatoria del intestino, puede llevarlo a ser evaluado por el gastroenterólogo pediátrico.



La evaluación consiste en un historial y examen físico detallado, muchas veces acompañado por pruebas de laboratorio e imágenes radiológicas que nos pueden llevar hacia el diagnóstico.

El estudio ideal para confirmar la enfermedad es una colonoscopía. Este estudio se hace bajo sedación y se utiliza un instrumento conocido como el endoscopio (un tubo largo con una cámara adjunta) que se inserta por el ano para poder visualizar el colon y el final del intestino delgado.

Durante el procedimiento, el especialista no solo visualiza si hay inflamación del intestino, si no que también puede tomar muestras del tejido intestinal y enviarlas a ser analizadas en un laboratorio de patología.

Lamentablemente, la enfermedad inflamatoria del intestino es una enfermedad crónica para la cuál no existe una cura en estos momentos.

Sin embargo, sí tenemos diversas opciones de tratamiento que incluyen medicinas antiinflamatorias, agentes inmunosupresores (de los cuales cada vez se desarrollan más opciones) y apoyo nutricional para ofrecerle descanso al intestino.

La mayoría de los pacientes con enfermedad inflamatoria del intestino, junto al apoyo de su gastroenterólogo y equipo de profesionales de la salud, logran controlar su enfermedad y llegar a remisión, dando paso así a una vida activa en la cual la enfermedad no les causa discapacidad.

- Es importante tomar en consideración que los niños, las niñas y adolescentes con enfermedad inflamatoria del intestino se pueden sentir diferentes a los demás, especialmente en periodos de relapso, y esto los puede llevar a tener problema de autoestima, ansiedad, o depresión.
- Debemos estar pendientes al estado emocional de nuestros niños y ofrecerles la ayuda necesaria, incluyendo ayuda profesional con un especialista en salud mental si así lo amerita.
- En adición, existen diversos grupos de apoyo, tanto presenciales como en las redes sociales, que pueden ayudar a pacientes y familiares a entender mejor la enfermedad y a no sentirse solos durante este proceso.

La enfermedad inflamatoria del intestino es una enfermedad crónica pero manejable que debe ser tratada por su sub-especialista pediátrico.

- **Pacientes y familiares deben conocer bien la enfermedad y siempre aclarar las dudas que tengan con su médico.**
- También es necesario mantener las visitas regulares al pediatra para atender todos los aspectos pertinentes a la edad. Es importante tomar los medicamentos según fueron recomendados y saber reconocer los signos de alarma.
- Pero lo más importante es saber que no están solos y que hay muchos niños, niñas y adolescentes con esta condición teniendo una vida activa y saludable.

¿Puedo lactar si estoy tomando medicamentos?



Por: Claudia Moreda, MD
Depto de Pediatría
Escuela de Medicina RCM

Múltiples estudios han confirmado la importancia de la leche materna en la alimentación de los recién nacidos. Se ha encontrado que además de proveer una nutrición completa, ayuda contra la prevención de múltiples enfermedades y fomenta el vínculo entre madre e hijo.

La Academia Americana de Pediatría recomienda la lactancia materna exclusiva por los primeros 6 meses de vida.

Luego recomienda continuar la lactancia seguida por la introducción de sólidos por 1 año o más, según sea deseado por mamá y bebé. Para el 2012, la tasa de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida en la población de Estados Unidos, fue de sólo un 13%.

La desinformación podría ser una de las razones de tan bajo porcentaje en la tasa de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.

Según un artículo publicado por la Academia Americana de Pediatría, que habla sobre la transferencia de medicamentos a través de la leche humana, nos menciona como a muchas madres se les recomienda de forma inapropiada detener la lactancia materna o dejar de utilizar algún medicamento esencial por el miedo a efectos adversos.

La desinformación podría ser una de las razones de tan bajo porcentaje en la tasa de lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.



La Academia Americana de Pediatría nos recomienda que analicemos los riegos sobre los beneficios cuando vayamos a prescribir un medicamento a una madre lactante y consideremos lo siguiente:

la necesidad de la madre para tomar el medicamento, efectos del medicamento en la producción de la leche materna, cantidad del medicamento que se transmite a la leche materna y cuánto de ese medicamento el bebé puede absorber por la vía oral, potenciales efectos adverso en el bebé y la edad del bebé.

Podríamos decir que la mayoría de los medicamentos son seguros para usar mientras la mamá está lactando.

Sin embargo, existen raras circunstancias donde se recomienda detener la lactancia o realizar algún cambio en el medicamento.

Por esto es de suma importancia que antes de comenzar algún medicamento, lo consulte con su pediatra.

El cuerpo de la madre en el periodo post-parto es uno cambiante, por lo cual pudiera necesitar diferentes medicamentos.

DESDE EL PUNTO DE VISTA FÍSICO,
la madre podría experimentar dolor en el área de los pechos o de la episiotomía, por lo que podría necesitar analgésicos.

DESDE EL PUNTO DE VISTA EMOCIONAL,
la madre podría experimentar tristeza o depresión post-parto, por lo que podría necesitar algún medicamento antidepresivo.

También existe la posibilidad de que la madre quiera protegerse de un posible embarazo, por lo que podría necesitar diferentes tipos de métodos anticonceptivos.





HAY VARIOS MEDICAMENTOS COMPATIBLES CON LA LACTANCIA MATERNA COMO, POR EJEMPLO:

analgésicos (acetaminophen, ibuprofen, naproxen); antibióticos (penicilinas, cephalosporinas), antifungales, antihistamínicos (medicamentos para la alergia), gastrointestinales, antidepresivos o insulina.

AQUELLOS MEDICAMENTOS QUE LA MADRE DEBERÍA EVITAR PODRÍAMOS SEPARARLOS POR CLASE.

Por ejemplo, algunos medicamentos que actúan en el sistema nervioso central y que se utilizan para condiciones como la ansiedad, depresión, trastorno bipolar y otras condiciones psiquiátricas, podrían aparecer en una mayor concentración en la leche humana.

Sin embargo, hay más de una tercera parte de estos medicamentos para los cuales aún no existe data donde se haya podido cuantificar cuánto de estos medicamentos pasa a la leche materna.

Por lo tanto, madres que decidan lactar mientras estén tomando alguno de estos medicamentos deben consultar sobre los beneficios de la lactancia y sobre los riesgos potenciales que podría exponer al infante y saber que los efectos a largo plazo se desconocen.

EN CUANTO A MEDICAMENTOS PARA DEJAR DE FUMAR o tratar el abuso de sustancias mientras las mujeres están lactando hay información bien limitada.

SIN EMBARGO, COMPORTAMIENTOS COMO CONTINUAR LA INGESTA DE DROGAS ILÍCITAS O ALCOHOL y el riego a condiciones como el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), no son compatibles con la lactancia.

EN CUANTO A MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR, no se recomienda el uso de codeína, ya que la absorción del mismo depende de cómo la madre metabolice la codeína.

Y se han visto casos donde la madre metaboliza el medicamento de manera bien rápida, y ha llegado a efectos no deseados en el infante.

Los efectos que podemos observar en el bebé dependen del medicamento que esté consumiendo la mamá.



Sin embargo, con cualquier medicamento que la mamá vaya a comenzar mientras esté lactando debe de estar pendiente de cualquier cambio en el bebé, cambios en patrones de alimentación o sueño, estado de alerta, agitación o aparición de alguna erupción en la piel.





ES IMPORTANTE SIEMPRE RECORDAR HABLAR CON SU MÉDICO ANTE CUALQUIER DUDA Y CONOCER REFERENCIAS CONFIABLES PARA ACCESAR LA INFORMACIÓN.

LACTMED, por ejemplo, es una base de datos que incluye información actualizada de los niveles del medicamento en la leche humana, posibles efectos adversos en el infante que está siendo lactado, y recomendaciones para posibles alternativas en cuanto a otros medicamentos.

RECORDEMOS QUE LA LECHE MATERNA ES EL MEJOR ALIMENTO QUE PODEMOS OFRECERLE A LOS INFANTES y es el recomendado por la Academia Americana de Pediatría, de tener alguna duda siempre recuerde consultar con un médico antes de descontinuar la lactancia materna.





MI NIÑO TIENE UNA CURVATURA EN LA ESPALDA:

¿SERÁ ESCOLIOSIS?



Por: Edwin Portalatín Pérez, MD
Ortopeda pediátrico
Mayagüez Medical Center

La escoliosis se define como una desviación lateral de la columna vertebral en el plano coronal que mide mayor de 10 grados de magnitud en radiografías.

La desviación o curvatura se clasifica de acuerdo con la edad que se presenta y la etiología de ésta. En pacientes menores de 10 años se denomina escoliosis de inicio temprano.

La causa de escoliosis en estos pacientes pudiera ser defectos congénitos, síndromes, neuromuscular o idiopática (etiología desconocida).

Cuando la curva se desarrolla en pacientes mayor de 10 años, por lo general esta se denomina escoliosis idiopática del adolescente.

Alrededor del 80% de las escoliosis se consideran idiopáticas ya que no se puede identificar una causa que explique la deformidad.

En los Estados Unidos aproximadamente un 3% de los adolescentes presentan escoliosis en su columna.

CAUSAS O FACTORES DE RIESGO

Las causas identificables en escoliosis de inicio temprano crean un desequilibrio en la columna vertebral que fomenta la progresión de la deformidad.

Por ejemplo, los pacientes con distrofia muscular van progresivamente perdiendo fuerza en los músculos que permite que la columna no se mantenga derecha.

La identificación de la razón de la escoliosis en estos casos ayuda a la familia y equipo médico entender el cuadro clínico que se enfrentan en el presente y futuro.

Si luego de hacer un examen físico y radiografías el paciente no tiene una causa identificable de su deformidad, entonces se le considera **escoliosis idiopática.**

La historia natural de la escoliosis idiopática depende de varios factores entre los cuales se encuentra la madurez esqueletal, sexo del paciente, tipo y magnitud de la curva.

Pacientes jóvenes, sexo femenino, historial de escoliosis en la familia e inmadurez esqueletal son algunos de los factores de riesgo de progresión de la curvatura.

Por lo general, una vez la magnitud de la curva es mayor de 50 grados, existe una alta probabilidad que la misma empeore incluso cuando el paciente ha completado el crecimiento.

Independientemente de la etiología, la deformidad de la columna tiende a progresar con el crecimiento del paciente.

La pubertad, etapa de crecimiento acelerado en los adolescentes, consta del 13% del crecimiento total de los pacientes, **siendo ésta una de las etapas principales de progresión de la deformidad.**

Mientras la deformidad progresa, los cambios estructurales que surgen en las vértebras y caja torácica pueden resultar en compromiso pulmonar, problemas de postura y posiblemente cambios degenerativos en la columna.

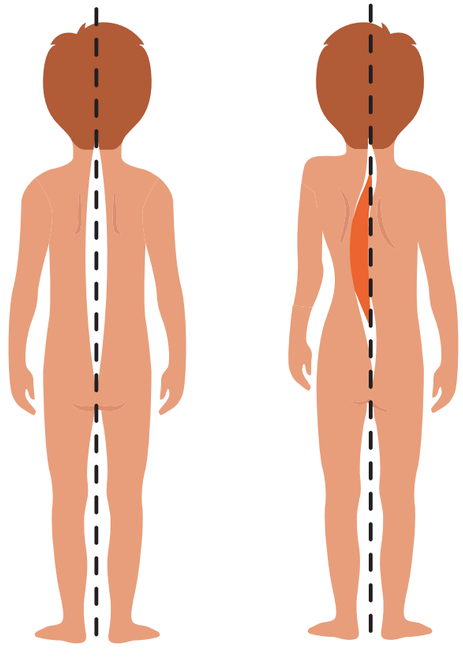
SIGNOS Y SÍNTOMAS

La presencia de una curva en la columna comúnmente es identificada por los padres cuando estos notan asimetría en la espalda, la cual consiste en prominencia de las costillas, asimetría en la altura de los hombros o caderas.

La escoliosis idiopática en el adolescente no está asociada a dolor en la etapa de la adolescencia. Sin embargo, ha sido reportado un aumento significativo de dolor de espalda en adultos con escoliosis que la desarrollaron en la adolescencia.

Cuando la queja principal es dolor de espalda en conjunto a escoliosis, el médico debe ser prudente en descartar otros diagnósticos como tumores, infecciones o inflamación.

La escoliosis idiopática en el adolescente no está asociada a dolor en la etapa de la adolescencia.



EVALUACIÓN Y MANEJO

Los pacientes deben ser evaluados con exámenes físicos y radiografías de la columna seriados.

La deformidad de escoliosis se considera que ha progresado si hay un aumento de 5 a 7 grados entre radiografías consecutivas.

Por lo general, las recomendaciones se dividen en dos: tratamiento no quirúrgico y quirúrgico.

El ortopeda pediátrico evalúa la deformidad actual y considera todas aquellas variables que aumentan la probabilidad de progresión de la deformidad.

Aquellas curvas que miden 20 grados o menos, por lo general se pueden observar.

- **Aquellos pacientes que presenten con curvas entre 20 a 40 grados,** y tienen inmadurez esqueletal, se pueden beneficiar del uso de chalecos que retrasan o previenen la progresión de la deformidad.
- **Si la deformidad del paciente es mayor de 50 grados,** una discusión sobre cirugía con su ortopeda pediátrico es recomendada. Las metas de la cirugía son la corrección de la deformidad, detener el progreso de la deformidad, reestablecer la simetría y balance del cuerpo y minimizar el potencial de desarrollo de dolor en el futuro.



CONSEJO A LOS PADRES

La identificación temprana de escoliosis es la clave para obtener los mejores resultados en el tratamiento de la escoliosis.

Consulte con su ortopeda pediátrico si ha identificado los signos de escoliosis en sus hijos.



Referencias:
Blevins, K., Battenberg, A., & Beck, A. (2018). Management of Scoliosis. Adv Pediatr, 65(1), 249-266. doi:10.1016/j.yapd.2018.04.013
Gomez, J. A., Hresko, M. T., & Glotzbecker, M. P. (2016). Nonsurgical Management of Adolescent Idiopathic Scoliosis. J Am Acad Orthop Surg, 24(8), 555-564. doi:10.5435/JAAOS-D-14-00416
Herring, J. (2020). Tachdjian's pediatric orthopaedics e-book: from the Texas Scottish Rite Hospital for Children: Elsevier.





Por: Auda Plaud, MD
Nefrología pediátrica
Depto de Pediatría RCM &
Hospital Auxilio Mutuo

¿QUÉ ES LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL?

La presión arterial se refiere a la fuerza o potencia que ejerce la sangre dentro de los vasos sanguíneos contra las paredes de éstos. Cuando esta fuerza es más alta de lo normal, se le conoce como hipertensión arterial.

¿QUIÉNES ESTÁN A RIESGO DE TENER HIPERTENSIÓN?

Aunque la hipertensión arterial es una enfermedad común en adultos, no es así en niños. Sin embargo, ha ido aumentando en niños en los últimos años debido al aumento en el número de niños con factores de riesgo.

¿QUÉ ES ESO DE LA PRESIÓN DE ARRIBA Y LA DE ABAJO?

La presión sistólica (“la de arriba”) es el resultado de la fuerza de la sangre al salir del corazón luego de un latido, hacia el resto del cuerpo.

Cuando la sangre está en reposo entre un latido y otro, se le conoce como **la presión diastólica** (“la de abajo”).

Dicho de otra manera, si pensáramos en una manguera/regadera, cuando abrimos el grifo de agua, la fuerza que el agua ejerce sobre las paredes de la manguera es la presión sistólica.

Si la cerráramos, al pasar unos segundos, cuando el agua está en reposo, equivaldría a la presión diastólica y el ciclo se repetiría si abriéramos el grifo una vez más.

Ambas son importantes y si alguna está alta, existe hipertensión.

ESTOS FACTORES DE RIESGO INCLUYEN:

Prematuros de menos de 36 semanas de gestación,

Enfermedades del riñón

Obesos

Dependientes de oxígeno y enfermedad crónica del pulmón y pacientes con desórdenes del sueño como apnea, como se muestra en la Figura 1.



Figura 1. ¿Quién está a riesgo de hipertensión?

¿QUÉ SÍNTOMAS PUEDEN PRESENTAR LOS NIÑOS CON HIPERTENSIÓN?

Generalmente, la hipertensión no presenta síntomas, por eso la importancia del cernimiento.

En ocasiones, cuando se encuentra muy alta, puede presentar síntomas que incluyen:

- **DOLOR DE CABEZA**
- **VISIÓN BORROSA**
- **CONVULSIONES**
- **VÓMITOS**
- **CANSANCIO**

¿CÓMO SE TRATA LA PRESIÓN ARTERIAL?

Inicialmente, se procede a hacer cambios en la dieta (baja en sal) y aumentar la actividad física, particularmente, cuando la causa asociada es exceso de peso.

Si esto no es suficiente, se comienzan medicamentos por boca para bajar la presión, similares a los utilizados en adultos.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL?

Para hacer el diagnóstico, debemos obtener al menos 3 medidas, como se muestra en la Figura 2, en días separados, que muestren una medida elevada, por encima del 95% de valores esperados para la edad. **Es importante que se tome adecuadamente y con el tamaño del brazalete correcto ya que, no hacerlo, conlleva establecer un diagnóstico equivocado.**

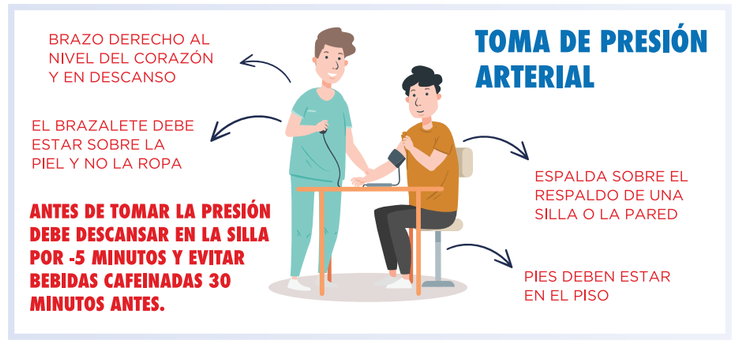


Figura 2. Toma de presión arterial

¿CUÁNDO DEBEMOS MEDIR LA PRESIÓN ARTERIAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES?

Según la Academia Americana de Pediatría, debemos hacer un cernimiento en aquellos pacientes de alto riesgo en cada visita con su médico primario y, anualmente, en todos los pacientes pediátricos a partir de los 3 años.

Si se establece que existe hipertensión, entonces su médico evaluará hacer otras pruebas para determinar la causa. Estas pruebas pueden incluir muestras de sangre, sonograma de los riñones y/o sonograma del corazón, entre otras.

¿QUÉ PUEDO HACER PARA PREVENIR LA HIPERTENSIÓN?

Aunque hay niños que desarrollan hipertensión debido a problemas genéticos o anatómicos, una de las intervenciones que podemos hacer para prevenir el desarrollo de hipertensión es fomentar la actividad física (por ejemplo, disminuir el tiempo frente a pantallas de televisión o tabletas) y procurar una dieta balanceada, no muy alta en grasas y sal, y más alta en vegetales, frutas y granos.

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS DE HIPERTENSIÓN NO ASOCIADOS A OBESIDAD, SE COMIENZA UN MEDICAMENTO Y, EN OCASIONES, SE REQUIEREN HACER CIRUGÍAS U OTROS PROCEDIMIENTOS PARA CORREGIR PROBLEMAS EN LOS VASOS SANGUÍNEOS CUANDO ÉSTA ES LA CAUSA.

Referencias:
1. Exeni Ramón A., and Cruz Jorge de La. “Hipertension Arterial En Ninos y Adolescentes.” Nefrología Pediátrica, Elsevier, Madrid, 2010.
2. Blanchette E, Flynn JT. Implications of the 2017 AAP Clinical Practice Guidelines for Management of Hypertension in Children and Adolescents: a Review. Curr Hypertens Rep. 2019 Apr 5;21(5):35. doi: 10.1007/s11906-019-0943-x. PMID: 30953215; PMCID: PMC6705594.

¡SALVA VIDA!
USO CORRECTO DEL ASIENTO PROTECTOR



Por: Milagros Martín MD, FAAP & María E. Centeno
Programa de Emergencias Médicas Pediátricas

El uso apropiado del asiento protector y el cinturón de seguridad puede prevenir lesiones y muertes en caso de un choque.

Si tu niño(a) pesa menos de 100 libras y está entre las edades de 0 a 8 años, TIENE que usar un asiento protector.

La Comisión para la Seguridad en la Carretera ha identificó que 3 de cada 4 asientos protectores no estaban instalados correctamente, o que los niños no habían sido encontrados en un asiento protector adecuado.

Según el Centro de Control de Enfermedades en su la política del uso del asiento protector indica que por cada niño que muere, 18 son hospitalizados y más de 400 tienen que recibir cuidado médico por las lesiones asociadas a choques.

En Puerto Rico la **Ley de Vehículos y Tránsito** establece que es obligatorio para toda persona que conduzca un vehículo de motor por las vías públicas, en el cual viaje un niño menor de ocho (8) años, asegurarse de que dicho niño se encuentre sentado en un asiento protector que no esté expirado, que sea apropiado para la edad del menor y que cumpla con las siguientes especificaciones:

(a) los niños menores de dos (2) años, deberán transportarse en un asiento con posición de cara hacia atrás o en un asiento manufacturado y distribuido como sólo para lactantes;

(b) los niños de más de dos (2) años hasta cuatro (4) años, deberán transportarse en un asiento con posición de cara hacia adelante;

(c) los niños de cuatro (4) a ocho (8) años, con una estatura menor de cuatro (4) pies nueve (9) pulgadas y un peso de hasta sesenta y cinco (65) libras, deberán transportarse en un asiento protector elevado, asiento convertible o “booster seat”.



Para poder cumplir con esto se ordena al Negociado del Cuerpo de Bomberos, a la Policía de Puerto Rico la Oficina Municipal para el Manejo de Emergencias y a la Comisión para la Seguridad en el Tránsito tener disponible para la ciudadanía, técnicos certificados alrededor de toda la isla que puedan ofrecer orientaciones sobre el uso e instalación adecuada de los asientos protectores.

Estas orientaciones estarán disponibles en las estaciones del Cuerpo de Bomberos, en las estaciones de la Policía, en las estaciones de las Oficinas Municipales para el Manejo de Emergencias y en cualquier otro lugar designado por la Comisión para la Seguridad en el Tránsito. De esta manera, todo padre, madre, tutor o encargado que así interese, podrá ser recipiente de una inspección y orientación en torno a la utilización de los asientos protectores y aquellos otros elevados, conocidos como “booster seat”.

De igual manera, ninguna institución hospitalaria de Puerto Rico podrá entregar un menor recién nacido a los padres si estos no poseen una certificación sobre la instalación adecuada de los asientos protectores. Toda persona que viole las leyes establecidas incurrirá en falta administrativa y será sancionada con **una multa de quinientos (500) dólares.**

Como regla general, si el asiento protector se puede mover más de una pulgada de lado a lado o de frente hacia atrás al agarrarlo por la base, éste no está ajustado correctamente.

El tipo de asiento que su hijo necesita depende de muchos factores, los que incluyen la edad y el tamaño de su hijo y las necesidades de desarrollo.

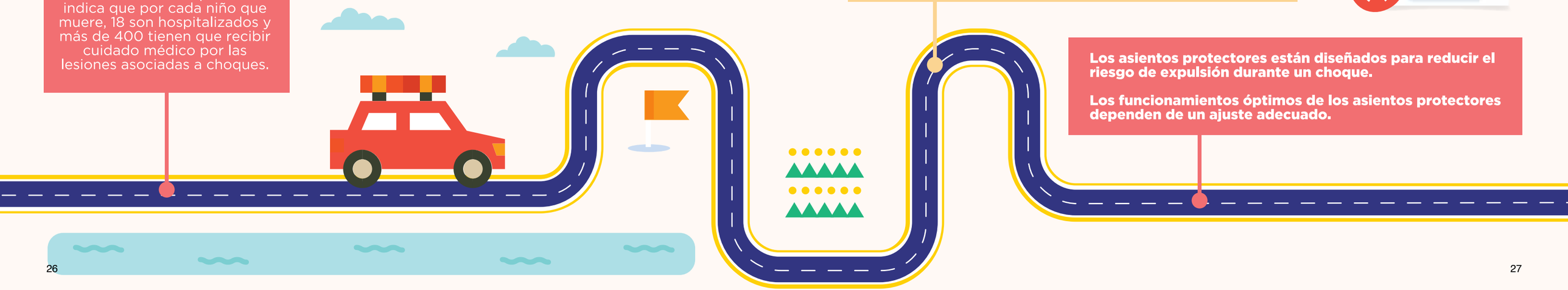
Como padres y madres o encargados algunas veces es complicado decidir entre todos los asientos protectores que nos ofrece el mercado, con sus diferentes modalidades y características que nos llenan los ojos y nos hacen querer escoger el mejor, el más bonito y el más equipado.





Los asientos protectores están diseñados para reducir el riesgo de expulsión durante un choque.

Los funcionamientos óptimos de los asientos protectores dependen de un ajuste adecuado.



Como padres y madres o encargados algunas veces es complicado decidir entre todos los asientos protectores que nos ofrece el mercado, con sus diferentes modalidades y características que nos llenan los ojos y nos hacen querer escoger el mejor, el más bonito y el más equipado.

Hay tantos tipos y modelos de asientos protectores que vale la pena preguntarse, ¿Cuál es el correcto? Ningún asiento es el "mejor" o el "más seguro".

El mejor asiento es el que le quede bien al tamaño de su hijo, esté bien instalado, entre bien en su vehículo y se utilice adecuadamente cada vez que conduce.

No decida solamente por el precio, un precio más alto no quiere decir que el asiento sea más seguro ni más fácil de usar. Y para eso, la Academia Americana de Pediatría tiene sus guías bien establecidas, las cuales compartiremos a continuación.

ALGUNOS ERRORES EN EL MOMENTO DE INSTALAR EL ASIENTO PROTECTOR:

- NO ES APROPIADO PARA SU PESO
- ESTÁ MIRANDO EL LADO EQUIVOCADO
- ESTA EXPIRADO
- TIENE JUGUETES
- ESTÁ SUELTO

CINTURONES DE SEGURIDAD Y SISTEMA LATCH

Los asientos de seguridad para el automóvil se pueden instalar con el cinturón de seguridad del vehículo o su sistema **LATCH (anclajes inferiores y correas de sujeción para niños)**.

LATCH es un sistema de fijación de los asientos de seguridad para el automóvil. Los anclajes inferiores se pueden utilizar en lugar del cinturón de seguridad para instalar el asiento.

La correa superior mejora la seguridad brindada por el asiento y es importante usarla para todos los asientos orientados hacia adelante, incluso los instalados con el cinturón de seguridad del automóvil. Si bien el cinturón de seguridad y los sistemas LATCH son igual de seguros, los cuidadores podrían preferir un sistema o el otro.



El mejor asiento es el que le quede bien al tamaño de su hijo, esté bien instalado, entre bien en su vehículo y se utilice adecuadamente cada vez que conduce.

CONSEJOS IMPORTANTES PARA LOS PADRES O ENCARGADOS

Sea un buen modelo a seguir. Asegúrese de usar siempre su cinturón de seguridad.

Verifique la etiqueta de su asiento protector y asegúrese que es apropiado para la edad, peso y estatura de su niño y que no esté expirado.

Una vez haya instalado el asiento protector, muévalo bien en la base. Un asiento correctamente instalado no se moverá más de una pulgada.

Mantenga a su hijo(a) en un asiento para el automóvil orientado hacia atrás el mayor tiempo posible, hasta que alcancen el mayor peso o altura permitidos por el fabricante de su asiento para automóvil. Muchos niños tendrán 2 años o más cuando superen su asiento para el automóvil orientado hacia atrás.

No tenga prisa en cambiar de asiento protector.

Si su auto tiene bolsas de aire (airbags) No coloque nunca un asiento protector en el asiento delantero de un vehículo con airbag. Si la bolsa de aire se inflara, golpearía la parte trasera del asiento de seguridad.

Asegúrese de que todas las personas que transportan a su hijo usen el asiento de seguridad para el automóvil o el cinturón de seguridad correctos en todos los viajes, en todo momento.

CONSEJOS PARA EVITAR OLVIDAR UN MENOR EN EL AUTOMÓVIL:

Mirar dentro del auto antes de cerrarlo con llave. Toma el hábito de siempre abrir la puerta trasera para verificar el asiento trasero antes de dejar el automóvil.

Crea un recordatorio para verificar el asiento trasero. Por ejemplo, coloca algo que necesites, un zapato, teléfono celular, una cartera, identificación del trabajo o un maletín.

Asegúrate de conocer si el centro de cuido tiene un protocolo sobre dejar y recoger a los menores para que todas las personas que están involucradas en el cuido de su hijo siempre estén atento del paradero del menor.

Mantenga las llaves del auto lejos del alcance de los niños. Si no encuentras a tu niño verifica de inmediato dentro del auto y dentro del baúl. Los niños pueden cerrar con seguro los autos cuando están en el interior, pero muchos no pueden abrirlos.

Infórmese sobre la existencia de alguna aplicación del teléfono para no olvidar a niños o mascotas en el vehículo.

Si vez a un niño dentro de un auto llama al 9-1-1 de inmediato. Si el menor está caliente o enfermo sáquelo del vehículo lo más rápido posible.

NUNCA DEJAR SOLO A UN MENOR EN EL AUTOMÓVIL

Ni por un instante, aun cuando esté en una sombra, con las ventanas parcialmente abiertas o con el aire acondicionado prendido.

Esto puede ocasionar problemas neurológicos o incluso la muerte cuando la temperatura de su cuerpo alcanza los 107 F.

De acuerdo con la Asociación Americana de Pediatría, el cuerpo de un niño se calienta de tres a cinco veces más rápidamente que el de los adultos. Además, los menores pueden morir de insolación o falta de oxígeno en muy corto tiempo.

Cuando visite al Pediatra es muy importante aclarar sus dudas y preguntar sobre los asientos protectores.

Otros enlaces de interés:
https://www.healthychildren.org/Spanish
https://seguridadeneltransito.com/campanas/asiento-protector/
https://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2018/lexl2018280.htm
https://publications.aap.org/pediatrics/article/142/5/e20182460/38530/Child-Passenger-Safety?autologincheck=redirected

NIÑOS EN LA ESCUELA: ¿Qué debemos saber del acoso escolar?



Por: Joalex Antongiorgi Torres, MD
Psiquiatra de Niños y Adolescentes
Departamento de Psiquiatría
Recinto de Ciencias Médicas

La mayoría de nosotros puede mencionar algún momento donde ha presenciado un evento de acoso, o incluso haber sido las víctimas.

El acoso escolar (también conocido como "bullying") siempre ha existido, pero no es hasta años recientes donde se ha identificado el verdadero impacto que tiene en las vidas de aquellos que están involucrados.

El primer paso debe ser poder definir esta palabra y establecer que es un acto de agresión repetida y dirigida, donde se pretende establecer una diferencia marcada de poder entre el agresor y la víctima.

EL AGRESOR PUEDE RECURRIR A:

- **Burlas**
- **Intimidación**
- **Insultos**
- **Amenazas**
- **Agresión física**
- **Agresión emocional**

! Es así que podemos reconocer que este acto no es solamente un riesgo de eventos físicos, sino que también puede existir un acoso emocional y social.

Se ha encontrado que el acoso puede existir en cualquier etapa de nuestra vida. Puede presentarse sin importar la edad ni género de la víctima.

No obstante, se puede identificar mayormente en niños de escuela intermedia y superior. Según los reportes del Instituto de Estadísticas, se encuentra que en Puerto Rico entre un 17-20% de los estudiantes de nivel superior sufrieron de un patrón de acoso. Se identificó un alza mayor en años recientes en las féminas en comparación con los varones.

Una diferencia marcada es que la agresión hacia los varones tiende a ser más física, mientras que la de féminas se observa más en el aspecto emocional.

El uso de la tecnología ha precipitado un deterioro en estas estadísticas, ya que el acoso no termina en la escuela. Ahora que los estudiantes cuentan con plataformas digitales pueden continuar experimentando este acoso cibernético ("cyber-bullying") en la seguridad de sus hogares, no solamente en la escuela o cualquier lugar donde puedan tener interacciones con otros estudiantes.



El perfil del agresor tiende ser el de una persona que ha sido víctima de violencia o de acoso en el pasado. Se pudiera encontrar un entorno familiar donde la violencia y/o uso de sustancias pudiera predominar, por lo que debemos ayudar a reconocer este patrón y hacer las intervenciones necesarias.

Mientras tanto, las víctimas tienden a ser pasivas e incluso no desean tomar acción inmediata para salir del ciclo de acoso que presentan.

ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA LA VÍCTIMA SON:

notificar a un adulto, ignorar comentarios enfocados en buscar una reacción, evitar confrontación física, fortalecer autoestima en terapia, evitar la deserción escolar y/o cambios de escuela a menos que sea necesario.

PARA LOS PADRES, lo más importante es fomentar la buena comunicación con sus hijos y observar por cambios en conducta que pudieran presentar las víctimas.

Como resultado, se puede identificar una gran cantidad de complicaciones psiquiátricas.

LAS VÍCTIMAS PUDIERAN PRESENTAR:

- Quejas físicas
- Pobre apetito
- Fuga escolar
- Ausentismo
- Ansiedad
- Trastorno de personalidad
- Depresión
- Uso de alcohol o sustancias ilícitas
- Eventos de autoagresión
- Contemplar el suicidio como alternativa a sus problemas.

Según las estadísticas de la Comisión Para la Prevención del Suicidio del Departamento de Salud encontramos que durante el periodo de enero a junio del 2021 se reportaron 4 suicidios en el grupo de edad de 15-19 años, igualando la cantidad total del año 2020.

Es por esta razón que debemos levantar un alerta ante estos factores que pudieran precipitar ideas suicidas en nuestros estudiantes.

El acoso escolar un problema de salud pública que requiere un trabajo en equipo por parte de los compañeros de los involucrados, padres, maestros, pediatras y profesionales de la salud mental.

Cualquier persona que reconozca este acto debe ayudar a reportarlo para poder brindar ayuda a la víctima y al agresor. Es de esta manera que podemos romper el ciclo que afecta la salud emocional de nuestros estudiantes.

SI TIENEN DUDAS, UN BUEN PRIMER PASO ES CONSULTAR CON SU PEDIATRA PARA ESTABLECER UN PLAN EN EQUIPO.

Referencias:
Instituto de Estadísticas de Puerto Rico (www.estadisticas.pr)
StopBullying.Gov - ¿Qué es el acoso?
Comisión Para La Prevención Del Suicidio, Departamento de Salud – Informe mensual de suicidios en Puerto Rico Junio 2021

¿PARA QUÉ SIRVE LA OXIMETRÍA DE PULSO EN EL RECIÉN NACIDO SALUDABLE?





Por: Juanita Negrón Pagán, MD FAAP
Pediatra General Departamento de Pediatría
Escuela de Medicina RCM

TODO BEBÉ RECIÉN NACIDO ES OBSERVADO DURANTE 48-72 HORAS LUEGO DE SU NACIMIENTO PARA MONITOREAR SU ADAPTACIÓN A LA VIDA.

ENTRE ESTAS PRUEBAS SE ENCUENTRA LA OXIMETRÍA DE PULSO, LA CUAL ES REALIZADA LUEGO DE QUE EL BEBÉ TENGA 24 HORAS DE VIDA.



DURANTE ESTE PERIODO DE TIEMPO SE LE REALIZAN VARIAS PRUEBAS PARA ASEGURARNOS QUE ESTÉ SANO ANTES DE IR AL HOGAR CON SUS PADRES.

ESTA POLÍTICA FUE ESTABLECIDA EN ESTADOS UNIDOS Y PUERTO RICO EN EL AÑO 2018 POR LA RECOMENDACIÓN DE LA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRÍA.

CON ESTA PRUEBA SE LOGRA PREVENIR APROXIMADAMENTE 120 MUERTES DE INFANTES AL AÑO.

Aunque la tecnología ha avanzado y muchas condiciones congénitas cardiacas son detectadas durante el embarazo hay ocasiones en que estos defectos no son detectados.

Cerca de 1 de cada 100 bebés nace con una lesión en el corazón y de éstos un 25% tendrán un defecto crítico en el corazón. En ocasiones hay ciertos tipos de condiciones cardíacas de importancia que no presentan síntomas hasta tener varios días de vida. Sin embargo, pueden tener niveles bajos de oxígeno en la sangre y son detectados con la oximetría de pulso antes de que presenten síntomas. Así se logra obtener evaluación e intervención en un tiempo apropiado.

Entre las evaluaciones que se realizan están la ecocardiografia del corazón y la evalución por un cardiólogo.

¿CÓMO SE REALIZA LA OXIMETRÍA DE PULSO?

La oximetría de pulso es una prueba sencilla donde se mide la cantidad de oxígeno en la sangre. Se le coloca al recién nacido un sensor en la mano derecha y en el pie. Se le deja puesto por 5 minutos y se documenta la saturación. **Esta prueba se realiza luego de las primeras 24 horas de vida** del recién nacido para dar tiempo a que se adapte a la vida fuera del utero. En Puerto Rico se documenta el resultado, además de explicarle los resultados a los padres.

¿QUÉ PASA CUANDO EL BEBÉ NO PASA LA PRUEBA?

Si el bebé no pasa la prueba significa que los resultados mostraron niveles bajos de oxígeno en la sangre, lo que podría ser un signo de un defecto cardíaco de nacimiento grave.

Esto no siempre significa que el bebé tiene un defecto cardíaco de nacimiento grave, pero podría significar que hay que hacer más pruebas. Podría haber otras causas de niveles bajos de oxígeno en la sangre, como una infección o problemas en sus pulmones.

El médico del bebé podría recomendar que se le repita la misma prueba o que se le hagan otras más específicas, como una radiografía del pecho, un ecocardiograma (ultrasonido del corazón) para diagnosticar un defecto cardiaco de nacimiento grave, muestras de sangre y una evaluación por un cardiólogo pediátrico.

¿EL QUE MI BEBÉ PASE LA PRUEBA DE OXIMETRÍA DE PULSO SIGNIFICA QUE NO TIENE UN DEFECTO CARDÍACO CONGÉNITO?

Desafortunadamente no. Un pequeño número de bebés tendrán enfermedad cardíaca aunque pasen la prueba. Esto es porque al momento de hacer la prueba no tienen nivel de oxígeno bajo.

Por lo tanto, es de suma importancia las visitas al pediatra y el estar pendientes a síntomas que pueden desarrollar.

POSIBLES SÍNTOMAS FÍSICOS DE LOS DEFECTOS CARDIACOS DE NACIMIENTO GRAVES:

- RESPIRA RÁPIDO Y CON DIFICULTAD
- PALPITACIONES
- PULSO DÉBIL
- COLOR DE PIEL MUY PÁLIDO O MORADO
- DIFICULTAD PARA ALIMENTARSE, SE CANSA CHUPANDO
- MUCHO SUEÑO
- NO GANA PESO ADECUADAMENTE
- IRRITABILIDAD O LLANTO EXCESIVO

DE PRESENTAR ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS ES NECESARIO COMUNICARSE CON SU MÉDICO DE INMEDIATO.

Si logramos detectar problemas cardiacos congénitos críticos antes de que el bebé presente síntomas se puede evaluar y tratar temprano aumentando la posibilidad de un mejor resultado en su tratamiento.



Referencias:
https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/Pages/Newborn-Pulse-Oximetry-Screening-to-Detect-Critical-Congenital-Heart-Disease.aspx
https://www.cdc.gov/ncbddd/heartdefects/cchd-facts.html

¡ACHÚ!

¿Será el virus respiratorio sincitial?







Por: Arnaldo J. Santos López, BS;
Wilfredo De Jesús Rojas, MD, FAAP[1]
[1]Neumólogo Pediátrico
Instituto de Asma y Enfermedades Raras del Pulmón

¿Qué es el virus respiratorio sincitial?

El virus respiratorio sincitial (RSV, por sus siglas en inglés) es uno de los causantes de la bronquiolitis en infantes.

La bronquiolitis es una infección respiratoria que ocurre en pacientes pediátricos menores de dos años de edad. Usualmente es causado por un virus como el RSV que causa inflamación en el área de los pulmones dificultando la respiración del niño.

¿Cuán común es la bronquiolitis por RSV?

Sabemos que la bronquiolitis es la causa más común de hospitalización en pacientes menores de 1 año, causada mayormente por el RSV.

Los casos de bronquiolitis por el RSV suelen verse por temporada sobre todo en los meses más fríos con pico en los meses de enero y febrero.

Sabemos que en Puerto Rico, el RSV nos puede afectar todo el año.

¿Cuáles son los síntomas?

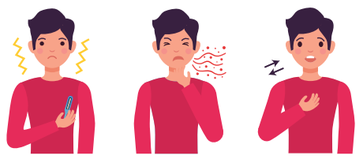
La bronquiolitis por el RSV en infantes y pacientes pediátricos suele presentarse luego de varios días con síntomas de un resfriado común como congestión nasal, estornudos, tos y fiebre.

A medida que progresa la infección los pacientes pueden presentar sibilancias o “pito” al respirar, tos persistente y dificultad respiratoria.

¿Cuáles son los factores de riesgo para contraer RSV?

Los estudios demuestran que los pacientes menores de seis meses de edad nacidos en la temporada alta del RSV, con historial de que asisten a cuidos y con hermanos mayores están a mayor riesgo de padecer de bronquiolitis.

También pacientes con enfermedades crónicas del pulmón, historial de prematurez, condiciones cardíacas congénitas, exposición a humo de cigarrillo, síndrome de Down, defensas bajas y asma persistente están a mayor riesgo de enfermarse con el RSV.



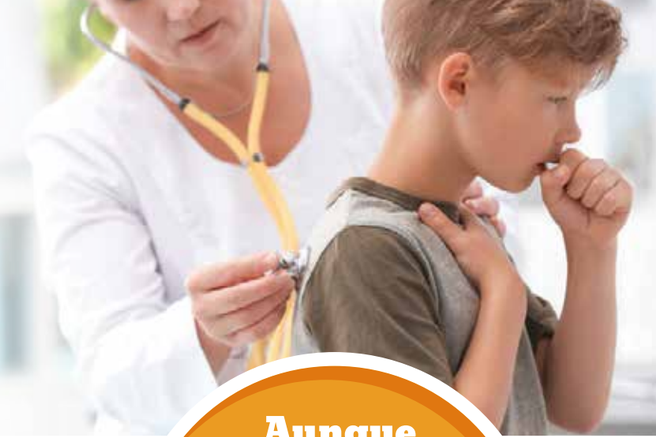
¿Cómo se diagnostica y cuál es el tratamiento?

El diagnóstico de bronquiolitis se basa en el historial del paciente y la evaluación física con su pediatra. Durante la evaluación, su pediatra confirmará los signos y síntomas de bronchiolitis, auscultará los pulmones del niño y documentará la presencia de sibilancias o “pito” en el examen físico. Aunque existen pruebas de sangre e imágenes de rayos X, no siempre son necesarias.

El tratamiento de pacientes con bronquiolitis dependerá de los síntomas del niño.

Esto puede incluir, mantener una buena hidratación, utilizar gotas de solución salina y succión nasal para ayudar con la congestión y el gotereo.

En algunos casos, dependiendo de la severidad el paciente puede requerir monitoreo constante en el hospital.



Aunque existen pruebas de sangre e imágenes de rayos X, no siempre son necesarias.

¿Cómo podemos prevenirlo?

Existen distintas maneras para prevenir la bronquiolitis y sus complicaciones:

- Evitar fumar cerca de los infantes y niños
- Lavado de manos con agua y jabón
- Mantenerse distanciado de personas enfermas
- Mantener los niños en la casa si se sienten enfermos
- Mantener el calendario de vacunación al dia incluyendo la vacunación anual contra el virus de la influenza y COVID-19 siguiendo las guias del centro para en control de infecciones (CDC, por sus siglas en inglés)



¿Dónde puedo conseguir más información sobre el RSV?

A continuación enlaces de sitios web con información relacionada a la Bronchiolitis por RSV:

- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bronchiolitis/symptoms-causes/syc-20351565
- https://www.cincinnatichildrens.org/espanol/temas-de-salud/alpha/b/bronchiolitis
- https://www.cdc.gov/rsv/infographic-sp.html#text-version



LA VACUNA DEL COVID-19 Y LOS NIÑOS



Por: Ana L Medina Mateo, MD FAAP
Consultora Senior AAP-Capítulo PR
Secretaria Sociedad Puertorriqueña de Pediatría

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote de COVID-19, una emergencia de preocupación de salud pública internacional el 30 de enero de 2020. Luego, seguido, el 11 de marzo de 2020 la OMS la declaró Pandemia de COVID-19.

Todos hemos estado atentos a la información con base científica desde entonces y hemos aprendido mucho sobre esta temible enfermedad causada por SARS-CoV-2. Igualmente, hemos visto como la información sobre la enfermedad y las vacunas para protegernos ha ido surgiendo de forma acelerada y a la vez cambiante, según han progresado los adelantos científicos y las experiencias de la enfermedad en diferentes países, en adición a Estados Unidos.

Es por eso que nos hemos dado a la tarea en la Revista Mi Pediatra de mantenerlos al día con relación a las vacunas del COVID-19 y los niños.

En Estados Unidos ya desde el 12 de mayo de 2021, el CDC autorizó bajo EUA (Autorización de Uso de Emergencia) vacunar niños de 12-15 años de edad con la vacuna COVID-19 de Pfizer-BioNTech. Las EUA de las vacunas en general es lo que permite que se salven vidas mediante la vacunación en situaciones de emergencias como las pandemias.

El tan esperado momento de vacunar a nuestros niños más pequeños llegó el 2 de noviembre de 2021, cuando el CDC dió la autorización bajo EUA para vacunar niños de 5-11 años de edad con la vacuna pediátrica de COVID-19 de la compañía Pfizer.

Esta vacuna pediátrica de COVID-19 es una tercera parte de la dosis de la vacuna que se administra a las personas que tienen 12 años en adelante.



No obstante, la Pfizer hizo una preparación nueva, formulada especialmente para esas edades.

Esta formulación nueva tiene un estabilizador especial que se usa en vacunas que aprueba FDA, que permite larga duración en la nevera.

Las agujas que se usan son más pequeñas también.

La tapa es de color anaranjado y está rotulada para uso de 5-11 años para así evitar errores de administración.



- **Los niños de 5-11 años de edad se vacunan con dos dosis de 10 microgramos cada una.**
- **Cada dosis se administra con 21 días de separación.**
- **La vacuna es para uso intramuscular.**
- **La dosis de estas edades se determinan por edad y no por peso o tamaño del niño.**
- **Algunos niños pueden tener 11 años cuando reciben su primera dosis y luego tienen 12 años cuando le tocan su segunda dosis.**
- **Deben recibir la dosis basada en su edad el día que le toca su vacuna, de acuerdo con el CDC.**

La vacuna de COVID-19 se puede administrar el mismo día que otras vacunas de rutina, incluyendo la de influenza. La recomendación es que debe administrarse en diferente lugar de inyección.

El CDC y la Academia Americana de Pediatría (AAP) recomiendan que niños con infección previa de COVID-19 se vacunen contra COVID-19 cuando ya no estén sintomáticos ni contagiosos.

Los niños que han sufrido la enfermedad de MISC (Enfermedad Multisistémica Inflamatoria causado por COVID-19) deben esperar 90 días post -enfermedad para vacunarse y haber tenido discusión previa con su pediatra para asegurar que esté en condiciones médicas adecuadas para proceder con la vacunación.

En los ensayos clínicos de niños de 5-11 años, la vacuna COVID-19 de Pfizer fue 90.7% efectiva en evitar COVID-19 sintomático.

- Los efectos adversos y secundarios en los ensayos en estas edades no fueron diferentes a los reportados en edades ≥12 años.
- Mayormente fueron dolor en el área de la inyección, cansancio y dolor de cabeza.
- Estas reacciones fueron de naturaleza leve o moderada.
- No hubo eventos adversos serios relacionado a la vacuna, incluyendo reacciones alérgicas severas (anafilaxis), ni miocarditis (inflamación del corazón).
- Los casos raros ocasionales de miocarditis que se han reportado luego de las vacunas mRNA (Pfizer y Moderna), han sido predominantemente en varones entre 12-29 años de edad y de naturaleza leve.

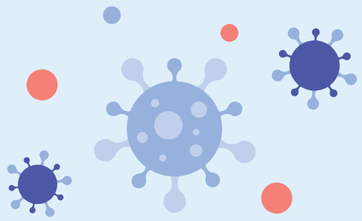
Es importante recordar que el riesgo de miocarditis es mayor con la enfermedad COVID-19 que con la vacunación. Además, la infección por COVID-19 puede ser muy seria y mortal.



Los ingredientes y dosis de la vacuna COVID-19 Pfizer son iguales para niños de 12-15 años y para personas de 16 años en adelante.

A los 18 años de edad el paciente puede recibir las vacunas COVID-19 Moderna y Johnson & Johnson (Janssen) si así lo desea luego de discutir con su medico cuál es más conveniente.





¿Existe algún niño/adolescente que no debe recibir la vacuna COVID-19 Pfizer ?

1. Esta vacuna aún no está disponible para niños <5 años. Ensayos clínicos en estas edades están en progreso

2. Esta vacuna no se puede poner a ningún niño con historial conocido de reacción alérgica severa a cualquier ingrediente de la vacuna. Si este es el caso, su niño quizás en un futuro pueda recibir otra vacuna COVID-19.

¿Existe algún adolescente de ≥18 años de edad que no puede recibir vacuna COVID-19 Moderna ni Johnson & Johnson?

- Estas dos vacunas no se pueden poner a personas que tienen historial de reacción alérgica severa a algún ingrediente de cualquiera de estas dos vacunas.
- La AAP enfatiza que niños de ≥12 años de edad con sistema immune muy comprometido, deben recibir la tercera dosis de la vacuna COVID-19 Pfizer ya que se sabe que con su serie primaria de dos dosis no va a lograr la mayor protección.
- Deben haber pasado 28 días luego de la segunda dosis de Pfizer para recibir esta tercera dosis.

Estamos de nuevo esperanzados que durante la primera mitad del 2022, la compañía Pfizer nos brinde información sobre la vacuna COVID-19 para edad pediátrica entre 2 y 5 años de edad y en la segunda mitad del 2022 sobre los niños de 6 meses a 2 años de edad.

- Exhortamos a los pacientes, padres y cuidadores a que siempre estén atentos a información nueva acerca de las vacunas COVID-19 y siempre tomar decisiones sobre la vacunación basadas en la evidencia científica existente.
- La vacunación es el mejor método de prevenir enfermedades.
- Además, debemos continuar con uso de mascarillas, distanciamiento prudente y lavado de manos para continuar batallando contra el COVID-19.

Nota: Las recomendaciones acerca de la vacunación COVID-19 se van modificando de acuerdo a la situación actual y la evidencia científica. Manténgase informado y consulte a su médico.

¿QUÉ QUIERE DECIR QUE MI HIJO/A TIENE EL DIAGNÓSTICO DE Perlesía Cerebral?



Por: Natalia L. Rodríguez Vázquez, MD
Neuróloga Pediátrica
Facultad Clínicas SALUS – Guaynabo, PR

¿Qué significa?

La terminología Perlesía Cerebral ha evolucionado a través de los siglos desde los 1800 donde se evidencia por primera vez en la literatura científica.

La definición que utilizamos hoy día nos dice que Perlesía Cerebral es un grupo de desórdenes de control de movimiento y postura que aparece en etapas tempranas de la vida a causa de algún insulto al cerebro en desarrollo.

Este insulto pudo ocurrir de manera pre-natal, durante el parto o post natalmente.

La condición es una no progresiva y no está asociada a ningún proceso degenerativo.

La incidencia de esta condición es de 2 individuos por cada 1,000 nacimientos.

¿Por qué ocurre?

Las causas son múltiples y alrededor del 80% de los insultos ocurren en la etapa prenatal. Entre ellos están sangrado intracranial, infecciones, problemas de la placenta, exposición a drogas y toxinas, hipoxia/ asfixia, malformaciones congénitas, hiperbilirrubinemia, condiciones metabólicas, entre otras.

¿Quiénes están a mayor riesgo?

El ser prematuro es el mayor factor de riesgo y esto se debe a que ese cerebro en formación todavía está muy frágil, y su vasculatura puede sufrir un daño bien marcado por cualquier tipo de disturbio.

Mientras más pequeño sea el niño tanto en edad gestacional como en peso, el riesgo a tener Perlesía Cerebral se convierte en uno mayor.

Como padre/madre, ¿Qué yo puedo observar?

El diagnóstico usualmente envuelve algún déficit motor a muy temprana edad (antes de los 3 años), causando retraso en la adquisición de destrezas motoras de acuerdo con la edad del paciente.

Estos déficits motores o posturales pueden venir acompañados de problemas cognitivos, de comunicación, de comportamiento o sensoriales.

También podría relacionarse a epilepsia y problemas secundarios musculo-esqueletales.

La incidencia de esta condición es de 2 individuos por cada 1,000 nacimientos.

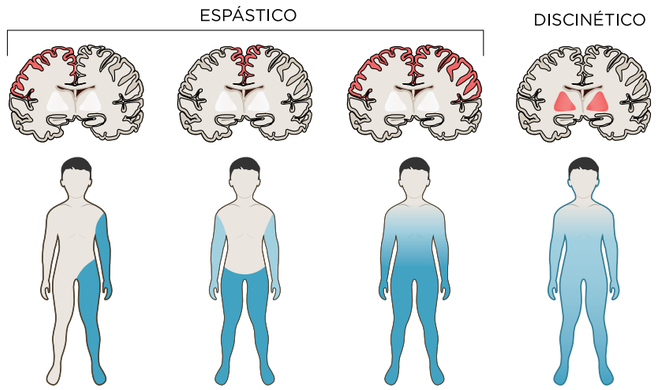
Evaluación y manejo

Con observación, historial médico y un examen neurológico, se puede determinar el tipo de Perlesía Cerebral.

Entre los hallazgos del examen y de neuroimagen (MRI) podemos tener en perspectiva en qué etapa del desarrollo pudo haber ocurrido el insulto y la severidad de este.

La clasificación va a depender de la funcionalidad motora, particularmente la función de caminar que tenga el paciente.

Dependiendo de cuántas extremidades estén envueltas y del déficit motor, se puede clasificar en los diferentes subtipos que existen.



Estos déficits pueden venir de la corteza cerebral (espástico – el más común), de los centros que controlan movimiento (discinético), o una combinación de ambos (mixto).

Para esto es importante una evaluación por un neurólogo pediátrico, de un fisiatra, terapista físico, terapista ocupacional y de habla.

Estos van a determinar el equipo asistido necesario, las terapias necesarias y los acomodos razonables para estos pacientes. También van a dar seguimiento a complicaciones asociadas como dolor, el desarrollo de contracturas, problemas para comer, entre otros y a la necesidad de medicamentos o procedimientos quirúrgicos para atender los mismos.

Comorbilidades y pronóstico

Se sabe que 30% de los pacientes con Perlesía Cerebral van a desarrollar epilepsia, especialmente aquellos con envolvimiento de la corteza cerebral.

SI EL DAÑO ES UNO EXTENSO, también predispone a atraso global en el desarrollo e incapacidad intelectual en hasta un 40% de los pacientes.

Esto los lleva a poder desarrollar problemas de comunicación o problemas para la alimentación. Problemas visuales o auditivos también se han visto asociados en hasta 16% de los pacientes.

Comorbilidades psiquiátricas como problemas de conducta o comportamiento, déficit de atención y desordenes dentro del espectro de autismo se pueden asociar también a la condición.

Más del 90% de los niños con Perlesía Cerebral sobreviven a la adultez. Su expectativa de vida va a depender de su nivel de funcionamiento y de sus comorbilidades asociadas.

Debido a que esto es una condición crónica, el asegurar una buena calidad de vida tanto para el paciente como para su familia es primordial.

La identificación y la intervención temprana no van a cambiar el diagnóstico, pero se sabe que van a ayudar a evitar complicaciones secundarias y va a ayudar a los pacientes a alcanzar su máximo potencial.

Más del 90% de los niños con Perlesía Cerebral sobreviven a la adultez.

¡Tiene un absceso dental y ahora, qué hago...!

Reconoce sus signos y síntomas

Por: Cheryl Paulo, MD
Dentista Pediátrica

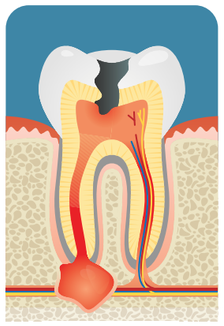
Un absceso dental se puede desarrollar en un área donde existe una caries profunda no tratada o trauma pasado que ocasiona que el cuerpo comience a pelear en contra de la infección. **Dependiendo de la severidad,** puede afectar la salud general del paciente cuando le dificulta el poder comer, el sueño, o llegar a áreas cerca como los oídos, cerebro, entre otros, al punto de llevarnos a visitar una sala de emergencia para tratar una infección mayor.

Algunos de los signos más comunes que los padres deben de estar pendientes son:

- Dolor espontáneo o de noche
- Fiebre
- Hinchazón en la cara
- Sensitividad al comer cosas frías o calientes
- Hinchazón del cuello

En ocasiones puede que no de dolor, pero en otras ocasiones se puede observar una bolita en la encía de pus cerca de un diente, no debemos esperar a ver qué puede pasar, sino todo lo contrario, es el momento de consultar con el Dentista Pediátrico porque puede que su niño tenga un absceso dental.





El Dentista procede a realizar examen clínico y luego tomar una radiografía para determinar el origen del absceso dental.

En algunas ocasiones es necesario recetar antibióticos, pero en otras ocasiones no es necesario.

El tratamiento final de un absceso dental va a depender de lo observado clínicamente y en radiografía, pero puede variar desde una extracción o hasta una limpieza de los canales del diente para preservar el mismo (pulpectomía).

Lo importante es eliminar el origen de la infección dental.



Recuerde que muchos hospitales no cuentan con un dentista pediátrico por tal razón se previene llegar a un absceso dental:

- Visitando cada seis meses al dentista para evaluación rutinaria
- Mantener una buena salud oral y una buena alimentación
- Supervisar el cepillado de sus niños
- Utilizar una pasta con flúor
- Uso del hilo dental. Este es clave en aquellas áreas en las que el cepillo no llega por tener espacios cerrados
- Un enjuagador con fluoruro

Es muy común ver un absceso dental en niños como algo temporero, pero esto puede ocasionar:

- Daño al diente permanente
- Pérdida de espacio en ambos arcos (maxilar como mandibular)
- Dolor
- Infección mayor
- Múltiples días de ausencia a la escuela

La frecuencia y cantidad de azúcar influye grandemente en el desarrollo de caries.

Por esto es necesario buscar alternativas más saludables para ofrecerle a los niños. Hay alimentos que son pegajosos que aumentan el riesgo de caries, por ejemplo los “gummies”.

Evitemos los jugos, en su lugar promueva la ingesta de agua y leche fresca.

Existen tratamientos preventivos como sellantes de fisura. Estos previenen el desarrollo de caries y su dentista puede orientarlos sobre este procedimiento sencillo que no requiere de anestesia y ayuda grandemente en la prevención de caries.

Cuando un absceso dental no es tratado a tiempo puede convertirse en una infección mayor que requiere que se visite a una sala de emergencia para tratamiento.

¡Visítanos!



Referencias:
WK, Seow. Diagnosis and management of unusual dental abscesses in children. Australian Dental Journal 2003;48:(3):156-168
Manal Al-Malik. Pattern of management of oro-facial infection in children: A retrospective. Saudi Journal of Biological Sciences. Volume 24, Issue 6, September 2017, Pages 1375-1379.
American Academy of Pediatric Dentistry. Pulp therapy for primary and immature permanent teeth. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2021:399-407.
American Academy of Pediatric Dentistry. Use of antibiotic therapy for pediatric dental patients. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2021:461-4.

EL MALTRATO DE MENORES:

¿Qué puedo hacer?

Por: Brenda Mirabal, MD
Pediatra especialista en maltrato de menores
Escuela de Medicina RCM

El Síndrome del Bebé Sacudido, una manifestación de trauma a la cabeza por abuso, ocurre cuando se sacude violentamente a un infante.

Puede causar hemorragia subdural (sangrado alrededor del cerebro), edema (inflamación) del cerebro, hemorragias retinales (sangrado dentro de los ojos), fracturas de costillas o huesos largos, convulsiones, retraso en el desarrollo, crecimiento exagerado de la cabeza, ceguera o incluso, la muerte del bebé.[1]

Tiene una incidencia de 32 a 38 casos por cada 100,000 niños hasta el año de edad; uno de cada cuatro (25%) mueren.

¿Cuál es el evento precipitante más común en estos casos?

El llanto persistente del bebé. En un proyecto de prevención de este síndrome en Puerto Rico, la mayoría de los padres reportaron que lo más difícil del cuido de su bebé durante los primeros meses era el llanto persistente.[2]

EL LLANTO ES LA MANERA DE COMUNICARSE DEL INFANTE:

si tiene hambre, necesita cambio de pañal, siente calor o frío, tiene sed o se siente enfermo.

El llanto puede ser persistente y en algunos bebés, los episodios de llanto pueden durar 1-2 horas (hasta 5 horas por día) a partir de las 3 semanas, con un pico a los 2 meses.

Luego, los episodios van disminuyendo durante los próximos meses.

Si su bebé llora y le verificó el pañal y lo alimentó, y continúa llorando, observe si tiene algún síntoma como fiebre, escalofríos, vómitos, diarreas o está menos activo.

Si presenta algún síntoma, llame al pediatra.





Si está bien pero no deja de llorar, intente calmarlo meciéndolo, dándole un baño, un masaje, cantándole, o paseándolo en el coche.

Si sigue llorando, colóquelo en su cuna y salga del cuarto. El llanto NO le va a causar daño. Sin embargo, si usted pierde el control y lo sacude para que cese de llorar, le puede provocar un daño grave.

Es el momento para solicitar ayuda a algún familiar que le asista en el cuido del bebé.

Mientras tanto, tome un descanso o un baño, haga ejercicio o relájese. Es importante que recargue energías.



De igual manera, si los padres no cumplen con el seguimiento o tratamiento médico o no se administran las vacunas recomendadas a tiempo, también es indicativo de negligencia.

Después del primer año, el niño presenta otros retos para los padres, tales como:

el entrenamiento para ir al baño y las rabietas. Estas situaciones pueden provocar la pérdida de control e incidentes de maltrato físico, resultando en moretones, fracturas, daño al intestino u otros órganos internos, o quemaduras en el niño.

El entrenamiento para ir al baño debe comenzar cuando el niño verbalice que quiere ir al baño. Algunos niños pueden empezar a los dos años; otros tardan más. No se debe obligar al niño si no puede lograrlo. Se va a frustrar.

Las rabietas de los dos años también son momentos difíciles. Espere; no se desespere.

Los gritos, sacudidas y golpes no van a evitar las rabietas y pueden causar daño.

El complacer al niño en sus antojos para evitar las rabietas no da resultados. Por el contrario, las fomentan.

El niño que llega a una Sala de Emergencia con moretones de coloración variada, pobre nutrición, multiples fracturas, quemaduras o trauma a la cabeza sin explicación, sangrado abdominal o perforación de intestinos requiere una evaluación médica completa.

La evaluación incluye laboratorios, radiografías, estudios y consultas a especialistas para confirmar o descartar maltrato.

También se consulta a Trabajo Social y se refiere al Departamento de la Familia para investigación, según establece la Ley 246 del 2011, Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores.[3]

El niño es admitido al hospital hasta obtener la determinación del Departamento de la Familia.

En el alta, se refiere para seguimiento por el pediatra y los especialistas indicados.



El seguimiento del niño abusado por especialistas es esencial porque puede presentar complicaciones físicas, sicológicas y emocionales a corto y largo plazo.

Problemas en el habla, el desarrollo psicomotor y convulsiones requieren tratamiento y terapias.

Las fracturas complejas o quemaduras profundas, requieren seguimiento prolongado por el ortopeda o cirujano.

El niño también puede presentar problemas en el comportamiento, como hiperactividad y/o agresividad, que requieren tratamiento sicológico.

Pueden demostrar cambios en el estado de ánimo, como depresión e ideación suicida que deben ser evaluados por un psiquiatra.

Lo más importante para prevenir las consecuencias del maltrato es identificarlo a tiempo y proveer las intervenciones especializadas necesarias.

LO IDEAL ES PREVENIRLO.

Ser padre o madre es un privilegio.

La crianza no es fácil y el apoyo de los seres queridos y amigos es esencial para superar situaciones de difícil manejo.

Dedicar tiempo para descansar, escuchar música, hacer ejercicio o relajarse también es importante.

Asumir la responsabilidad de ser padre o madre es probablemente una de las mejores decisiones que ha tomado en su vida y la de mayor satisfacción.

Referencias:
1. Narang, SK et al. Abusive Head Trauma in Infants and Children. AAP Policy Statement, Pediatrics (2020) 145 (4): e20200203.
2. Mirabal Rodríguez, B, Pascual Marrero, A, Díaz Ortiz, E, Ríos J, Marrero Rivera G. Proyecto MANOS: Más Abrazos, No Sacudidas. Boletin de la Asociación Médica de Puerto Rico, Vol.103, Num 1; ene-mar 2011.
3. "Ley para la Seguridad, Bienestar y Protección de Menores" [Ley 246-2011, según enmendada] (weebly.com)

¿Necesitará espejuelos mi niño?





Por: Carla Santiago, MD
Pediatría General

La visión en la edad pediátrica cambia constantemente a partir del nacimiento y mejora a medida que el niño crece.

La agudeza visual se desarrolla durante los primeros meses de vida y puede continuar madurando hasta las edades de 4 a 5 años.

Durante este periodo, la exposición a estímulos visuales es esencial para un desarrollo adecuado de la visión.

Igualmente, es importante que durante este tiempo el niño sea capaz de ver imágenes claras y enfocadas a través de ambos ojos.

Cualquier problema externo o interno del ojo que afecte la visión y que no sea corregido a tiempo puede causar pérdida de visión permanente.

EN LOS NIÑOS, LA CAUSA MÁS COMÚN DE PROBLEMAS VISUALES SE CONOCE COMO AMBLIOPÍA.

Ésta se define como la reducción en la visión de un ojo causada por cualquier condición que haya afectado el desarrollo visual en la infancia.

Por ejemplo, una condición muy común que puede causar ambliopía es el estrabismo, en el cual ambos ojos no pueden alinearse en una misma dirección, causando visión borrosa.

Si no se corrige, el cerebro comenzará a eliminar las imágenes de uno de los ojos para evitar la visión borrosa, y éste se convertirá en un "ojo vago" o ambliope.

Otro ejemplo lo son las cataratas, una condición que afecta el lente del ojo causando que éste se vuelva opaco, produciendo a su vez visión borrosa o doble, dificultad para ver en la oscuridad o fotosensitividad (que le moleste la luz).

Las cataratas pueden ser hereditarias, o causadas por trauma al ojo, bajo peso al nacer, enfermedades metabólicas, entre otras.

Los errores de refracción, mejor conocidos como miopía (visión borrosa a lo lejos) y astigmatismo (curvatura anormal de la córnea que causa visión borrosa), también pueden causar ambliopía si no se corrigen a tiempo con lentes recetados por un especialista.

Todos estos problemas visuales pueden causar pérdida de visión irreversible si no se corrigen a tiempo.

Por esta razón, es importante que el pediatra de su niño, como parte de la evaluación de rutina, incluya el **cernimiento visual.**

La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda que se haga un cernimiento de visión en todos los niños menores de 5 años de edad evaluando factores de riesgo en todas las visitas.

EL CERNIMIENTO DEBE COMENZAR A LOS 3 AÑOS DE EDAD en la oficina de su pediatra, y éste debe hacerse periódicamente a los 4, 5, 6, 8, y 10 años, y una vez entre las edades de 11 a 14, 15 a 17, y 18 a 21.

Es importante que el niño coopere y pueda verbalizar para llevar a cabo la evaluación. Usualmente, se hace un examen de agudeza visual utilizando tablas con dibujos o letras a cierta distancia y se evalúa la visión de cada ojo individualmente.

EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS, el pediatra puede observar el pestañeo en respuesta a la luz, el contacto visual, si el niño sigue objetos en movimiento o la apertura de los ojos ante estímulos llamativos. En adición, desde la edad neonatal, el pediatra debe observar el reflejo rojo utilizando un oftalmoscopio.

Si su pediatra identifica alguna anormalidad en este cernimiento o si existen otros factores de riesgo tales como prematurez, algunas infecciones congénitas, perlesía cerebral, anormalidades craniofaciales, Síndrome de Down, entre otros, su niño debe ser referido a un oftalmólogo para ser evaluado.

RECUERDE: LA MAYORÍA DE LOS PROBLEMAS VISUALES SON PREVENIBLES Y TRATABLES.

Coméntele a su pediatra si tiene alguna preocupación sobre la visión de su niño o niña, y no olvide mencionar si tiene algún antecedente familiar de problemas relacionados.

¡CUIDEMOS DE SUS OJOS!









Referencias:
1. Coats DK. Vision screening and assessment in infants and children. UpToDate. UpToDate; 2021. Accessed January 16, 2022. https://www.uptodate.com/contents/vision-screening-and-assessment-in-infants-and-children?sectionName=VISUAL%20HISTORY&search=visual%20screening%20&topicRef=2872&anchor=H7&source=see_link#H13653700
2. Coats DK, Paysse EA. Amplyopia in children: Classification, screening, and evaluation. UpToDate. UpToDate; 2021. Accessed January 16, 2022. https://www.uptodate.com/contents/amblyopia-in-children-classification-screening-and-evaluation?search=visual%20screening%20&topicRef=6261&source=see_link#H3241778
3. Loh AR, Chiang MF. Pediatric Vision Screening. Pediatrics in Review. May 2018, 39 (5): 225–234. https://doi.org/10.1542/pir.2016-0191



¿DEBO EXAMINAR LA AUDICIÓN DE MI HIJO?

Por: Carla Lluberes, MD
Pediatría General

La Academia Americana de Pediatría recomienda que a todos los niños se les complete una evaluación auditiva en o antes del primer mes de vida.

Existen diferentes tipos de pruebas para realizar el cernimiento auditivo, entre ellas, la prueba de respuesta auditiva del tronco encefálico (RATE), la prueba de emisiones otoacústicas (EOA) y la evaluación de audiometría conductual.

En Puerto Rico existe la Ley Núm. 311 del 19 de diciembre de 2003. Esta ley establece protocolos, procedimientos y un sistema de rastreo para realizar el cernimiento auditivo, y así poder hacer una detección, diagnóstico e intervención temprana de problemas de audición.

¿Cómo son las pruebas auditivas que se le hacen a los niños?

LA PRUEBA DE "RESPUESTA AUDITIVA DEL TRONCO ENCEFÁLICO" (RATE) busca evaluar la respuesta de los nervios auditivos y el cerebro al sonido.

La misma se hace utilizando unos auriculares y unos electrodos; los auriculares emiten el sonido y los electródos nos muestran la actividad del cerebro en respuesta al sonido.



POR OTRO LADO, LA PRUEBA DE EMISIONES OTOACÚSTICAS (OAE) evalúa la respuesta del oído interno al sonido, ésta es la que usualmente se realiza en la unidad de recién nacidos o intensivo neonatal.

En esta prueba se introduce una sonda que transmite un sonido bajo y así se puede evaluar la respuesta de las estructuras del oído interno.

Por último, con la prueba de evaluación de audiometría conductual se evalúa la respuesta al sonido en general.



¿Qué hago si mi bebé no pasa su prueba auditiva?

Cuando un paciente neonato falla la prueba de emisiones otoacústicas se le deberá realizar una prueba auditiva del tronco encefálico antes de darle el alta o antes de sus primeros tres meses de vida.

¡CALMA! No siempre que un bebé falla su primera prueba auditiva significa que haya pérdida de audición.

Los falsos positivos en la prueba de emisiones otoacústicas suelen ocurrir cuando existe algún tipo de obstrucción en el canal auditivo, como, por ejemplo, el cerumen.

¿Se le realizan pruebas auditivas a los niños mientras van creciendo?

SÍ. A todos los niños con factores de riesgo para pérdida de audición se les re-evaluará entre los 24-30 meses de vida. La Académica Americana de Pediatría establece que se debe coordinar una evaluación de audiometría a los 4, 5, 6, 8 y 10 años de vida en aquellos niños que no tienen factores de riesgo.

¿Cómo sabemos cuáles son los factores de riesgo para la pérdida de audición?

- Infección mientras estaba en el vientre de mamá.
- Haber estado hospitalizado en la unidad de intensivo neonatal más de cinco días.
- Tratamiento con quimioterapias u otros medicamentos como antibióticos que pueden ser tóxicos al oído.
- Tener familiar con pérdida de audición.
- Infecciones recurrentes de oído.
- Preocupación de posible deficiencia en el desarrollo/lenguaje/audición.

¿Cuáles son las causas más comunes de pérdida de audición?

- La causa más común de pérdida auditiva es genética.
- Existen más de 500 síndromes asociados a pérdida de audición.
- Otras causas comunes de pérdida de audición lo son infecciones congénitas, meningitis bacteriana, trauma, medicamentos, infecciones de oído, pérdida de audición causada por sonido, entro otros.

¡Busque ayuda y evaluación de su pediatra si le preocupa que su hijo pueda tener pérdida auditiva, si no pasa la prueba de audición o le han diagnosticado pérdida auditiva!

Referencias:
Pruebas de detección y diagnóstico para pérdida auditiva en los niños. (2020). CDC. https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/hearingloss/screening.html
Yoeli, J. K., & Nicklas, D. (2021). Hearing Screening in Pediatric Primary Care. Pediatrics In Review, 42(5), 275–277. https://doi.org/10.1542/pir.2020-000901



¿QUÉ LE PASA A MI HIJO?

Primer episodio sicótico



Por: Lelis L. Nazario, MD
Psiquiatra de niños y adolescentes
Directora, Programa de Oportunidades de Recuperación con Tratamiento Integrado (PORTI), Escuela de Medicina RCM

Juan es un chico de 16 años que no tiene muchos amigos. La madre refiere que siempre ha tenido algunas dificultades sociales, pero en los últimos años esto ha ido empeorando y se encuentra muy aislado.

DESDE HACE PAR DE MESES NO QUIERE SALIR DE SU CUARTO, DICE ESTAR PREOCUPADO DE QUE LO ESTÉN SIGUIENDO Y LE QUIEREN HACER DAÑO.

Se la pasa oyendo música para distraerse de voces que le dicen que tenga cuidado porque le van a implantar un "chip" para poder rastrearlo. **Estas voces, que nadie en su casa puede oír, le causan mucha angustia.**

Recientemente dejó de comer porque piensa que alguien en su casa lo quiere envenenar, solo come comida enlatada.

Juan es un ejemplo de un chico que está experimentando su primer episodio sicótico, donde percibe una realidad distorsionada y se le hace difícil distinguir entre ideas fijas y falsas, que percibe en su cabeza como real pero que no lo son para el resto de nosotros, como su idea de que lo están persiguiendo.

POR MÁS QUE LO TRATEN DE DESMENTIR CON PRUEBAS, ÉL SIGUE PENSANDO QUE ES REAL.

- Estas ideas se conocen como delirios y existen diferentes tipos incluyendo paranoides, como en el caso de Juan, y su idea de que le quieren hacer daño.
- También existen otros tipos de delirios como religiosos, de grandeza, y somáticos (síntomas que no tienen explicación médica).
- **OTROS SÍNTOMAS SICÓTICOS** incluyen desorganización de pensamiento, habla y/o conducta, donde se le dificulta expresarse coherentemente o actúa de forma confusa; además de presentar con alucinaciones (ver, oír o sentir cosas que no están).
- Esto puede ser una experiencia aterrorizante para el que sufre de sicosis, al igual que para la familia o núcleo de apoyo.
- Estos síntomas afectan significativamente el funcionamiento del joven, terminando muchas veces en hospitalizaciones por la crisis presentada.



LAS ESTADÍSTICAS EN ESTADOS UNIDOS REPORTAN QUE ALREDEDOR DE 100,000 ADOLESCENTES O JÓVENES ADULTOS AL AÑO SUFREN DE UN PRIMER EPISODIO SICÓTICO.

Usualmente debuta en jóvenes entre las edades de 16 a 30 años, pero hay casos más severos que pueden comenzar mucho antes.

La evidencia científica nos informa que mientras más temprano se empiece tratamiento, mejor es la respuesta y menor el deterioro funcional.

A pesar de esto, muchos jóvenes están más de un año sufriendo con síntomas antes de ser identificados y tratados.

LA RECUPERACIÓN es un proceso en el cual se aprende a manejar los síntomas, y se reconstruye una vida útil con significado y propósito apoyando al individuo a mantener la esperanza, la dignidad, el respeto, y el derecho a escoger sus metas y tratamiento.

SI CONOCES UN JOVEN QUE PUEDA ESTAR PASANDO POR UN EVENTO SICÓTICO, PORTI ESTÁ PARA AYUDARTE 787-600-3115.

Enlaces de interés:
1.https://www.nimh.nih.gov/health/publications/understanding-psychosis
2.https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/fact-sheet-first-episode-psychosis
3.https://www.nri-inc.org/focus-areas/first-episode-psychosis/
4.https://ontrackny.org/
5.https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/Facts_for_Families_Spanish.aspx

EL TRATAMIENTO más efectivo es el que ofrece recuperación a través de la modalidad de cuidado especializado coordinado.

Este se brinda a través de un equipo de profesionales trabajando por el bienestar del joven usualmente compuesto por siquiatra, sicólogo, trabajo social, y especialista en estudio y empleo o consejero vocacional, entre otros.

ESTE TRATAMIENTO INCLUYE COMPONENTES COMO:

- **La sicofarmacología (medicamentos)**
- **Terapia sicológica individual y grupal**
- **Apoyo y educación a la familia y/o grupos de apoyo**
- **Manejo de crisis**
- **Servicios dirigidos a ayudar al participante a reincorporarse en sus estudios o trabajo con el fin de que pueda lograr sus metas y mantener su funcionamiento**
- **Manejo de caso para identificar necesidades particulares del joven y así poder coordinar los servicios ancilares necesarios.**



¡Lávate las manos!



¡Aunque las manos se vean limpias pueden tener microbios asquerosos!



1 Moja



2 Enjabona



3 Restriega



4 Enjuaga



5 Seca

Este material fue elaborado por los CDC. La campaña "La Vida es Mejor con las Manos Limpias" es posible gracias a una asociación entre la Fundación de los CDC, GOJO Industries y Staples. Los CDC y el HHS no respaldan productos, servicios ni empresas comerciales.

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention