Revista

Mi Pediatra

SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA

Edición 25 / Verano 2020

Infecciones de oído y traumas en la cabeza.

Cómo manejar y prevenir lesiones comunes del verano.



GUIAS DE SALUD PARA EL REGRESO A CLASES

+

DOLORES DE CABEZA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, ASMA EN NIÑOS Y VACUNACIÓN.

facebook.com/mipediatraspp

www.revistamipediatrapr.com

PUERTO RICO SE VACUNA CONTRA ENFERMEDADES DURANTE LA EMERGENCIA COVID-19





La vacunación es la mejor protección contra varias enfermedades que ponen en riesgo nuestra salud, especialmente en tiempos de emergencia. Consulta con tu proveedor de salud para conocer qué vacunas te tocan.

No esperes a que sea demasiado tarde.

LAS VACUNAS A TIEMPO protegen a todos





www.vacunatepr.com

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

PROGRAMA de VACUNACIÓN

¿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 a los siguientes números:

787-421-0944 / 787-378-1042

Búscanos en:

facebook.com/mipediatraspp

www.revistamipediatrapr.com



Revista Mi Pediatra
SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA



Ganador

DEL CONCURSO DE DIBUJO

Dylan E. Otero Montes

es el feliz ganador del concurso de dibujo que se llevó a cabo para seleccionar la portada de esta edición de la revista Mi Pediatra. El tema solicitado a los participantes fue El verano y la naturaleza. Dylan es un niño de 5 años de edad, vecino de Ciales, Puerto Rico. Aceptó el reto y participó en el concurso, resultando ganador. Al preguntarle qué significa ese dibujo, Dylan respondió:

“Cuidemos la naturaleza para poder disfrutarla”

¡Muchas felicidades!

Mensaje Editorial



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

Reciban un caluroso saludo y la bienvenida a esta edición de la revista *Mi Pediatra*, publicada por la Sociedad Puertorriqueña de Pediatría. Hace unos meses fue con mucho entusiasmo que acepté el reto de ser la editora de esta revista. El reto fue aún mayor cuando ni imaginábamos que estaríamos atravesando por unos meses de pandemia; tiempo de crisis y distanciamiento; miedos y medidas nunca antes vistas. Sin embargo, junto con un excelente grupo de colaboradores, vimos el reto como una gran oportunidad. Y se preguntarán: ¿Por qué es una oportunidad? Pues definitivamente, la pandemia ha servido de escenario para reforzar conocimiento y así educar a nuestra comunidad, particularmente a padres, familiares y cuidadores de infantes, niños y adolescentes. Nos ha servido además para validar una vez más cuan fuerte y resiliente es nuestra población pediátrica. Tenemos ante nosotros la responsabilidad de aprovechar este escenario educativo para llevarles temas de interés en el área de la pediatría, tanto de prevención como problemas comunes de salud física y mental que afectan las distintas edades, desde el recién nacido hasta el adolescente. En esta edición, que ha sido preparada con la colaboración de pediatras, subespecialistas pediátricos y otros profesionales de la salud, se incluyen tópicos pertinentes al momento en que vivimos, a los meses de verano y el regreso a clases. Aún ante la incertidumbre de si los niños regresarán a estudiar de forma presencial, hay medidas, consejos y guías que debemos seguir para garantizar mejor calidad de vida y salud entre nuestros niños, nuestro mayor tesoro.

En la revista *Mi Pediatra* podrán disfrutar portadas que han sido creación de niños ganadores de concursos de dibujo con temas variados. En esta edición felicitamos a Dylan Otero Montes, quien con el tema de El verano y la naturaleza es el responsable de la portada de esta edición.

Aprovecho para agradecer a la Dra. Ana I Quintero, pasada editora, por todos los años dedicados a la revista *Mi Pediatra* y desearle mucho éxito a la Junta Directiva que recién comienza.

Espero disfruten esta edición de la revista *Mi Pediatra* y no olviden mantener las medidas de distanciamiento y prevención para así poder superar pronto la crisis en que vivimos.

Un abrazo,

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

Edición dedicada a la *Dra. Ana Quintero del Río*





Mensaje de la Presidenta

Es con gran entusiasmo que presentamos la primera edición del 2020 de la revista Mi Pediatra de la Sociedad Puertorriqueña de Pediatría (SPP). Dedicamos con gran orgullo esta edición a la Dra. Ana Quintero del Río que fue la editora de la revista por los pasados nueve años. Su contribución a la SPP mediante la educación a la comunidad ha sido inmesurable. Trabajó con dedicación para que el mensaje de los artículos llegara claramente a la comunidad. La SPP está agradecida de su importante labor. Le deseamos que continúe cosechando triunfos en su carrera profesional. Sabemos que pondrá el nombre de Puerto Rico en alto y que continuará en contacto con nosotros, los pediatras de esta bella isla.

Aprovecho también la oportunidad de escribir este mensaje para desearle a la Dra. Nerián Ortiz Matos, la nueva editora de la revista, mucho éxito en esta gesta. Estamos seguros de que bajo su dirección, la revista Mi Pediatra, continuará ofreciendo información importante y actualizada a todos los lectores. La SPP le agradece que aceptara esta importante encomienda y nos sentimos honrrados de que sea nuestra editora.

Agradezco el apoyo de mis colegas en haberme dado la oportunidad de presidir la Sociedad Puertorriqueña de Pediatría por los próximos dos años. Como saben, tomo muy en serio la misión de educación de la Sociedad. Continuaremos ofreciendo educación continua a los médicos y aliados de la salud a través de simposios, la convención annual y mensajes distribuidos por nuestra red electrónica. De igual manera, continuaremos educando a la comunidad mediante la revista Mi Pediatra, nuestra página en las redes: mi pediatra/sociedad puertorriqueña de pediatría y cualquier actividad comunitaria con la cual podamos colaborar. Invito a todos a disfrutar de esta primera edición de la revista Mi Pediatra 2020. Espero que sea de su agrado.

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

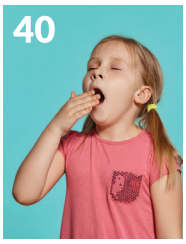
Revista Mi Pediatra
SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA
VERANO 2020



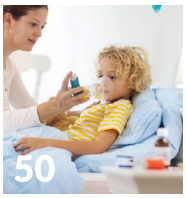














JUNTA EDITORA DE LA REVISTA

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

CONTENIDO

08 / Disfrutemos del verano libre de lesiones

12 / Anemia en niños y adolescentes

14 / "Mamá, me duele la cabeza"

17 / Sangrado vaginal en las adolescentes

20 / Mi bebé se ve amarillo

22 / Mi bebé tiene un soplo cardíaco

24 / Trauma de cabeza

27 / Influenza, micoplasma y coronavirus

30 / Listos para el regreso a clases

33 / Todo lo que debo saber sobre convulsiones febriles

36 / Gastritis

38 / Problemas de crecimiento en niños

40 / ¡Sonando alarmas!

43 / Infecciones de oído en infantes, niños y adolescentes

43 / Estreñimiento en niños

48 / ¿Cómo integrar los aspectos académicos en las rutinas del hogar sin que aumenten los niveles de estrés y ansiedad en la familia?

50 / Las Aerocámaras y los Inhaladores para el Asma Bronquial

52 / Enfermedad de manos, pies y boca

53 / Cuando la pubertad llega antes de tiempo

55 / NeuroMaternidad para la relación de mamá y bebé en tiempos de pandemia

57 / Adolescentes, "vaping" y coronavirus

Disfrutemos el verano libre de lesiones



Por: Eliana Peña, MD
Residente de Tercer Nivel
Departamento de Pediatría
Escuela de Medicina RCM

Todas las familias sueñan con que llegue el verano: para los padres representa un período para poder pasar más tiempo en familia y para los hijos un exceso de tiempo libre para poder jugar sin responsabilidades escolares. Viviendo tiempos de pandemia, definitivamente este año tendremos un verano diferente, y es muy probable que aumenten las lesiones en el hogar y, por ende, lesiones que requieren visitar una sala de emergencia.

En este artículo revisaremos brevemente cuales son las lesiones pediátricas más comunes del verano y sobre todo repasaremos las medidas de prevención para disminuir su incidencia. Es de suma importancia recordar que hemos vivido tiempos de pandemia y que probablemente sea más aconsejable realizar actividades dentro del hogar. Por tanto, también será importante repasar las medidas de higiene entre todos los miembros de la familia para así prevenir la infección por COVID 2019.

Caídas: Las caídas son comunes en todos los grupos de edad, pero en los niños constituye la causa número uno en la lista. A pesar de que existen las caídas de trampolines y otros tipos de juegos al exterior, las caídas en los parques y áreas consideradas seguras siguen siendo las más comunes.

Medidas para prevenir caídas en el patio:

- El menor siempre debe estar supervisado por un adulto.

-Los columpios y chorreras deben ubicarse sobre superficie libre de cemento o concreto. Entre las superficies recomendadas se encuentran: arena, tierra, plástico o grama.

-El material de todos los equipos que tenga en el patio para jugar debe ser de plástico o algún material que no sea metal.

-Los trampolines no son recomendables, ya que se asocian con muchas caídas que resultan en fracturas que lo van a obligar a acudir a una sala de emergencia.

Lesiones en la bicicleta: Anualmente, las bicicletas constituyen parte importante de los casos de trauma que llegan a la sala de emergencia en niños mayores de 7 años. Los brazos y piernas son las áreas más afectadas, pero el trauma en la cabeza es el más peligroso.



El casco es una pieza clave a la hora de prevenir lesiones, y siempre debe ser usado correctamente, es decir, que quede nivelado sobre la cabeza y que cubra la frente con su correa bien ajustada. Además, debe cumplir con los requerimientos de Consumer Product Safety Commission - CPSC. Es importante que los padres también lo utilicen para promover el aprendizaje dando el ejemplo.

Otras medidas recomendadas son:

- Que la bicicleta sea de tamaño apropiado de acuerdo a la edad del niño.
- No remover las ruedas de entrenamiento hasta que el niño esté listo según el desarrollo neuromotor, usualmente cerca de los 8 años de edad.
- Enseñar al niño a que siempre debe guiar por la derecha y siempre en la misma dirección de tráfico.
- Nunca correr bicicleta de noche.
- Las patinetas y scooters hay que usarlas con el equipo protector en todo momento.

Lesiones de piel (quemaduras y mordeduras): Las quemaduras y mordeduras ocurren durante todo el año, pero tienen un pico importante durante el verano.
La causa de las quemaduras varía dependiendo de la edad del niño. Es más común una quemadura por pirotecnia o fuegos artificiales en los adolescentes. Mientras que niños menores de 5 años están a mayor riesgo de quemaduras por líquidos calientes.

Recomendaciones a la hora de cocinar:

- Verifique la temperatura de los alimentos especialmente si usa el microondas.
- Si ha recalentado los alimentos, favor de ponerlos lejos de los niños. Esto evitará que lo agarre súbitamente y se pueda quemar.
- Los mangos de los sartenes y ollas SIEMPRE deben colocarse hacia la parte de atrás de la estufa.
- En la cocina por lo general es el sitio de almacenaje de los productos de limpieza y deben colocarse fuera del alcance de los niños.
- Nunca cambie líquidos de su botella original sin la debida rotulación.



No deje cables sueltos como los del teléfono, Ipad, plancha de pelo, plancha de ropa o abanicos. Los niños más pequeños pueden morderlos y esto puede causar quemaduras por electricidad.

Controle la temperatura del agua. Al bañar al infante debe utilizar el codo en lugar de la mano para verificar que la temperatura del agua sea la adecuada.

Las mordeduras usualmente ocurren en el hogar y es más común que sean causadas por un perro o gato que sea mascota de la familia o vecino. La estricta supervisión de la interacción del niño con la mascota debe estar presente en todo momento. Verificar el estatus de las vacunas de sus mascotas es importante, incluyendo la vacuna de la rabia.

Ahogamiento: No todos las lesiones con agua terminan en ahogamiento, pero los casi ahogamientos son muy frecuentes durante el verano, no solo en cuerpos de agua y piscinas del hogar sino también en el almacenamiento casero de agua. Solo se requieren dos pulgadas de agua para que un niño pueda ahogarse.

Entre las medidas que podemos tomar:

Nunca deje un niño sin supervisión en el baño; nunca dejar agua en la bañera, ni en los cubos de agua para pasar mapo; y cerrar siempre la tapa del inodoro.

Si para el verano que se acerca pensamos en tener una piscina de plástico en la casa hay que estar muy pendientes de la supervisión al alcance de la mano. Los adultos deben saber nadar, saber CPR y saber cómo dar primeros auxilios si ocurre un ahogamiento.

Para otras recomendaciones generales para prevenir lesiones favor visitar la página: http://healthychildren.org/Spanish



Abbott

Ayudar a reducir sus síntomas de cólicos hoy*

ES NUESTRA PROMESA

24 hrs

Similac® Alimentum® comienza a reducir los síntomas de cólicos y llanto excesivo debido a la sensitividad a la proteína de la leche de vaca en 24 horas* en la mayoría de los infantes.

LIBRE DE MAÍZ
RTF SOLAMENTE

Contiene **DHA y ARA,** nutrientes que se encuentran en la leche materna y son importantes para **apoyar el desarrollo del cerebro y ojos**.



Similac®

Nutrimos tu Promesa

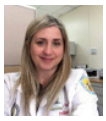
* Basado en un studio clínico con Similac Alimentum Ready to feed sin DHA y ARA en un pequeño grupo de infantes experimentando síntomas de cólicos debido a la sensitividad a la proteína de leche de vaca. Data on file, Study AC84, Agosto 2004. Abbott Nutrition. Columbus, Ohio.

© 2019 Abbott Laboratories, Inc. ANLASM191034 (Dic. 2019)



ANEMIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES:

¿Cuándo debo buscar ayuda?



Por: Mayra Vizcarrondo MD, FAAP
Catedrática
Directora Sección de Pediatría General
Departamento de Pediatría
Escuela de Medicina RCM UPR

La anemia es una condición común en la edad pediátrica. La palabra anemia viene del griego anaimia que significa falta de sangre. En la sangre hay 3 tipos de células: las blancas, las cuales combaten las infecciones, las plaquetas, que tienen que ver con la coagulación, y las células rojas, que son las que escasean cuando hablamos de anemia. Éstas se producen en la médula ósea a la que coloquialmente llamamos el tuétano de los huesos. Dentro de las células rojas se encuentra la hemoglobina. Ésta se encarga de llevar el oxígeno a todos los tejidos del cuerpo.

Se dice que un niño tiene anemia cuando su nivel de hemoglobina es menor que el esperado para su edad. Por lo general, de 6 meses a 5 años la hemoglobina no debe ser menor de 11.5gm/dl y de 6 a 12 años la hemoglobina no debe ser menor de 12gm/dl. En su evaluación, el pediatra individualizará cada caso para determinar el nivel apropiado para cada paciente.

Haciendo un historial médico y un examen físico completo en las visitas de rutina, el pediatra identificará factores de riesgo, signos y síntomas que lo harán sospechar la presencia de anemia. Los niños con anemia moderada a severa tienden a tener la piel pálida o amarillenta, el rosado de la parte de adentro de los párpados es menos intenso, los labios se ven más blanquecinos, se sienten fatigados, irritables y con falta de energía, toman más siestas y pueden tener dolor de cabeza. Dependiendo de la causa de la anemia, pueden presentar hasta con orina color coca-cola y tener los ojos amarillos. En cambio, los niños con anemia leve pueden no presentar síntomas.

Un laboratorio simple en la sangre, para medir los niveles de hemoglobina y hematocrito, nos confirmará la presencia de anemia. Dicho esto, hacer un hemograma completo (CBC) ofrecerá más información y ayudará al pediatra a poder diferenciar entre los diferentes tipos de anemia.

LAS CAUSAS DE ANEMIA VARÍAN SEGÚN LA EDAD:

NACIMIENTO A 6 MESES

Hasta los 3 meses de edad es común presentar anemia por los procesos normales de adaptación que ocurren en el cuerpo del bebé después de su nacimiento. El grado de la anemia usualmente es leve y debe resolver sin tratamiento alguno. Si continúa con anemia entre los 3 y 6 meses, hay que sospechar condiciones hereditarias entre otras causas.

Con los bebés prematuros y los que han tenido complicaciones médicas, tenemos que tener más cautela pues están más a riesgo de desarrollar anemia.



6 MESES A 3 AÑOS

La causa más común de anemia en este periodo es por deficiencia nutricional de hierro. El hierro es un elemento esencial para la producción normal de la hemoglobina. Su consumo en la dieta es vital, no solo para evitar la anemia, sino para el desarrollo motor y cognoscitivo del niño, el cual puede quedar afectado permanentemente de no cumplir con la cantidad diaria nutricional recomendada. La Academia Americana de Pediatría recomienda la lactancia exclusiva hasta los 6 meses por todos los beneficios que ésta ofrece. Pero el contenido de hierro de la leche materna no es suficiente después de los 6 meses, así que es importante introducir alimentos complementarios como las carnes, los granos y los cereales fortificados. También las frutas y vegetales deben ser incluidos en la dieta por su alto contenido de vitaminas y minerales. Si van a usar fórmulas de infantes, deben ser las fortificadas con hierro.

Es importante saber que antes del año no podemos dar leche de vaca ya que no contiene nada de hierro, y además puede causar pérdida de sangre a través del tracto gastrointestinal y empeorar aún más la anemia.

También el consumo excesivo de leche de vaca después de cumplir el año es un factor que aumenta el riesgo de desarrollar anemia, ya que los niños dejan de comer otros alimentos con mayor cantidad de hierro. La ingesta diaria de leche después del año no debe pasar de 16 oz.

PUBERTAD

Entre los 8-13 años en las niñas y entre los 10-15 años en los varones ocurrirá un crecimiento rápido relacionado a todos los cambios fisiológicos que trae la pubertad. La producción de células rojas va a aumentar y aumentará también la necesidad de hierro para formar hemoglobina. Añadido a esto, las niñas comenzarán su ciclo menstrual y habrá una pérdida regular de sangre, lo que las pone más a riesgo todavía de desarrollar anemia. Es importante que en esta etapa la dieta tenga un contenido adecuado de hierro.

El tratamiento de anemia va a depender de su causa. En el caso de anemia por deficiencia de hierro, modificar la dieta es importante pero no va a ser suficiente. Las multivitaminas contienen una cantidad pequeña de hierro que sirve para suplementar y prevenir, pero no para tratar. El pediatra le recetará hierro, ya sea en líquido o en tabletas, el cual se deberá ingerir con el estómago vacío para optimizar su absorción. Éste se debe tomar por el tiempo indicado para reabastecer el almacén de hierro en el cuerpo que se encuentra agotado.

Recuerden siempre visitar a su pediatra si tienen la más mínima sospecha de que su hijo pueda tener anemia. Para que nuestros niños crezcan sanos y saludables, debemos prevenir sobre todo, evaluar regularmente y de ser necesario, tratar adecuadamente.

“Mamá, me duele la cabeza”





Por: Jessica González Montes MD, DABPN
Neuróloga Pediátrica
Certificada por la American Board de Psiquiatría y Neurología
Catedrática Auxiliar
Recinto de Ciencias Médicas
Práctica Privada en Humacao

El dolor de cabeza es una queja común en la edad pediátrica y ocurre en hasta un 75% de los niños de edad escolar.

Los dolores de cabeza se clasifican en dos grupos:

1. Dolor de cabeza primario:
es un dolor asociado al sistema neurológico, y no está relacionado a una condición médica. Los dos tipos más comunes en los niños y adolescentes son la migraña y el dolor de cabeza tensional.

2. Dolor de cabeza secundario:
es un dolor de cabeza asociado a una condición médica. La causa más común en niños es una infección respiratoria (ej: catarro común, influenza). Otras causas son infecciones como meningitis, algún golpe en la cabeza o tumor cerebral.

El tipo de dolor de cabeza recurrente más común en los pacientes de edad pediátrica es la migraña. Se estima que entre un 3-5% de los niños va a experimentar dolor de cabeza de migraña. En la mayoría de los casos hay un historial familiar de migraña.

¿Qué es la migraña?

La migraña se caracteriza por episodios periódicos de dolor de cabeza moderados a severos, de tipo pulsátil, los cuales se localizan mayormente en el área de la frente y la cien (área temporal de la cabeza). En los niños, el dolor de cabeza puede ser en un solo lado o en los dos lados de la cabeza y la duración es entre 2-72 horas. Hay algunos síntomas que están asociados al dolor de cabeza, entre los cuales se encuentran: náuseas, vómitos, molestia al mirar la luz e intolerancia a los ruidos. El dolor de cabeza es tan molestoso o fuerte que suele limitar las actividades del diario vivir (ej: el niño no puede ir a la escuela o no puede quedarse viendo la televisión cuando tiene el dolor).

La migraña se clasifica en dos tipos principales:

1- Migraña con aura: el aura es un síntoma neurológico que ocurre antes de que comience el dolor de cabeza. Se describe como un aviso de que va a comenzar el dolor. El aura más común es un cambio en la visión, como por ejemplo ver destellos de luces, visión borrosa, entre otros. Estos síntomas del aura no deben durar más de una hora.

2- Migraña sin aura: el dolor de cabeza comienza sin ningún aviso o síntoma previo.

¿Cómo se diagnostica la migraña?

En la mayoría de los casos el médico puede hacer un diagnóstico de migraña luego de obtener un historial completo y examinar al paciente. Si el doctor sospecha que el paciente puede tener alguna condición médica que pueda estar provocando el dolor de cabeza, éste podría ordenar laboratorios o estudios de imágenes (CT o MRI), pero éstos no son necesarios para hacer el diagnóstico de migraña.

¿Cuándo mi hijo debería ser evaluado por un Neurólogo Pediátrico?

El niño debe ser evaluado lo antes posible por su pediatra cuando el dolor de cabeza es severo, comienza de repente y/o tiene alguna de estas características: comienza después de un golpe a la cabeza, está asociado con dolor o rigidez en el cuello, tiene visión doble, tiene problemas para caminar o fiebre. Si es un dolor de cabeza que lo despierta del sueño en medio de la noche, o si es un niño menor de 4 años también se debe evaluar con prontitud. Una vez el pediatra haya descartado alguna condición médica que requiera tratamiento urgente, el paciente puede ser referido al neurólogo pediátrico para ser evaluado.

Algunas de las razones para visitar el neurólogo pediátrico son:

1- Diagnosticar o confirmar migraña o cualquier otro dolor de cabeza de origen neurológico.

2- Evaluar pacientes con migraña que a pesar del tratamiento recomendado por su pediatra, continúan con dolores de cabeza.

3- Evaluar pacientes con migraña cuyos dolores de cabeza no mejoren con el tratamiento recomendado por su pediatra.

4- Evaluar pacientes con dolor de cabeza y cualquier otro síntoma neurológico asociado como problemas visuales, problemas para caminar, convulsiones, entre otros.

¿Cómo se trata la migraña?



Existen dos tipos de tratamientos para la migraña: el abortivo y el preventivo. El tipo de tratamiento dependerá de la severidad y de la frecuencia de los dolores de cabeza. Por lo general, el tratamiento de un paciente con migrañas leves y poco frecuentes, consiste mayormente de descanso, y evitar los precipitantes del dolor de cabeza.

1- Tratamiento abortivo: se utiliza para aliviar o quitar el dolor. Se recomienda utilizar como primera opción medicamentos como el ibuprofen, o algún otro anti-inflamatorio no-esteroidal (naproxen). Estos medicamentos no se deben utilizar más de 2-3 veces por semana, ya que pueden empeorar el dolor de cabeza. Existen otros medicamentos como los triptanos (medicamentos recetados por el neurólogo), los cuales se utilizan cuando el dolor de cabeza es severo y no mejora con el ibuprofen o naproxen.

2- Tratamiento de prevención: se utiliza cuando el paciente tiene dolores de cabeza de moderados a severos, más de 4 veces al mes. Este tratamiento consiste en tomar un medicamento todos los días, para tratar que los dolores sean menos frecuentes y menos severos. Entre estos medicamentos se encuentran el topiramato, el ácido valproico, la amitriptilina y la ciproheptadina. Estudios han demostrado que algunas vitaminas pueden utilizarse como tratamiento de prevención para la migraña, entre estas se encuentran la riboflavin, el magnesio y la coenzima Q. Todos estos tratamientos y vitaminas deben utilizarse bajo supervisión médica.

¿Que modificaciones en el estilo de vida debe hacer un paciente con migraña?

1. Alimentación: Una dieta inapropiada es una de las principales causas de migraña frecuente en niños y adolescentes. Hay algunos alimentos que se asocian con migraña, por lo tanto se recomienda limitar o disminuir su consumo:
- café, refrescos, bebidas energizantes, chocolate
- salsa soya (ej: arroz chino)
- salsas rojas y colorantes artificiales (ej: espaguetis, pizza, doritos, jugos artificiales)
- embutidos (ej: hot dogs, salchichas)
- nueces, mantequilla de maní

2. Hidratación: beber suficiente agua, sobre todo cuando hacemos actividad física o nos exponemos al sol (playa, piscinas, deportes, clase educación física)

3. Ejercicio: al menos 3 veces en semana (correr, brincar cuica, jugar baloncesto, correr bicicleta)

4. Disminuir el estrés: los niños también pueden tener estrés, trate de evitar sobrecargar el día de los niños con demasiadas actividades extracurriculares. Proteja su tiempo de descanso.

5.Higiene de sueño: acostarse y levantarse a la misma hora todos los días, así como dormir alrededor de 7-8 horas diarias.

Muchos de los niños con migraña mejoran con el tiempo, aunque algunos continúan con los dolores de cabeza, y en otros los dolores regresan en la adultez luego de un tiempo sin padecerlos.

SANGRADO VAGINAL EN LAS ADOLESCENTES: ¿Cuándo me debo preocupar?



Por: Yailis Medina MD FACOG
Obstetra-ginecóloga
Clínicas Escuela de Medicina
Recinto de Ciencias Médicas

La menstruación o "regla", como se conoce, es un punto de desarrollo esperado para cada fémina. Es un momento de muchas preguntas y en la mayoría de las ocasiones, inesperado. Este evento se puede tornar estresante cuando la adolescente comienza a tener sangrados irregulares, y/o profusos que le causan accidentes en lugares públicos o limitan su actividad física. Por esto vamos a repasar los puntos importantes que podrían causar los cambios y cómo trabajarlos en conjunto con su médico primario.

La menarquia o la primera regla ocurre, en promedio, para los 12 años.

Los primeros 2-3 años pueden presentar ciclos irregulares en lo que el ciclo madura y todas las hormonas fluyen de forma adecuada. En ese tiempo, pueden sangrar desde dos hasta siete días, utilizando 10-15 toallas/tampones en total de ese ciclo. Cada uno de esos periodos podría llegar a una distancia de 21-45 días de diferencia, siempre contando desde el 1er día de sangrado al 1er día del otro ciclo.

Ejemplo, un periodo comienza abril 15 y el próximo junio 1, ese ciclo duró 47 días. Conocer esta irregularidad de los primeros años es uno de los primeros puntos para entender los cambios de la pubertad y tener tranquilidad de saber cuál es el proceso normal del cuerpo en el desarrollo.

Por la inmadurez del flujo de hormonas que ocurre en la pubertad, algunas pacientes desarrollan sangrado profuso.

Sangrado profuso se describe como mayor cantidad por el periodo, pasando las 15 toallas/tampones o durando más de 7 días con sangrado.



Esto es difícil de evaluar de forma objetiva ya que la cantidad de sangrado varia entre persona y entre días. Para ayudar a cuantificar el sangrado, se desarrolló una tabla de Evaluación Visual de Pérdida de Sangrado, (ver tabla 1). Si la adolescente acumula 100 puntos durante el ciclo, su sangrado es excesivo. De ser repetitivo en sus ciclos menstruales, la adolescente debe ser evaluada por su médico.

(TABLA 1)

Toallas	Puntos
	1
	5
	20

Tampones	Puntos
	1
	5
	10

Coágulos Grandes	5
Coágulos Pequeños	1

Source: Barbara L. Hoffman, John O. Schorge, Karen D. Bradshaw, Lisa M. Halvorson, Joseph I. Schaffer, Marlene M. Corton: *Williams Gynecology*, 3rd Edition: www.accessmedicine.com
Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

La evaluación medica va dirigida a determinar las causas del sangrado ya que el mismo puede causarle anemia (baja hemoglobina), deficiencia de hierro, daño a su autoestima si ocurren accidentes en el entorno escolar, al igual que distanciamiento de actividades usuales, que la puedan aislar.

Las causas del sangrado varían desde inmadurez del ciclo, como mencionado anteriormente, como problemas de coagulación, infecciones uterinas, variaciones anatómicas de útero, o secundario a uso de medicamentos para otras condiciones que la adolescente padezca.

Cada evaluación conlleva un buen historial, que debe ocurrir con el encargado de la adolescente al igual que con ella sola.



El mismo va dirigido a conocer el proceso de pubertad y el ciclo menstrual de la paciente, historial de moretones con facilidad o sangrado nasal, su historial de condiciones médicas y sus medicamentos, cambios súbitos de peso, estrés en su vida familiar o escolar, al igual que historial familiar de problemas de sangrado, etc. Luego, el examen físico comienza con signos vitales, peso, examinación de piel para moretones, puntos de sangre o cambios hormonales como desarrollo de vellos o áreas oscuras en la piel. También se examinará la glándula tiroidea, cambios cardíacos, y un examen abdominal para descartar alguna masa. El examen pélvico no siempre es necesario y ocurrirá cuando hay alta sospecha de un problema anatómico pélvico, lesiones o infecciones. El mismo podría ser con Pediatría o ser referida a Ginecología.

Además del historial y examen físico, su médico enviará laboratorios para evaluar hemoglobina, la hormona tiroidea, pruebas de coagulación, prueba de embarazo y de azúcar, de ser necesario. También podrían indicar un sonograma pélvico, para evaluar anatomía pélvica y descartar variación en el útero o presencia de quistes ováricos grandes.

El tratamiento para sangrado vaginal profuso depende de la causa.



Si el problema radica en inmadurez del ciclo o por problemas de quistes, la paciente se tratará con pastillas anticonceptivas. Aunque se utilizan para evitar los embarazos, las pastillas se componen de las mismas hormonas del ciclo menstrual y nos ayudan a mantener el ciclo fisiológico, controlando así la cantidad de sangrado.

Si el problema es de coagulación, podría ser tratada con medicamentos específicos o con hormonas. Para aquellas que tengan problemas anatómicos de útero, podría ser tratada con hormonas o con cirugía, dependiendo del caso.

Si el problema es secundario a medicamentos, como antipsicóticos o antidepresivos, se evaluará la posibilidad de cambio de medicamentos u hormonas.

Por otra parte, es importante identificar cuando la paciente debe visitar sala de emergencias. Toda paciente que sufra cansancio que impide su vida diaria, mareos, y/o pérdida de consciencia, debería visitar la sala de emergencia por síntomas de anemia. De igual manera, aquellas que necesiten más de una toalla/tampón en dos horas o el sangrado está en la ropa, debe llegar a sala de emergencias.

Finalmente, la mayoría de las pacientes no sufrirán este sangrado profuso por siempre, sino que al identificar su causa se pueden trabajar de forma específica o con hormonas a corto plazo y reevaluarse. Lo importante es lograr un control del sangrado para evitar las complicaciones, y permitir a la adolescente a llevar su vida habitual.



Comprometidos con salvar y mejorar vidas

Merck se enorgullece de ser parte de uno de los grandes logros de la historia, al descubrir y desarrollar vacunas que previenen varias de las enfermedades más difíciles de atender.

Ahora más que nunca, reiteramos nuestro compromiso de continuar trabajando incansablemente con la esperanza de que nuestras vacunas brinden una mayor salud y calidad de vida para las próximas generaciones.

Comprometidos con la salud de Puerto Rico por el más grande propósito: **la vida**.

MERCK
INVENTING FOR LIFE

Mi bebé se ve amarillo





Por: Lourdes García-Fragoso MD FAAP
Neonatóloga
Directora, Unidad Cuidado Intensivo Neonatal / Hospital Pediátrico Universitario

La ictericia es el color amarillento que se observa en la piel de los recién nacidos. Ocurre cuando una sustancia química, llamada bilirrubina, se acumula en la sangre del bebé. A muchos padres y madres le surgen dudas y preguntas al llegar a casa y notar cambios en la piel de sus infantes.

Compartimos algunas de las preguntas que pueden surgir en esos primeros días de un recién nacido con ictericia:

¿Es común la ictericia en los recién nacidos?

La mayoría de los bebés desarrollan ictericia durante los primeros días luego del nacimiento porque el hígado del bebé tarda algunos días en poder eliminar bien la bilirrubina que se produce normalmente.

¿Cómo sé si mi bebé tiene ictericia?

La piel del bebé se verá amarilla. La ictericia suele aparecer primero en la cara y luego pasa al resto del cuerpo. También es posible que la parte blanca de los ojos se vea amarilla.

¿La ictericia puede hacerle daño a mi bebé?

La mayoría de los bebés tienen ictericia leve, que es inofensiva, pero en situaciones inusuales el nivel de bilirrubina puede volverse demasiado alto y causar daño cerebral.

¿Cómo se evalúa a mi bebé para detectar la ictericia?

Si su bebé parece tener ictericia podrán tomarle una muestra de sangre para medir los niveles de bilirrubina. Siempre es necesario conocer el nivel de bilirrubina si la ictericia aparece antes de que el bebé cumpla 24 horas de nacido. Luego de eso dependerá del nivel de ictericia y si el bebé tiene otros factores que hacen más probable la ictericia o más difícil de detectarla.

¿La lactancia materna afecta a la ictericia?

La leche materna es el alimento ideal para su bebé. La ictericia es más común en bebés amamantados que en bebés alimentados con fórmula. Sin embargo, esto ocurre con más frecuencia en recién nacidos que no toman suficiente leche materna porque sus madres no están produciendo suficiente leche (en especial si la leche demora en bajar) o si la lactancia no está funcionando bien, como por ejemplo cuando los bebés no se pegan correctamente al pecho de la madre.

¿Cuándo debo llevar a mi bebé al pediatra luego de salir del hospital?



Es importante que su bebé sea examinado por su pediatra cuando tenga entre 3 y 5 días de nacido, porque es entonces cuando por lo general está más alto el nivel de bilirrubina.

¿Por qué algunos bebés necesitan de un seguimiento más rápido después de darles de alta del hospital?

Algunos bebés corren un mayor riesgo de tener altos niveles de bilirrubina y deban ser examinados con más prontitud que otros una vez que les hayan dado de alta del hospital.

- Un nivel alto de bilirrubina antes de ser dado de alta del hospital.
- Nacimiento prematuro.
- Ictericia durante las primeras 24 horas luego del nacimiento.
- Lactancia materna que no está bien establecida.
- Muchos hematomas o sangrado debajo del cuero cabelludo a causa del parto.
- Padre, madre o hermanos que tuvieron un nivel alto de bilirrubina y recibieron tratamiento.

¿Cuándo es urgente visitar al pediatra?

- La piel de su bebé se torna más amarilla.
- La barriga, los brazos o las piernas del bebé están amarillos.
- La parte blanca de los ojos del bebé está amarilla.
- Su bebé tiene ictericia y cuesta despertarlo, está molesto o no toma bien el pecho o el biberón.

¿Cómo se trata la ictericia intensa?

La mayoría de los casos de ictericia no requieren tratamiento. Cuando es necesario un tratamiento, se coloca al bebé bajo unas luces especiales llamadas fototerapia, sin ropa, para bajarle el nivel de bilirrubina.

Nota: La exposición de su bebé a la luz solar a través de una ventana podría ayudar a bajar el nivel de bilirrubina, pero esto solo funcionará si el bebé está sin ropa. Jamás se debe poner a los recién nacidos bajo luz solar directa, al aire libre, porque podrían quemarse con el sol.

¿Cuándo desaparece la ictericia?

En bebés amamantados, es común que la ictericia dure 1 mes o a veces más. En bebés alimentados con fórmula, la mayor parte de la ictericia desaparece a las 2 semanas. Si su bebé tiene ictericia durante más de 3 semanas, consulte al pediatra.

Adaptado de: La ictericia en los recién nacidos. Academia Americana de Pediatría. Revisado el 6/28/17.

Mi bebé tiene un soplo cardíaco, ¿QUÉ DEBO HACER?



Por: Jennifer Claudio, MD
Fellow Intensivo Neonatal
Departamento de Pediatría
Escuela de Medicina RCM



A la mayoría de los padres el diagnóstico de soplo cardíaco les causa mucho temor y preocupación. Sin embargo, es importante saber destacar que la mayoría de los niños tendrá este signo en algún momento de su vida y solo en pocos casos es indicador de algún problema.

Es importante que, desde la visita inicial del recién nacido, el pediatra ausculte al niño y le provea el seguimiento a través del crecimiento pues, el 1% de la población mundial con soplo tendrá alguna enfermedad cardíaca congénita y este puede ser el indicador inicial.

Entonces, ¿qué es un soplo cardíaco?

Un soplo es un ruido escuchado en medio de los latidos. Normalmente, mientras la sangre fluye entre las cámaras del corazón se escuchan silencios que son interrumpidos por el cierre de las válvulas guiando la sangre a los pulmones o al resto del cuerpo. Esto crea un sonido parecido al "lub-dub" que escuchamos por el estetoscopio. Cuando ocurre alguna turbulencia, se crea un sonido en el período donde debería de haber silencio, lo que se identifica como soplo. Esta perturbación puede suceder con el corazón en estado normal, pero también cuando haya un cambio en el funcionamiento de las válvulas cardíacas o en el modo en que la sangre circula por el corazón o los vasos sanguíneos.

✚ Algunos soplos son causados por defectos cardíacos congénitos y estos son llamados soplos patológicos.

¿Cómo distinguir entre un soplo inocente o uno patológico?

El pediatra, durante el examen físico, evaluará las características del soplo para determinar si es benigno o si amerita una evaluación completa por el cardiólogo pediátrico. Para ello es importante que el bebé o infante esté lo más tranquilo y en silencio posible. Se le puede pedir al padre que lo cargue para evaluar cuando se escuche, si el sonido es leve o fuerte, si se escucha en varios puntos del pecho o espalda o si cambia su tono en diversas posiciones.

Para complementar la evaluación física, se verificarán los pulsos y se harán preguntas sobre el historial prenatal y de nacimiento del infante. Además, se preguntará si el bebé padece de alguna enfermedad o si tiene algún familiar que haya padecido o padezca de alguna enfermedad cardíaca congénita.

EL PEDIATRA PODRÍA REFERIR EL BEBÉ AL CARDIÓLOGO PEDIÁTRICO PARA EVALUACIONES ADICIONALES.

Asimismo, el pediatra indagará si ha observado algún síntoma asociado con una enfermedad cardíaca:

- falló su prueba de oximetría de pulso al nacer
- dificultad respiratoria
- sudoración excesiva
- pobre ganancia de peso o crecimiento
- pobre chupado o irritabilidad
- cambios en coloración de piel/cianosis

Un soplo inocente se asocia con niños que, estén creciendo bien; que no tengan historial familiar de enfermedades del corazón; que hayan nacido de madres con cuidado prenatal sin complicaciones y con el resto del examen físico normal. Estos infantes con soplo tienen un corazón con anatomía normal, que no les causa ninguna limitación de actividad, ni requieren evaluación por un cardiólogo pediátrico. En raras ocasiones, si al pediatra le preocupan las características del soplo, será referido a un cardiólogo pediátrico para llegar a un diagnóstico exacto.

¿Qué exámenes se le deben realizar a un bebé con una sospecha de soplo patológico?

El cardiólogo pediátrico hará una evaluación completa incluyendo el historial y una examinación.



Además, podría ordenar exámenes tales como:

- Electrocardiograma/ECG (examina la actividad eléctrica que mueve el corazón)
- Ecocardiograma (sonograma del corazón)
- Radiografía de pecho

Basado en la evaluación, el experto decidirá cuál de estos exámenes es necesario y proveerá un plan de seguimiento. En el caso de que todas las pruebas resultaran normales, se concluye preliminarmente que el bebé tiene un soplo inofensivo. No obstante, tanto el cardiólogo como el pediatra pueden interesarse en verlo nuevamente para confirmar el diagnóstico y juntos tomar una decisión sobre los próximos pasos.

¿Cuál es la causa más común de soplos que preocupa en los bebés?

La causa más común de soplos no-inocentes es cuando el niño presenta problemas estructurales en el corazón. Estos pueden ser:

- Agujeros o defectos del septo cardíaco: pueden ser o no ser serios, depende del tamaño y su localización.
- Desviación/cortocircuito "shunt" cardíaco: flujo anormal de sangre entre las cámaras del corazón o sus vasos sanguíneos.
- Anormalidades en las válvulas: válvulas que, por estrechez, no dejen salir suficiente sangre o aquellas que no cierren adecuadamente y permitan escapes de sangre (regurgitación)

¿Mi hijo necesita algún tratamiento para el soplo?

En el caso de los soplos inocentes no se requiere tratamiento ni seguimiento a largo plazo por parte del cardiólogo, ni se emiten restricciones sobre deportes u otra actividad física. Por lo general este tipo de soplo desaparece a mediados de la adolescencia. Es importante destacar que pueden surgir cambios en el nivel de sonido del soplo entre consultas, lo cual podría significar simplemente que el corazón de su hijo esté latiendo a una velocidad ligeramente distinta cada vez y no represente una preocupación mayor. Este diagnóstico lo hará el pediatra.
Por otro lado, de tener alguna enfermedad cardíaca congénita pueden surgir varios escenarios. En algunos casos los defectos se corrigen por sí solos, pero en otros es posible que puedan requerir medicamento o alguna cirugía para cerrar el conducto.

¿Cuáles son las posibles complicaciones de un soplo cardíaco en mi bebé?

Un soplo cardíaco inofensivo no tiene complicaciones, pero, sí se podrían presentar complicaciones asociadas a la condición causante del soplo, por ejemplo: Un niño con enfermedad congénita del corazón de importancia, pudiera tener fallo en crecimiento y desarrollo, falla cardíaca u otros problemas serios.

¿Cuándo debe preocupar un soplo cardiaco? ¿Cuándo se debe buscar ayuda?

Si el bebé presenta alguno de los síntomas asociados a enfermedad cardíaca antes mencionados es importante llamar al pediatra pues, en ocasiones, los soplos patológicos no aparecen desde el nacimiento y se desarrollan más tarde.

POR OTRO LADO, SON POSIBLES LAS COMPLICACIONES CARDÍACAS SIN SOPLO, POR LO CUAL SON IMPORTANTES LAS VISITAS PERIÓDICAS AL PEDIATRA.

TRAUMA DE CABEZA:

UN GOLPE PARA LOS NIÑOS, UN DOLOR DE CABEZA PARA LOS PADRES



Por: Jahzel M. González Pagán, MD, FAAP
Emergencióloga Pediátrica
Directora Sala de Emergencias Hospital Pediátrico Universitario

En algún momento en la vida, nuestros niños se han golpeado o se golpearán en la cabeza. Alrededor del 50% de los norteamericanos han sufrido por lo menos una lesión traumática en la cabeza. Cada año ocurren alrededor de 3 a 4 millones de casos nuevos solamente en Estados Unidos y 30 a 50 millones de casos nuevos mundialmente.

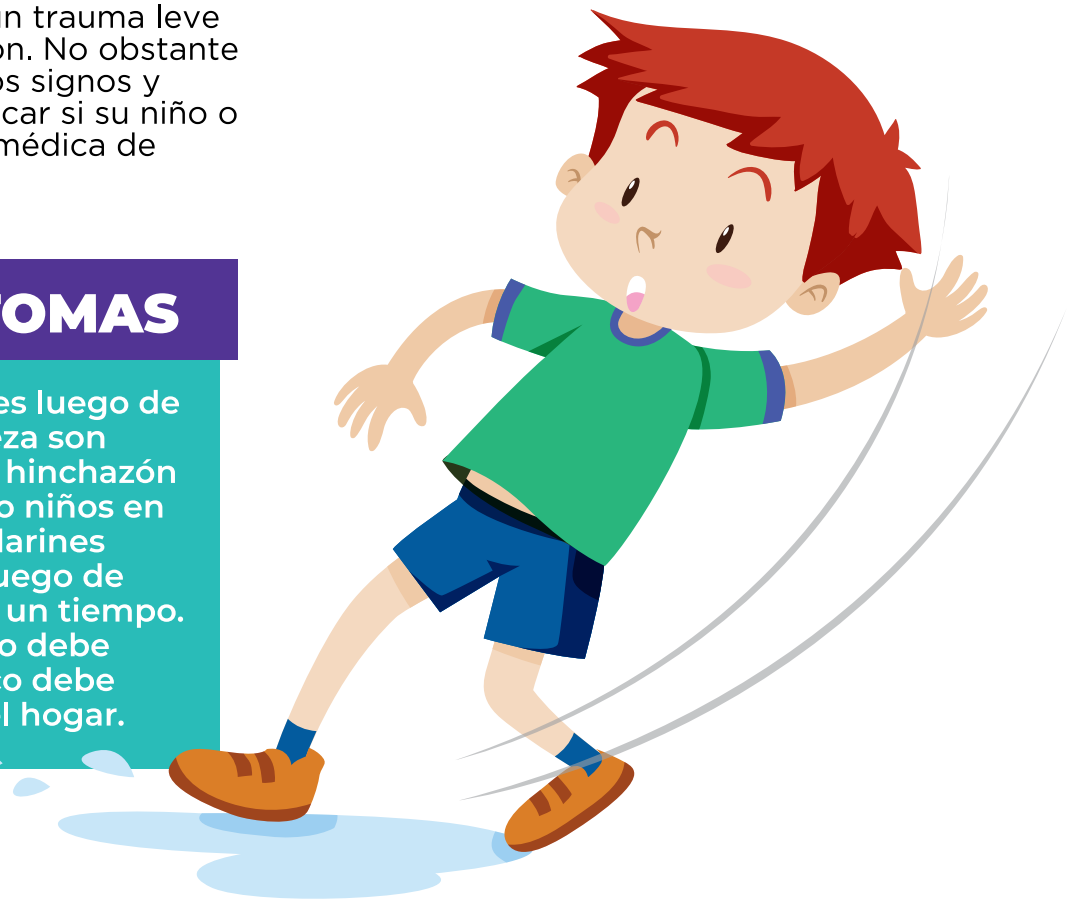
La causa más común de trauma en la cabeza es una caída, en especial en niños pequeños y envejecientes. Otras causas incluyen golpes practicando deportes y choques automovilísticos. Aunque esta lesión puede asustar tanto al cuidador como al menor, el 90% de las veces resulta ser un trauma leve que no requiere hospitalización. No obstante tenemos que estar alertas a los signos y síntomas que nos pueden indicar si su niño o niña necesita una evaluación médica de emergencia.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas más comunes luego de un trauma menor de cabeza son dolor en el área del golpe, hinchazón y/o enrojecimiento. Alguno niños en especial los infantes o andarines pueden vomitar una vez luego de llorar o estar irritables por un tiempo. Este dolor o irritabilidad no debe durar mucho y poco a poco debe mejorar con medidas en el hogar.

¿CUÁNDO BUSCO AYUDA?

Si su hijo/a perdió el conocimiento debe ser evaluado por un médico inmediatamente. Este síntoma puede durar segundos o minutos. Si el mismo dura más de dos minutos llame al 9-1-1. Otros síntomas importantes para llamar a emergencias médicas son dificultad al respirar, respiración poco profunda o superficial, movimientos involuntarios, cambios en el color de los labios y/o piel (pálido o azul) y pulso débil.



ESTOS SIGNOS O SÍNTOMAS NOS DICEN QUE QUIZÁS YA NO ES UN GOLPE LEVE:

- herida abierta en la cabeza
- dolor de cabeza que no mejora
- dificultad para hablar
- mareo que no desaparece
- irritabilidad o comportamiento diferente al usual
- vómitos persistentes
- dificultad para caminar
- sangrado o líquido claro por la nariz o los oídos
- dificultad para despertarse o sueño excesivo
- visión doble o borrosa
- convulsiones o movimientos involuntarios
- debilidad de las extremidades
- zumbido persistente en los oídos

ES IMPORTANTE ESTAR PENDIENTES DE SEÑALES PARA BUSCAR AYUDA MÉDICA INMEDIATA LUEGO DE UN TRAUMA EN LA CABEZA.



EVALUACIÓN Y MANEJO

Si su hijo/a está alerta y le responde, la lesión probablemente es leve y por lo general no necesita exámenes ni estudios radiológicos. Su hijo/a puede llorar o quejarse, pero estos síntomas no deberían ser duraderos. Usted puede aplicar hielo al área afectada para bajar la hinchazón o darle acetaminofén para disminuir el dolor.

Si su hijo necesita evaluación médica, por los signos antes mencionados, el médico necesitará la mayor cantidad de información posible. Detalles como cuándo ocurrió el evento, la altura de la caída, si cayó de cabeza o con alguna otra parte del cuerpo, cómo reaccionó, entre otros, ayudarán a tomar decisiones importantes en su cuidado. De acuerdo al historial y el examen físico del paciente, el médico tomará la decisión de realizar o no estudios radiológicos para determinar la gravedad de la lesión. No todos los pacientes o los golpes en cabeza son iguales y no todos necesitan estudios especiales. El médico también podría hablar con un especialista o admitirlo al hospital para observarlo en caso de ser necesario. Si requirió estudios y los resultados son normales, tendrá que observar a su hijo/a, usualmente de 4 a 6 horas luego de ocurrido el trauma. El profesional de salud le explicará si esto se realiza en el hospital o en la casa.

Al ser dado de alta, usted u otro familiar debe quedarse con el menor durante las primeras 24 horas. Puede dejar que duerma o que tome una siesta, aún así, el médico podría recomendar que lo revise para asegurarse que esté respirando normalmente y le responda de manera adecuada cuando se despierte. Sólo utilice acetaminofén para el dolor a menos que el médico le recete alguna otra medicina. De ser así siga las instrucciones específicas para cada medicamento recetado.



¿Qué es una Conmoción Cerebral?

Luego de un golpe en la cabeza algunos niños y/o adolescentes pueden experimentar una conmoción cerebral o “concussion”. Esto significa que tiene cambios en su examen físico o en su comportamiento pero no requirió estudio de imagen o su estudio de imagen fue normal. Cuando esto ocurre algunos niños pueden continuar con síntomas tales como; dolor de cabeza crónico, mareos, visión borrosa, náuseas, dificultad para concentrarse, irritabilidad o cambios en comportamiento, cambios en el patrón de sueño, sensibilidad a la luz o al sonido, cansancio constante, vómitos, entre otros.

El profesional de la salud le dará instrucciones de cómo y cuándo volver a las actividades del diario vivir. Las últimas guías de trauma a cabeza y conmoción cerebral recomiendan al menos 2-3 días de descanso sólo con actividad leve en la casa. Una vez su hijo/a está sin síntomas entonces puede, con la guía de su médico, regresar a la escuela y a sus actividades regulares. Es importante dialogar con sus maestros y grupo de apoyo de la escuela para que estén conscientes de estos síntomas, trabajar en equipo y así poder lograr un plan individualizado. Si sus síntomas continúan pese a la intervención del médico primario, este podría referirlo a un especialista para poder ser evaluado y recibir otras terapias.



Prevención y equipo de protección

Una vez recuperado su hijo/a, puede volver a hacer actividades físicas y deportes siguiendo las recomendaciones de su médico primario. Recuerde que para realizar actividades físicas y deportes es importante utilizar siempre un equipo de protección adecuado. El uso de un casco es vital en especial en deportes que tengan riesgo de trauma a cabeza como lo son correr bicicleta o patineta, pelota, fútbol, entre otros. Es de suma importancia evitar golpes repetitivos a la cabeza luego de un trauma ya que esto puede tener consecuencias graves a corto y largo plazo.



Si a su hijo/a le va bien durante el período de observación, no debería tener secuelas. Recordemos que hasta un 90% de las lesiones en la cabeza son leves. Aun así, de tener alguna pregunta no dude en llamar o visitar a su médico para aclararla lo antes posible.

INFLUENZA, MICOPLASMA Y CORONAVIRUS



Por: Ana L Medina Mateo MD FAAP
Secretaria Sociedad Puertorriquena de Pediatria
Consultora Academia Americana de Pediatria

INFLUENZA

Nosotros, los puertorriqueños, usamos mucho el término "la monga". Nos referimos a un catarro fuerte. Para hablar el mismo idioma, no lo debemos confundir con la influenza o "el flu".

La influenza es un virus respiratorio, sumamente contagioso y de corta incubación (1-4 días desde contagio hasta que uno se siente enfermo). Hay muchos tipos de víruses de influenza, tanto de Influenza A, como de Influenza B. La duración es variable, pero usualmente hasta unos 7 días. El contagio a otros puede ser desde 1 día antes de los síntomas hasta 5-7 días luego de enfermarse.

La regla general es que la mayoría de las veces, los víruses no dan síntomas y uno ni sabe que le ha dado. Con la influenza esto también sucede. En otras ocasiones el paciente se siente abruptamente enfermo con fiebre, escalofríos y síntomas respiratorios que discutiremos a continuación.

Los signos y síntomas más comunes de la influenza son:

Fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, dolor de cuerpo, dolor muscular, dolor de nuca, dolor de garganta, secreciones nasales, tos, fatiga, cansancio, vómitos, y/o diarreas.

Puede haber complicaciones, como pulmonía, sinusitis, bronquitis, infecciones de oído, inflamaciones del corazón (pericarditis, miocarditis), inflamación del cerebro (encefalitis), deshidratación e inflamación de los músculos (miositis).

Los niños antes de los 5 años y las personas debilitadas con enfermedades crónicas, son de alto riesgo para complicaciones, que incluyen la muerte. Niños sanos pueden complicarse y morirse de influenza.

A veces es difícil diferenciar influenza de otros enfermedades, incluyendo Micoplasma y coronavíruses, que discutiremos más adelante en este artículo.

Se pueden hacer pruebas de laboratorio en adición a un buen historial y exámen físico de parte del pediatra. Se usan mucho las pruebas "rápidas" de influenza. Estas pruebas tardan 15 minutos. A veces salen negativas, y si el pediatra entiende que como quiera tiene influenza, sabrá dar el manejo y tratamiento adecuado.



La prevención mediante la vacuna anual de Influenza (desde los 6 meses de edad) es la mejor herramienta para prevenir influenza.

MICOPLASMA PNEUMONIAE

La palabra Micoplasma ha sido escuchada muchas veces por la mayoría de los puertorriqueños en estos últimos meses de 2019 y 2020. Todos han sabido o han leído de la cantidad de" diagnósticos" que se han hecho e igual cantidad de pruebas de laboratorio y placas de pecho, muchas veces innecesarias. En este artículo queremos explicar y aclarar este debatible e importante tema.

Micoplasma pneumoniae es una bacteria. Se transmite por gotas respiratorias, al igual que la influenza y coronavíruses.

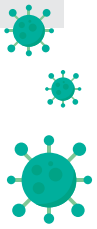
El período de incubación es de 1-4 semanas. El período que una persona puede contagiar es variable, pero podría ser alrededor de hasta 10 días.

Las manifestaciones de esta bacteria pueden ser catarro común, faringitis, bronquitis aguda, pulmonía, infección de oídos, meningitis, inflamación del corazón, entre otras.

Los síntomas de la pulmonía son variables y pueden ser:

Tos (muchas veces persistente y prolongada), dolor de cabeza, malestar general, cansancio, fiebre (usualmente baja), exantema (rash).

La pulmonía se manifiesta mayormente en niños de edad escolar y adultos jóvenes. Antes de los 5 años de edad la pulmonía es infrecuente.



¿Cómo podemos hacer el diagnóstico?

La forma correcta es una prueba de laboratorio llamada PCR (Polymerase Chain Reaction). Es la prueba de elección. Este PCR se hace mayormente con un hisopo (swab) nasofaríngeo o hisopo (swab) faríngeo.

Las pruebas de IgM que se hacen en sangre, tienen muchos resultados falsos positivos. No se deben hacer de rutina. No establecen un diagnóstico certero porque estos anticuerpos pueden estar positivos hasta muchos meses después (en algunos laboratorios mencionan hasta 10 meses) de una infección por Micoplasma, que hasta pudo haber sido un simple catarro. No hace un diagnóstico exclusivo de pulmonía, ni indican cuándo el paciente se infectó con el Micoplasma. Pudo haberse infectado la semana antes hasta muchos meses antes de presentar a la consulta médica. Las placas de pecho se reservan para el paciente que el pediatra cree que por auscultación y cuadro clínico tiene de verdad pulmonía. No está indicado hacer placas de pecho a los pacientes, meramente porque tiene un IgM de Micoplasma positivo.

Si su médico entiende que su paciente tiene pulmonía por Micoplasma pneumoniae, le podría indicar antibióticos específicos y dar seguimiento.

COVID-19

SARS-CoV- 2 es el nombre del coronavirus que causa COVID-19.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró Pandemia de COVID-19 el pasado 11 de marzo de 2020.

Pandemia es la propagación mundial de una nueva enfermedad.

Los coronaviruses son muy conocidos por causar infecciones respiratorias desde el catarro común hasta infecciones respiratorias severas. Siendo el COVID-19 una nueva enfermedad, el primer caso fue reportado en la ciudad de Wuhan, China el 31 de diciembre de 2019. Hay mucha información desconocida y cambiante. Tenemos que estar atentos a cambios en información a diario.

El período de incubación se cree sea 2-14 días (posiblemente >14 días). No se sabe cuántos días una persona puede infectar a otros pero una persona, aún sin síntomas, puede contagiar a otros. Las personas infectadas contagian a otras por gotas y secreciones respiratorias cuando tosen, hablan o estornudan.



Los síntomas principales según la OMS son:

TOS, FIEBRE Y FATIGA
(dificultad respiratoria)

Hay otros síntomas que se están reportando ya:

Dolor de cabeza, dolor de garganta, estornudos, secreciones nasales, dolor muscular, cansancio, dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarreas.

La complicación más temible y frecuente es pulmonía.

Posiblemente ~ 20% de los infectados no tienen síntomas, especialmente los niños. Los niños se infectan menos y suelen tener manifestaciones más leves. . Sin embargo el infante de <12 meses está a riesgo de enfermedad más severa. Los envejecientes y personas con condiciones de salud crónica como diabetes, tienen enfermedad más severa también. La mortalidad, en general se estima ~ 2% según OMS.

El diagnóstico se hace por PCR nasofaríngeo/orofaríngeo y/o por laboratorio de anticuerpos: IgM/IgG.

Para evitar enfermarse y evitar propagar el COVID-19 es necesaria la estricta adherencia a medidas de higiene, lavado de manos, evitar estar en lugares donde se congreguen muchas personas y evitar contacto con personas enfermas, especialmente de índole respiratoria. El uso de máscaras protectoras es importante y debe usarse al salir en público.



Se cree que COVID-19 va a estar presente en el mundo durante todo 2020 y 2021.

Conclusión: La higiene de lavado de manos y protección para evitar transmisión de gotas respiratorias cuando se sospecha Influenza, Micoplasma pneumoniae y coronavíruses (COVID-19) es de suma importancia.



Referencias:
www.aap.org
www.cdc.gov
www.who.int/es

LISTOS PARA EL REGRESO A CLASES



Por: María Quintero MD FAAP
Catedrática Departamento de Pediatría
Escuela de Medicina RCM

Ya se acerca el verano y al concluir éste, nos estamos alistando para el regreso a clases. Si su niño va a la escuela por primera vez, comienza en una nueva escuela o simplemente regresa a un nuevo año escolar, siempre hay puntos importantes que debemos tener en cuenta como padres.

EL REGRESO A CLASES ES UN BUEN MOMENTO PARA REALIZAR SU CHEQUEO ANUAL.

Preparados para el comienzo de clases.

1. Una o dos semanas antes de la fecha del comienzo, inicie una rutina similar a la adoptada en horario escolar. Así su hijo irá adaptando sus horas de sueño y comidas y la transición se hará mejor.

2. Revise la lista de materiales requeridos y haga partícipe a su hijo/a de la selección de estos: estilo, bultos, loncheras, etc.

3. Háblele a su hijo sobre el nuevo año escolar y qué se espera de él. Ayúdelo en la transición ya sea de grado u escuela, familiarizándolo en lo posible con su nueva realidad. Visiten de antemano la escuela, recorran el camino hacia ella y háblele de cómo conocerá nuevos amigos y maestros.

Aún ante la incertidumbre de cómo será el regreso a clases este año, es importante seguir las recomendaciones para un buen cuidado de salud.



Según las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría (AAP) todos los niños sanos a partir de los 3 años deben visitar a su pediatra para una visita de mantenimiento de la salud una vez al año. Qué mejor momento que el regreso a clases para programar esta visita con tu pediatra y revisar el crecimiento y desarrollo de tu niño/a, realizar pruebas necesarias para la edad y/o riesgo de salud y ponerlo al día en las vacunas necesarias para la escuela.

¿QUÉ ES IMPORTANTE EN ESTA VISITA?

En esta visita con tu Pediatra, se tomará un historial que incluye su dieta, alergias y condiciones de salud que puedan afectar o modificar su ejecutoria en el salón de clases. Como parte de la examinación física, medirán y pesarán a tu niño/a; así sabrás cómo va creciendo para su edad. Se revisará la adquisición de destrezas dentro de su desarrollo y se ofrecerá orientación sobre tus dudas en cuanto a éstos y otros aspectos. El pediatra te informara qué pruebas son requeridas o recomendadas según la edad de tu hijo y discutirá aspectos importantes del crecimiento y desarrollo del niño durante los años escolares.

Cada etapa del niño es diferente, aquí presentamos los puntos más importantes por edades para que te asegures de tener un regreso a clases con éxito y confiado.

NIÑOS DE 4-6 AÑOS

• La examinación física incluyendo la evaluación de la presión arterial y las medidas de peso y estatura (incluyendo el índice de masa corpórea o “BMI- Body Mass Index”) son parte de las guías de evaluación recomendadas por la AAP. Con estas medidas, sabrás si tu hijo tiene sobrepeso u obesidad al compararlo utilizando las medidas de su edad y sexo.

• Es importante realizarle en este periodo de edad un cernimiento de visión y de audición. Las guías de la AAP nos recomiendan que se le haga el cernimiento base en estas edades y luego cada dos años hasta la adolescencia. El cernimiento de agudeza visual con la carta Snellen adaptada a niños pudiera realizarlo tu Pediatra o referirte a un oftalmólogo pediátrico u optómetra debidamente entrenado para evaluar niños. Las pruebas de cernimiento auditivo las realiza el audiólogo y tu Pediatra te hará el referido para ésta.

• Muchos niños se están preparando para el comienzo en la escuela y es primordial el establecer cuán listo está el niño para el reto de hacer la transición del ambiente prescolar al escolar. Muchos niños necesitarán una transición supervisada que requerirá buena comunicación con el maestro a cargo de tu hijo. Para aliviar un poco el temor de tu hijo, pueden visitar la escuela con anterioridad, conectarlo con su maestro/a o con algún futuro compañero de clases.

• Las vacunas programadas para los 4 años o cualquiera otra que le quede pendiente de visitas anteriores debe ser administrada. Estas vacunas son requisitos para poder iniciar en la escuela. Si no tienes tu expediente de vacunas por escrito, tu pediatra o tú pueden acceder al PRIR (Puerto Rico Immunization Registry)(https://prir.salud.gov.pr) donde encontrarás las vacunas administradas a tu niño.

• El Departamento de Educación de PR requiere una certificación de evaluación dental dentro de los 6 meses anteriores al comienzo de clases para los niños que entran a Kínder, segundo, cuarto, sexto, octavo y décimo grado.

NIÑOS DE 6-10 AÑOS

• Repase la lista de libros y materiales con anticipación.

• Visite a su dentista y llene la certificación de evaluación dental para los grados pares.

• En estas edades es importante revisar con su pediatra además de su examinación física, su aprovechamiento académico y de haber alguna dificultad, recomendar la intervención apropiada y seguimiento.

• Asegúrese de completar las vacunas que no hayan sido administradas.

• Dar seguimiento a cernimiento auditivo y visual cada dos años.

• Discuta alternativas de meriendas saludables con su hijo y la importancia de hacer las tres comidas.

• Discuta con su hijo qué es la intimidación ("Bullying") y estrategias de cómo enfrentarlo de ser necesario. Sugiérale: Mirar hacia adelante con la cabeza erguida, no responder y abandonar el área. De no ser posible, identificar un adulto e informarle inmediatamente.

NIÑOS DE 11-12 AÑOS

• Ya su hijo está entrando en la adolescencia y su cuerpo ha empezado a cambiar. Es importante discutir con su pediatra su crecimiento corporal y los cambios esperados para su edad. La visita puede incluir una entrevista a solas con el adolescente para discutir asuntos confidencialmente.

• La vacunación de los 11 años incluye la vacunación con la vacuna contra el Virus de Papiloma Humano (VPH) que tiene una segunda dosis a los 6 meses de la primera, la vacuna meningocócica que requiere un refuerzo a los 16 años (5 años después) y la Tdap (tétano, difteria y pertusis) que se requiere cada 10 años.

• Muchos problemas de aprendizaje florecen alrededor de estas edades y es crucial estar atento a cambios en actitudes y ejecutoria académica para intervenir tempranamente. En esta edad, más que en anteriores, interacciones con los compañeros y amigos pueden ser fuente de conflictos y afectar adversamente la ejecutoria académica y/o estabilidad emocional del adolescente.

• Se debe reforzar el mantener una dieta saludable y consumir buenas cantidades de frutas y vegetales, alejándose de comidas poco nutritivas y de gran contenido calórico (i.e comida de restaurantes de comida rápida, bebidas energizantes o sodas).

• Fomentar el ejercicio y las actividades extracurriculares supervisadas y apropiadas para su edad.

NIÑOS DE 12-18 AÑOS

• Los adolescentes en esta edad deben ser evaluados anualmente. Según la AAP, su cernimiento auditivo se debe hacer una vez en la adolescencia temprana (11-14 años), una vez en la adolescencia media (15-17 años) y una vez en la adolescencia tardía (18-21 años)

• Su aprovechamiento académico y sus metas profesionales deben discutirse en su visita anual con el pediatra para ofrecerle apoyo y guía. Se recomienda hacer una evaluación psicosocial y de comportamiento, así como un cernimiento para conducta depresiva anualmente en esta visita.

• El adolescente tendrá que evaluarse por el dentista para el comienzo de los grados octavo y décimo.

• Los adolescentes aumentan su consumo calórico durante esta etapa de rápido crecimiento, pero es esencial que mantengan una dieta balanceada y saludable.

Referencias:
1. School Tips: Back to School, Spanish, AAP Educational Resources for Parents
2. Pediatrics: 121 (4): e1008
3. Pediatrics: August 2019, School Readiness Technical Report AAP, 144 (2): e20191766

Todo lo que debo saber sobre las convulsiones febriles



Por: Janice Rodríguez Hernández MD, DABPN
Neuróloga pediátrica
Especialista en Epilepsia Pediátrica

Como padres, nada nos preocupa más que el bienestar de nuestros niños. Ver a uno de nuestros niños experimentar una convulsión febril es sin duda una experiencia alarmante. Comúnmente escucho de los padres que éstos han sido los minutos más largos de su vida.

Las convulsiones febriles son una de las causas más comunes de visitas a la sala de emergencia por razones neurológicas. Este tipo de convulsión es causada por fiebre y se caracteriza por movimientos involuntarios en ambos lados del cuerpo, alteración en la respiración y falta de respuesta del niño. Usualmente, las convulsiones febriles ocurren sin ninguna señal de alerta y pueden durar solo pocos minutos; comúnmente menos de 15 minutos. Luego del ataque los niños experimentan mucho sueño, confusión y se pueden tardar en volver a la normalidad. Hasta el momento se desconoce el origen de la condición, pero una de las teorías es que, durante cierto periodo del desarrollo del niño, el cerebro es sensitivo al cambio en temperatura.

La Academia Americana de Pediatría define la fiebre en niños como el alza en la temperatura rectal mayor o igual a 100.4°F (38°C). Las convulsiones febriles ocurren en 3 a 4 de cada 100 niños entre las edades de seis meses y cinco años. Dentro de este rango de edad ocurren con más frecuencia en niños entre los 12 y 18 meses de edad.





CLASIFICACIÓN DE LAS CONVULSIONES FEBRILES.

Las convulsiones febriles suelen clasificarse como simples o complejas.

Las convulsiones febriles simples están caracterizadas por ser un solo evento en 24 horas, una convulsión generalizada (movimientos de todo el cuerpo) y que dure menos de 15 minutos. Las convulsiones febriles suelen darse en algunas familias. El riesgo de sufrir convulsiones con otros episodios de fiebre depende de la edad de su niño. Los niños menores de 1 año que sufren su primera convulsión febril a esta edad tienen un 50% de probabilidad de sufrir otra convulsión febril. Los niños que sufren su primera convulsión febril cuando son mayores de 1 año tienen sólo un 30% de probabilidad de sufrir una segunda convulsión febril.

Aunque las convulsiones febriles simples pueden causar mucho temor a los padres, no le hacen daño al niño. No existe evidencia científica que las convulsiones febriles simples causen daño cerebral o algún tipo de secuela en el desarrollo. Por otro lado, el riesgo de estos niños de desarrollar epilepsia en un futuro es un poco más alto que en la población en general, en particular si el niño(a) tiene algunos factores de riesgo tales como historial familiar de epilepsia y/o convulsiones febriles; alguna condición neurológica preexistente o retraso en su desarrollo. Por lo general, los médicos no recomiendan medicamentos preventivos para el tratamiento de una convulsión febril simple. Sin embargo, esto debe ser discutido con el médico de su niño.

Por otro lado, las convulsiones febriles complejas están caracterizadas por tener una o más de las siguientes características: ocurre más de una crisis en 24 horas, es una convulsión focal o que dure más de 15 minutos. Decimos que una convulsión es focal cuando los pacientes tienen un síntoma que incluye movimientos de un solo lugar del cuerpo, por ejemplo, mano, cara o pie. Estos movimientos luego pueden progresar a movimientos de todo el cuerpo.

Evaluación de una convulsión febril.

La evaluación inicial de pacientes con convulsiones febriles se individualiza según los factores de riesgo y los hallazgos en la evaluación clínica. Cuando ocurren convulsiones febriles simples en la mayoría de los casos no se necesita ningún tipo de evaluación neurológica. Cuando nos enfrentamos a convulsiones febriles complejas, un neurólogo pediátrico o especialista en epilepsia pediátrica realizan ciertas pruebas de cernimiento para evaluar el riesgo de recurrencia y/o desarrollo de epilepsia. Típicamente, esta evaluación incluye un historial médico, evaluación y examen neurológico, resonancia magnética del cerebro, un electroencefalograma y, en algunos casos, estudios genéticos. Dependiendo de estos resultados, el médico especialista decidirá el próximo paso a seguir en cuanto a tratamiento. La Academia Americana de Pediatría en sus guías publicadas para el 2008 no recomienda el comenzar en tratamiento anticonvulsivos a aquellos pacientes con convulsiones febriles simples. Hasta el momento, no existen guías para el manejo de convulsiones febriles complejas.

¿QUÉ HACER DURANTE UNA CONVULSIÓN FEBRIL?

Para todos los padres que se pregunten qué deben hacer en caso de que su hijo (a) sufra una convulsión febril, lo más importante es mantener la seguridad del niño.

Estos son los primeros auxilios que se pueden ofrecer:

1. **Voltee al niño de costado.**
2. **Afloja la ropa apretada en el cuello.**
3. **Proteja la cabeza.**
4. **Llame al 9-1-1 si la crisis dura más de 5 minutos.**
5. **No coloque ningún objeto en la boca.**
6. **No trate de sujetar al niño (a).**

Es importante recalcar que no se debe bañar al niño(a) con agua fría. Debe utilizar agua templada como medida externa para disminuir la temperatura. Además, es primordial que verifique con su pediatra, la cantidad correcta de antipirético de acuerdo con el peso del niño(a) que debe ser administrado para disminuir la fiebre. Si su hijo(a) presenta una convulsión febril debe recibir atención médica para evaluar la causa de la fiebre.

En casos de convulsiones prolongadas o repetidas, sospecha de convulsiones febriles complejas o convulsiones no asociadas a fiebre, su hijo(a) debe ser evaluado por un neurólogo pediátrico o especialista en epilepsia pediátrica.

GASTRITIS:

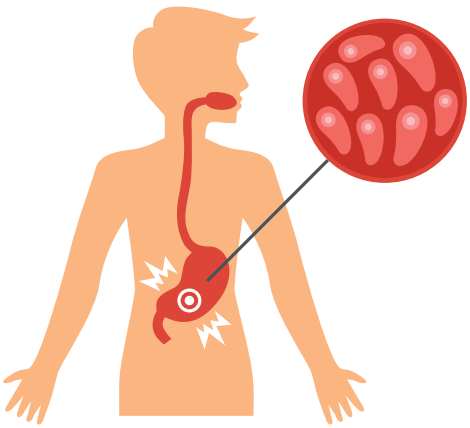
Mal común en la población pediátrica



Por: María C Jiménez Almodóvar MD
Gastroenteróloga Pediátrica
Catedrática Auxiliar Hospital Pediátrico Universitario- RCM
Facultad Hospital Auxilio Mutuo

¿Cuántas veces le han dicho que su hijo tiene gastritis? Pero, ¿saben qué es realmente la gastritis?

Gastritis por definición es la presencia de células inflamatorias en la mucosa del estómago. Cuando hay inflamación de la mucosa gástrica sin la presencia de estas células inflamatorias se le conoce como gastropatía. Cuando la inflamación es persistente y causa defectos en la mucosa pueden ocurrir úlceras gástricas o pépticas. Todas estas condiciones se conocen como enfermedad ácido péptica y caracterizan un espectro dentro de la misma enfermedad. Normalmente los jugos gástricos ayudan a la digestión pero cuando ocurre un aumento en la producción de ácido o por alguna razón se afecta la protección de la mucosa gástrica, estos pueden afectar e inflamar la mucosa del estómago provocando así enfermedad ácido péptica. En pediatría, la incidencia de enfermedad péptica es menos común que en adultos, varía entre un 2% a un 8%, aumentando luego de los 10 años de edad. La prevalencia es la misma en ambos sexos.



La presentación es variable. Puede ocurrir de repente (aguda) o presentarse con el tiempo, lentamente (crónica).

Dentro de los síntomas más comunes se encuentran:



Dolor abdominal, particularmente en la parte superior del abdomen, en la boca del estómago.



Vómitos



Aumento en gases



Náuseas



Sensación de ardor o saciedad después de haber comido.

En infantes también se puede presentar con irritabilidad, pobre chupado, regurgitación, vómitos o pobre ganancia de peso.

Algunas de las causas más comunes para esta condición lo son infecciones, la más común siendo Helicobacter pylori. H. pylori es una bacteria que se aloja en la mucosa gastrointestinal y puede ser desde asintomática hasta causar ulceras gástricas o duodenales. Cuando esta infección no se trata puede predisponer a ciertos tipos de cáncer como adenocarcinoma gástrico o linfoma. Otros viruses, hongos o parásitos también pueden provocar enfermedad acido péptica.

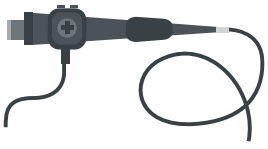
Hay algunos medicamentos como esteroides o medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), como por ejemplo ibuprofeno o naproxeno, que comprometen la protección natural de la mucosa gastrointestinal y pueden llegar a producir gastritis y hasta úlceras. Otros medicamentos menos comunes son aquellos usados para quimioterapia o algunos suplementos de hierro.

El estrés es otra causa de gastritis. Puede ser por trauma, cirugías o enfermedades crónicas o estrés provocado por tensión emocional ya sea secundario a situaciones escolares o problemas familiares. En ambas situaciones el estrés aumenta la secreción del ácido provocando así cambios en la mucosa gástrica lo que lleva al desarrollo de la enfermedad ácido péptica.

El diagnóstico depende de un buen historial y examen físico. Pero en ciertos casos se debe referir para hacer una endoscopía. Una endoscopía es un procedimiento donde el médico puede ver el interior del tracto gastrointestinal alto.

¿Cuáles son las indicaciones para endoscopía?

- Dolor a pesar de tratamiento adecuado para la supresión de ácido.
- Disfagia (dificultad para tragar)
- Anorexia
- Vómitos persistentes
- Anemia que no responde a tratamiento
- Síntomas constitucionales (fiebre, pérdida de peso, malestar general, dolores de cabeza)



El tratamiento para la enfermedad ácido péptica va a depender de la causa de la enfermedad. En general se usan medicamentos para disminuir el ácido del estómago, mejorar los síntomas y promover la curación del revestimiento del estómago. Además se puede recomendar hacer ajustes a la dieta y eliminar aquellos alimentos que puedan afectar la mucosa gástrica como por ejemplo, las frutas cítricas (china, limón, piña, toronja y tomates y sus derivados), alimentos picantes o grasosos, cafeína, chocolate y refrescos carbonatados, entre otros. Si ha sido diagnosticado con Helicobacter pylori se le dará un curso de antibióticos y si la inflamación es provocada por el uso de medicamento específicos, estos se deben ajustar o eliminar inmediatamente.

Para prevenir el desarrollo de enfermedad ácido péptica o gastritis es importante llevar una dieta balanceada, evitar el uso excesivo de medicamentos, como ibuprofeno, sin ser recetados o monitoreados por su médico, y hacer actividades que bajen los niveles de estrés.

Recuerden que los niños pueden tener dolor de estómago de vez en cuando y no siempre va a ser enfermedad ácido péptica. Si el dolor es persistente o afecta las actividades diarias del niño, debes consultar con tu médico primario o con un gastroenterólogo pediátrico.



PROBLEMAS DE CRECIMIENTO EN NIÑOS



Por: Carlos A. Leyva Jordán, M.D. Endocrinólogo Pediátrico
Centro de Diabetes y Endocrinología Pediátrica de Puerto Rico
Facultativo: Puerto Rico Women and Children's Hospital y Manatí Medical Center

El crecimiento es un barómetro que nos da una idea general de la salud de nuestros niños. La estatura baja se diagnostica cuando la estatura de un niño tiene más de dos desviaciones estándar por debajo del promedio.

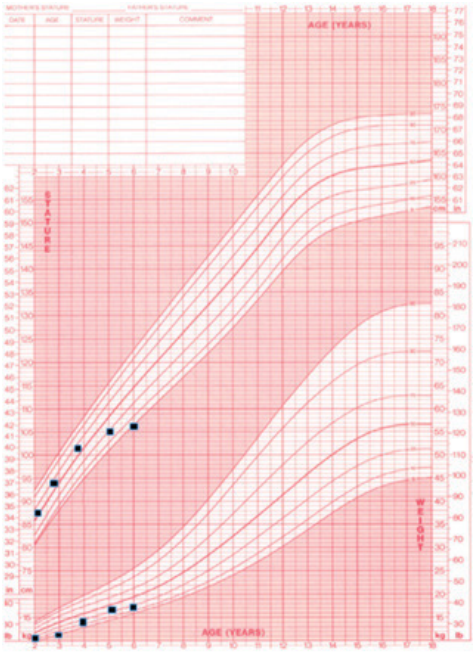
Muchos niños de estatura baja crecen a un ritmo normal y no tienen problemas de crecimiento. La deficiencia en crecimiento se diagnostica cuando la velocidad de crecimiento está por debajo de lo apropiado para la edad y el género del niño. Los niños con una velocidad de crecimiento lenta deben ser evaluados más a fondo, independientemente de la estatura actual que se encuentren. Por esta razón es de suma importancia que los padres lleven sus niños al pediatra al menos una vez al año aunque no se encuentre enfermo, que los pediatras obtengan las medidas de estatura y peso en todas las visitas y siempre las grafiquen en las gráficas de crecimiento.

El uso de gráficas de crecimiento es la herramienta más útil para determinar que un niño tenga una velocidad de crecimiento adecuada y en adición nos ayuda a monitorizar el peso de los pacientes, especialmente con la alta incidencia de sobrepeso y obesidad que estamos viendo hoy en día.

Tomar las medidas correctamente nos brinda información importante sobre la salud y el estado nutricional del niño. Las inexactitudes de las medidas o graficarlas incorrectamente en las gráficas de crecimiento pueden afectar el diagnóstico a tiempo de los trastornos de crecimiento. Es importante utilizar las técnicas correctas (sin zapatos, pelo suelto sin moños, talones de los pies tocando pared, brazos hacia el suelo y pegados al cuerpo, mandíbula a 90 grados del cuello) y equipos precisos (estadiómetros de pared y balanzas calibradas) para así obtener la data correcta. Se ha estimado que en las oficinas médicas hasta un 70% de los niños se miden frecuentemente de forma incorrecta. El pediatra debe trazar los datos usando la edad real del paciente (año y mes) y no al año más cercano.

Hay varias causas de la deficiencia en el crecimiento. Se podrían dividir en cuatro áreas principales:

1. Problemas nutricionales/gastrointestinales
2. Condiciones que aumenten el metabolismo
3. Enfermedades endocrinas
4. Condiciones genéticas



Ejemplo: Gráfica de crecimiento de una niña con pobre crecimiento.

Dependiendo de los hallazgos de las evaluaciones médicas, los pacientes con problemas de crecimiento deben ser referidos al subespecialista apropiado, por lo general a un endocrinólogo pediátrico. Entre las múltiples pruebas que se obtienen deben incluirse al menos un CBC, marcadores de inflamación, CMP, U/A, T4 libre, TSH, factores de crecimiento (IGF-1 y IGF-BP3) y una placa para determinar la edad ósea. Puede que se requiera pruebas adicionales dependiendo del historial y examen físico del paciente como por ejemplo pruebas cromosómicas. En el caso de que el endocrinólogo pediátrico sospeche que el paciente pueda tener deficiencia de hormona de crecimiento se ordena una prueba de estimulación de hormona de crecimiento. Hay diferentes protocolos y/o medicamentos utilizados para realizar dicha prueba. De encontrarse que el paciente tiene deficiencia de hormona de crecimiento se obtiene un MRI de cerebro con énfasis en la pituitaria.

Hay varias condiciones en las cuales está aprobado utilizar hormona de crecimiento humana sintética. Entre ellas se encuentran la deficiencia de la hormona de crecimiento (DHC), la estatura baja idiopática (ISS, por sus siglas en inglés), niños pequeños para la edad gestacional (SGA, siglas en inglés), síndrome de Turner y el síndrome de Prader-Willi. En este artículo nos enfocaremos en la deficiencia de hormona de crecimiento.

La DHC es una condición en la cual el cuerpo, específicamente la glándula pituitaria en el cerebro, no produce suficiente hormona de crecimiento. Algunos niños nacen con DHC. En otros surge después de nacer debido a una lesión cerebral, tumor o tratamiento con radiación en la cabeza. En algunos niños, los médicos no logran encontrar una causa (idiopática). Los niños con DHC reciben como tratamiento inyecciones diarias de hormona de crecimiento humana sintética. El endocrinólogo pediátrico determina la cantidad de días a la semana que debe recibirla. La hormona de crecimiento se inyecta en la casa, usualmente antes de acostarse, debajo de la piel (subcutánea). Por lo general, un endocrinólogo pediátrico evalúa el crecimiento cada tres meses y cambia la dosis según sea necesario. Se producen mejores resultados cuando la DHC se diagnostica y trata a temprana edad. Por lo general estos pacientes responden muy bien a esta terapia y crecen más rápidamente que sin tratamiento.

En resumen, la mejor manera de determinar si el crecimiento de un niño es adecuado es utilizando la gráfica de crecimiento el cual el pediatra debe documentar en cada visita. También si usted nota un ritmo de crecimiento lento en sus hijos, como por ejemplo si se fija que ha utilizado el mismo tamaño de pantalones por varios años, hable con su pediatra para determinar si debe ser referido a un subespecialista.

¡Sonando alarmas!

EFECTOS DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN NIÑOS.





Por: Luis Lugo-Ramos, BS; David E. de Ángel Solá, MD
Pneumología Pediátrica y Sueño
Hospital Municipal de San Juan

La apnea obstructiva del sueño (AOS) es una condición que ocurre cuando hay un colapso parcial o completo de la vías aéreas causando interrupciones en la respiración. El resultado es un sueño de baja calidad que tiene repercusiones sobre el desarrollo, el sistema inmune y la salud en general. La condición se considera más severa a medida que aumenta la cantidad de pausas respiratorias, llamadas apneas, a lo largo de la noche. Algunas fuentes sugieren que hasta un 5% de la población pediátrica puede padecer de la condición .

Existen diferentes manifestaciones dependiendo de la edad del paciente, desde infantes hasta adultos. Clásicamente un paciente adulto llega a la consulta con una queja de somnolencia, insomnio o cansancio excesivo, aun cuando duermen "bien" la noche anterior. Aunque también se pueden apreciar esos síntomas en la edad pediátrica, los niños más bien exhiben falta de atención, dificultades académicas, hiperactividad o problemas de conducta. La presentación tan variada a veces hace difícil llegar al diagnóstico correcto. Por lo tanto, un historial muy detallado de síntomas y quejas es necesario.

En niños, el primer signo que levanta sospechas por lo regular es un ronquido fuerte y frecuente al dormir.

Debe estar claro que este hallazgo puede ser benigno: La Academia Americana de Pediatría calcula que un 10% de los niños roncan frecuentemente[1,2], y muchos de ellos no presentan consecuencia alguna. Un signo muy específico de la condición son las interrupciones en la respiración, observadas por algún cuidador.

Otros síntomas del AOS en niños incluyen:

sueño intranquilo, ahogarse o toser mientras duermen, respirar por la boca, despertarse varias veces en la noche, incontinencia urinaria y pesadillas frecuentes.



En el caso de infantes, pueden presentar con sonidos inusuales al respirar, como un sonido chillón durante la inhalación, llamado estridor.

En esta población también se ven movimientos del abdomen que no concuerdan con el movimiento del pecho: el pecho se hunde a la vez que se levanta el abdomen, o viceversa.

Mientras crecen y entran a la adolescencia, los patrones y las enfermedades del sueño empiezan a ser más similares a las de los adultos, sobre todo si están sobrepeso.



La condición tiene varias causas:

Agrandamiento de las adenoides y/o amígdalas, anomalías craneofaciales, condiciones nasales como desviación del tabique, problemas del paladar, lengua agrandada y obesidad, entre otros.

También puede asociarse a condiciones o medicamentos. Los desórdenes neuromusculares y el síndrome de Down frecuentemente se asocian con AOS debido al bajo tono muscular en los pacientes. Algunos medicamentos para el dolor, o sustancias como el alcohol, también pueden causar o agravar apneas.

El diagnóstico temprano es esencial para prevenir complicaciones a largo plazo como enfermedades cardiovasculares, rezagos en el desarrollo o problemas de comportamiento.

Un diagnóstico certero también previene tratamientos innecesarios. Por ejemplo, algunos niños con AOS pueden ser diagnosticados erróneamente con Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención (ADHD por sus siglas en inglés) debido a su falta de atención, pobre desempeño académico y mal comportamiento. Otros pueden ser diagnosticados con narcolepsia por su somnolencia aparentemente excesiva. En ambos casos, puede que los niños sean tratados innecesariamente con estimulantes.

Si algún padre nota los síntomas anteriormente descritos, debe discutirlos con su pediatra para que éste evalúe al paciente y considere enviar las pruebas pertinentes. El estudio correspondiente para AOS es una polisomnografía, mejor conocido como el "estudio del sueño", donde se colocan en el cuerpo sensores para registrar las ondas cerebrales, los niveles de oxígeno en la sangre, los patrones de respiración y la actividad muscular. El estudio se hace en un laboratorio de sueño, con un cuidador acompañando al paciente. Casi siempre toman toda la noche.

Luego los resultados son evaluados por técnicos y médicos para asegurar que sean fidedignos—un proceso que puede tomar semanas. Al final del proceso, los resultados se discuten con un especialista del sueño o neumólogo para determinar cuáles son las opciones de tratamiento.

La decisión sobre el mejor tratamiento a base de los resultados también depende de la edad, los síntomas y la presencia de otras enfermedades o factores de riesgo. El manejo de pacientes con agrandamiento de las adenoides y/o amígdalas, es el removerlas quirúrgicamente, un procedimiento curativo en el 85% de los casos[3].

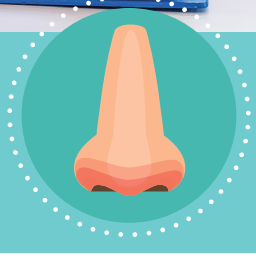
Otros tratamientos incluyen pérdida de peso, Presión Positiva Continua (llamado CPAP, por sus siglas en inglés), medicamentos como esteroides intranasales, o trabajos de ortodoncia. Para aquellos pacientes llegando a la adultez, la máquina de CPAP es a veces la mejor opción: la máquina se conecta a una máscara que va en la cara y da una presión constante de aire para que las vías respiratorias no colapsen. Este equipo puede parecer incómodo al principio pero da resultados excelentes una vez se acostumbran. No importa qué terapia se escoja, un buen manejo de la condición es importante porque puede tener un impacto significativo en la calidad de vida y la salud del menor a largo plazo, incluyendo la salud mental y emocional.





Por último, debemos tener presente que otras enfermedades pueden empeorar la condición, como alergias nasales o asma descontrolada.









El sobrepeso es particularmente preocupante. El factor principal detrás de la AOS en la adultez es la obesidad. La misma también impacta, aunque a menor grado, a los niños. Mientras la epidemia de obesidad acapara nuestra sociedad, más niños desarrollarán la condición.



La Academia Americana de Pediatría recomienda una dieta balanceada, al menos una hora diaria de actividad física y poner un límite al tiempo frente a pantallas digitales como televisores o computadoras para promover buenos hábitos[4].





El impacto del sueño sobre nuestra salud ha sido subestimado por mucho tiempo, pero haciendo cuestionarios de cernimiento y estando consciente de la existencia de condiciones como AOS, podremos lograr para nuestros niños cuerpos sanos con mentes sanas.

[1] American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders, 3rd ed, American Academy of Sleep Medicine, Darien, IL 2014
[2] Lumeng J.C., and Chervin R.D.: Epidemiology of pediatric obstructive sleep apnea. Proceedings of the American Thoracic Society 2008; 5: pp. 242-252
[3] Sulman, C. (2014). Pediatric Sleep Surgery. Frontiers in Pediatrics, 05 June 2014 https://doi.org/10.3389/fped.2014.00051
[4] Muth, N. (2020). New Report Guides Physical Activity Counseling in Pediatric Clinical Settings. Pediatrics, 24 February 2020. https://doi.org/10.1542/peds.2019-3992

Infecciones de oído en infantes, niños y adolescentes



Por: Débora H. Silva, MD, FAAP, M.Ed.
Facultad Sección de Pediatría General
Departamento de Pediatría
Escuela de Medicina RCM

Las infecciones de oído son de las infecciones más frecuentes en la edad pediátrica. En general, existen dos tipos de infecciones agudas de oído: la otitis media aguda y la otitis externa aguda. Aunque el dolor de oído que se siente en ambas condiciones puede ser muy similar, las causas, los signos y síntomas asociados y el tratamiento son específicos para cada condición.

Otitis Media Aguda:

¿Qué causa la otitis media aguda?

La otitis media aguda es la infección de oído más común en niños. Es causada por infección e inflamación del oído medio. Esta infección puede ser debido a bacterias o virus. Usualmente se ve como secuela de una infección de tracto respiratorio superior mejor conocida como un catarro. Aunque se puede ver a cualquier edad, se presenta usualmente en infantes de 6 a 18 meses. De hecho, para los dos años de edad, alrededor del 90% de los niños han tenido una infección de oído medio.

¿Cuáles son los síntomas de la otitis media aguda?

Los síntomas más comunes son dolor de oído y fiebre. Algunos infantes pueden presentar también con irritabilidad, tocándose/halándose la oreja, problemas para dormir y supuración por el odio. Los niños más grandes pueden referir dolor de cabeza, pérdida de audición, problemas con su balance/equilibrio y vómitos.

¿Cuándo debe ser evaluado el niño por el pediatra?



La otitis media aguda la diagnostica un pediatra. Si su hijo tiene dolor de oído y fiebre, puede comunicarse con su pediatra para que éste le indique los pasos a seguir.

¿Cómo se trata la otitis media aguda?

El dolor y la fiebre se pueden tratar con acetaminofén o ibuprofeno. Una vez el niño es evaluado por su pediatra, éste decidirá si lo indicado es observarlo por dos a tres días o recetarle antibióticos. Es frecuente que la otitis media aguda mejore sin antibióticos, así que el pediatra va a tomar en cuenta múltiples factores para decidir el tratamiento a seguir. De necesitar antibióticos, los mismos se dan usualmente por boca y la duración del tratamiento es inversamente proporcional a la edad del niño y varía entre 5 a 10 días.

¿Qué factores de riesgo predisponen a un niño a desarrollar otitis media aguda?

- Edad- menores de dos años están más a riesgo.
- Tomar biberón o “sippy cup” acostado.
- Estar expuesto a humo de cigarrillo.
- Padecer de rinitis alérgica
- Reflujo gastroesofágico.
- Asistir a centro de cuido o guardería.
- Usar chupete/bobo.
- No tener la vacuna de Neumococo.
- Historial familiar de infecciones de oído medio recurrentes.

¿Cómo podemos prevenir la otitis media aguda?

La mejor forma de prevenir la otitis media aguda es contrarrestando los factores de riesgo que son modificables.

Lo más importante es que:

- Lacte a su bebé y asegúrese que toma biberón o "sippy cup" en posición vertical.
- Mantenga las vacunas de sus hijos al día incluyendo la vacuna de influenza anual.
- Evite que su hijo esté expuesto a humo de cigarrillo.
- Lávese las manos frecuentemente y enséñele a su hijo a lavarse las manos frecuentemente también para disminuir los gérmenes.

Otitis Externa Aguda:

¿Qué causa la otitis externa aguda?

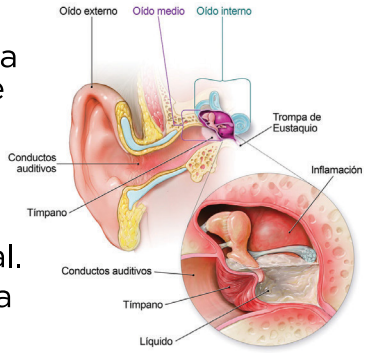
La otitis externa aguda también se le conoce como oído del nadador ("Swimmers Ear") y es causada por infección e inflamación del canal/conducto auditivo. Suele ocurrir luego de nadar o pasar mucho tiempo bajo agua ya que esto macera la piel del canal y crea un buen ambiente para que crezcan bacterias. Se puede ver a todas las edades, pero es más frecuente en niños de 5-9 años. También, es más frecuente en los meses de verano y en lugares cálidos y húmedos.

¿Cuáles son los síntomas de la otitis externa aguda?

Los niños y adolescentes afectados pueden sentir picor en el oído, enrojecimiento e inflamación del oído, dolor, el cual puede ser intenso, que aumenta al halar la oreja o al ejercer presión en el oído y secreción purulenta por el oído. A diferencia de la otitis media aguda, en la otitis externa aguda no suele haber historial de catarro o fiebre.

¿Qué factores de riesgo predisponen a un niño a desarrollar otitis externa aguda?

Como mencionado anteriormente, el factor de riesgo mayor es el mantener el canal auditivo mojado, por lo tanto lugares húmedos y exposición a agua son el riesgo mayor.



¿Cuándo debe ser evaluado por el pediatra?

La otitis externa aguda la diagnostica un pediatra. Si su hijo tiene dolor de oído que va en aumento o supuración por el oído, debe comunicarse con su pediatra para que éste le indique los pasos a seguir.

¿Cómo se trata la otitis externa aguda?

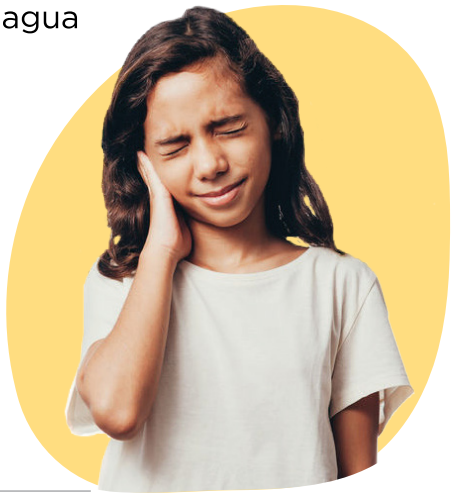
El dolor se puede tratar con acetaminofén o ibuprofeno. Puede también utilizar un pad caliente o compresas calientes contra el oído para disminuir el dolor. Una vez el niño es evaluado por su pediatra, éste decidirá si en efecto tiene otitis externa aguda. De confirmar el diagnóstico lo más probable es que el pediatra le recete antibióticos en gotas. La duración del tratamiento es usualmente de 7-10 días.

¿Cómo podemos prevenir la otitis externa aguda?

Para reducir el riesgo de contraer otitis externa aguda lo más importante es mantener los oídos secos.

Para esto se recomienda que el niño/adolescente:

- Utilice gorra para nadar y tapones para los oídos.
- Se seque bien los oídos luego que sale del agua. Si luego de secarlos con toalla sigue sintiéndolos mojados puede utilizar un secador de pelo en la temperatura más baja para secar el oído.
- Utilice gotas secantes luego de salir del agua si las mismas son recomendadas por el pediatra.



Referencias: www.aap.org I www.cdc.gov I www.nih.gov
https://www.cdc.gov/antibiotic-use/community/sp/for-patients/common-illnesses/ear-infection.html

EL ESTREÑIMIENTO EN NIÑOS



Por: Dra. Wihelma Echevarría Cortés
Gastroenteróloga Pediátrica
Certificada por el ABP en Pediatría y
Gastroenterología Pediátrica



¿Cómo sé si mi hijo está estreñido?

Una de las razones principales para visitar la Sala de Emergencia Pediátrica y la oficina del Gastroenteróloga Pediátrico es estreñimiento. Se considera que un niño está estreñido cuando enfrenta dificultad para defecar, esta dificultad está presente por 2 semanas o más y le causa ansiedad al niño. Recuerde que cada niño tiene hábitos diferentes relacionados con el uso del inodoro. Un niño que no evacua cada día no necesariamente está estreñido.

ALGUNAS SEÑALES QUE SUGIEREN QUE UN NIÑO ESTA ESTREÑIDO:

- Evacuar con menos frecuencia de la habitual
- Pasa mucho trabajo al evacuar
- Se queja de dolor abdominal, usualmente alrededor del ombligo.
- Se siente "lleno" y pasa muchos flatos
- Mancha el papel higiénico con un poco de sangre después de defecar

Por regla general consideramos que el niño está estreñido:

- Cuando tiene menos de tres movimientos intestinales por semana.
- Cuando evacuar se le hace difícil y tiene que pujar mucho.
- Cuando sus heces son duras, secas o muy pequeñas.
(Escala de Bristol 1-3)

Escala de heces de Bristol

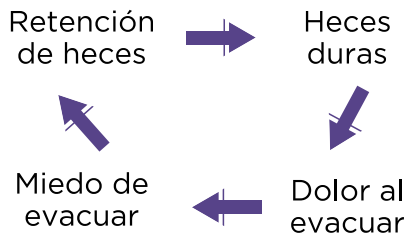
estreñimiento

Tipo 1		pedazos duros separados, como nueces (difícil de excretar)
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero llena de bultos
Tipo 3		Como una salchicha pero con rajaduras en la superficie
Tipo 4		Como una viborita, suave y blanda
Tipo 5		Pedazos blandos con bordes claros (se excretan fácilmente)
Tipo 6		Pedazos blandos con bordes deshechos
Tipo 7		Aguado, sin trozos sólidos. **Enteramente líquido**

¿Cuáles son las causas más comunes de estreñimiento?

El estreñimiento se puede deber a varias razones, entre ellas, ingerir una dieta que no incluya suficiente cantidad de agua ni de fibra, elementos que ayudan a los intestinos a moverse con normalidad. Los niños que ingieren muchos alimentos procesados, queso, pan blanco, harina, y altas cantidades de carne están mas propensos a desarrollar estreñimiento. El llevar una dieta más balanceada, con alimentos más ricos en fibra, como la fruta, la verdura, las hortalizas y los cereales integrales, puede impedir que las heces se endurezcan y se sequen.

Algunos niños evitan ir al baño, incluso aunque tengan mucha necesidad. Pueden ignorar ese tipo de urgencias porque no quieren utilizar un baño que no es el suyo, o interrumpir un juego divertido. Cuando ignoran este tipo de necesidad por tiempos prolongados y/o rutinariamente, el recto (la ultima porción del intestino) se dilata, causando que las evacuaciones sean más grandes, más secas, y más difíciles de ser expulsadas. Esto perpetua el estreñimiento y crea un círculo vicioso el cual tiende a ser difícil de romper.



En casos excepcionales, el estreñimiento es un síntoma de otra condición médica. Por lo tanto, hable con el pediatra si su hijo continúa teniendo problemas o si su estreñimiento dura más de 2 ó 3 semanas.

Algunos momentos en los que los niños suelen presentar por primera vez estreñimiento lo son:

- Al introducir alimentos sólidos al infante.
- Durante la transición de la leche materna o fórmula maternizada a la leche de vaca.
- Al recibir entrenamiento para utilizar el inodoro.
- Al comenzar la escuela formal.
- Luego de un momento de alto estrés emocional.

¿Por qué se evacua encima mi hijo?

En ocasiones los niños que están estreñidos manchan su ropa interior con excreta. Esto se llama encopresis. Muchos padres asumen que los niños con encopresis se evacuan encima a propósito, son vagos o retantes. Un niño que luego de haber aprendido a evacuar en el inodoro, tenga "accidentes" frecuentes de evacuarse encima, no está sintiendo cuando las heces salen. Estos niños tienen una sensación disminuida en su recto, producto de haber permitido que éste se dilate por aguantar mucha excreta.

Castigar o humillar al niño que tenga encopresis solo hace que el problema empeore. Lo ideal es discutir esta situación con el pediatra y/o el gastroenterólogo pediátrico.

¿Qué puedo hacer para resolver este problema? Para prevenir y para tratar el estreñimiento:

• Dé más líquidos a su hijo. El agua y otros líquidos ayudan a mover las heces fácilmente a lo largo del intestino. La cantidad de líquidos que necesita un niño varía en función de la edad y del peso. Pero la mayoría de los niños en edad escolar necesitan por lo menos entre 3 y 4 vasos de agua al día.

• Sírvale más fibra. Los alimentos ricos en fibra (como la fruta, la verdura, las hortalizas y el pan integral) ayudan a evitar el estreñimiento. La fibra no se puede digerir, de modo que ayuda a limpiar los intestinos y a mover los excrementos. Cuando añada fibra a la dieta de su hijo, hágalo despacio y a lo largo de pocas semanas. Asegúrese de que también aumenta la cantidad de líquidos que bebe su hijo.

• Asegúrese de que su hijo haga suficiente ejercicio. La actividad física activa los movimientos intestinales. Por lo tanto, anime a su hijo a hacer ejercicio.

• Desarrolle un horario de comidas que sea regular. Puesto que comer estimula los intestinos de forma natural, comer siguiendo un horario regular puede ayudar a su hijo a desarrollar unos hábitos regulares para evacuar. Si es necesario, dele el desayuno un poco antes para que su hijo pueda ir al baño tranquilamente antes de ir al colegio.

• Acostumbre a su hijo al hábito de ir al baño. Si su hijo suele aguantar las ganas de ir al baño, hágale sentarse en el inodoro durante al menos 5 a 10 minutos, a la misma hora todos los días (preferiblemente después de una comida).

Existe una gama de medicamentos laxantes y ablandadores de heces que son totalmente seguros para la población pediátrica. Sin embargo, es importante que discuta su uso con su pediatra o gastroenterólogo pediátrico. Es posible que este decida realizar pruebas diagnósticas en casos que requieran una evaluación más exhaustiva.

El niño con encopresis y/o estreñimiento necesita mucho apoyo y refuerzo positivo. Herramientas como llevar un calendario de las veces que el niño utiliza el inodoro para evacuar, y premiarlo cuando lo haga, han sido confirmadas como la mejor técnica para resolver estos problemas.

Recomendaciones sobre el uso adecuado del inodoro:

• Después de las comidas, especialmente de la cena, es el mejor momento para mover el intestino.

• Luego de un baño tibio el niño se puede sentir relajado y dispuesto a intentar evacuar con más tranquilidad.

• Coloque una caja o taburete debajo de los pies de los niños más pequeños para elevarles las rodillas por encima de las caderas, lo que los ayudará a apoyarse.

En casos en los cuales las intervenciones usuales no funcionen, su gastroenterólogo pediátrico puede recomendar un programa de Bioretroalimentación ("Biofeedback").

La Bioretroalimentación es una modalidad de tratamiento donde mediante videojuegos y sensores colocados en los músculos que se utilizan para evacuar, el niño aprende a relajar y contraer dichos músculos al momento de sentarse en el inodoro.

Si su hijo esta enfrentando problemas de estreñimiento y/o encopresis, lo mejor es atenderlo lo antes posible.

Su pediatra y su gastroenterólogo pediátrico están disponibles y capacitados para ayudarle.



¿Cómo integrar los aspectos académicos en las rutinas del hogar sin que aumenten los niveles de estrés y ansiedad en la familia?

Por: Vilma E. Robles Colón, M.S.
Estudiante de Psicología en Práctica Clínica
en la Fundación Santa María de los Ángeles.

Hay situaciones sociales, atmosféricas y de salud que en ocasiones requieren que muchos de los padres/madres o encargados en las familias tengan que tomar un rol mas activo en las tareas escolares de sus hijos/as.

Tomemos por ejemplo el caso de las pandemias, huracanes o sismos que se han experimentado en Puerto Rico en épocas recientes. Esta situación puede generar dinámicas asociadas a altos niveles de estrés o ansiedad tanto en el adulto como en los menores.

Durante el artículo utilizaremos el termino menores para referirnos tanto a niños/as como adolescentes.

En los adultos el estrés o ansiedad puede estar asociado u ocasionado por:

- Sensación de falta de tiempo para cumplir con lo que necesita el menor.
- Sentir que no tiene tiempo suficiente o pobre manejo del mismo para todo lo que debe realizar. Por tanto, presenta una falta de organización en las rutinas y el poder integrar actividades o tareas nuevas en la misma.
- Dividir el tiempo de las tareas del hogar, las necesidades del menor y el tener que salir a trabajar o trabajar en casa.
- La comprensión del material académico y cómo enseñárselo correctamente al menor.
- Dificultad en manejo de la tecnología o aplicaciones utilizadas por la escuela.

En los niños/as el estrés puede estar asociado u ocasionado por:

- No entender la forma en cómo el adulto explica el material.
- Salir de la rutina previamente establecida y no tener buen manejo del tiempo.
- No poder compartir con sus compañeros en actividades grupales o recreativas.
- No tener un lugar apropiado para realizar las tareas escolares, falta de material o tener demasiados distractores mientras trabaja.



fundación santa maría de los ángeles

Contáctanos:
directorejecutivo@fundacionsantamariapr.org
Teléfonos: 787-292-6210 / 787-292-6215
Facebook:
@FundacionSantaMariaDeLosAngeles
www.fundacionsantamariapr.org

En los adolescentes el estrés puede estar asociado u ocasionado por:

- No manejar de forma adecuada el tiempo de uso de la tecnología (académico/recreacional).
- Tener supervisión constante del adulto mientras realiza las tareas académicas.
- No mantener una rutina adecuada incluyendo el tiempo de sueño y descanso.
- La comprensión del material enviado y la oportunidad de poder aclarar sus dudas.



Ante estas situaciones, y teniendo en cuenta las diversas perspectivas (adultos y menores), es importante que podamos integrar y adaptarnos de forma efectiva.

Por tanto, algunas recomendaciones que podemos realizar para que todos en el hogar podamos sentir que logramos manejar esa realidad de forma adecuada son:

- Crear una rutina, al menos de lunes a viernes como si fuera un horario escolar. Esta rutina debe ser una que integre a todos las personas del hogar para que sea más sencilla llevarla a cabo. **Un ejemplo (que puede ser adaptado a la necesidad de cada hogar) de ésta pudiera ser:**

  • Hora de levantarse- tareas académicas- merienda-almuerzo-hora de detener lo académico-tiempo libre-(de ser necesario) realizar tareas pendientes-cena-tiempo libre-hora de dormir.

- Es importante que tanto el adulto como los menores mantengan un horario similar al que solían tener para las horas de comidas principales (desayuno, almuerzo, cena).
- Utilizar de referencia el calendario académico para trabajar las materias en el orden que usualmente solían ser trabajadas. Esto logrará la sensación de poder mantener el ritmo académico similar al que solían realizar.
- Verificar qué cosas de todo el material académico tiene prioridad de entrega, y trabajar este primero.
- Con los menores que tengan que tomar los cursos en línea de forma interactiva con el maestro, es importante que puedan tener un espacio adecuado libre de distractores y sonidos. Igualmente es importante que tengan el equipo adecuado para poder realizar el proceso. Al terminar es importante que se le permita un tiempo libre para que puedan realizar alguna actividad de su gusto y luego retomar de ser necesario el aspecto académico.
- Si el material es asignado, pero no necesitan conectarse en vivo, dividir el material de forma adecuada siendo el más complicado en horas de la mañana ya que el menor está más descansado y el material más liviano en la tarde o luego del almuerzo. Si el padre debe trabajar desde el hogar y el menor puede ser independiente, trabajar lo más sencillo antes y cuando el adulto esté libre retomar las materias de dificultad.
- Es importante que se mantengan espacios de actividad libre o del gusto del menor y del adulto también para poder "recargar" baterías y continuar.
- Es importante el uso de material creativo para trabajar los temas, ya que esto prolonga el tiempo de atención y da la impresión que el niño se divierte mientras aprende y el adulto no siente la presión de sentirse como si fuera un maestro.
- Poner horarios para el uso de la tecnología, juguetes o actividades físicas para los menores. Esto permitirá menor distracción o falta de motivación.
- Haga uso de páginas electrónicas que faciliten la comprensión del material y trabajar de forma creativa. Puede preguntar al maestro si tiene alguna preferida.
- Mantenga contacto con los maestros o educadores que estén disponibles para aclarar dudas antes de comenzar a trabajar una tarea y evite tener que repetir la misma.

Durante este proceso debemos aprovechar la oportunidad para observar el ritmo, nivel de ejecución, dificultades y fortalezas de nuestros menores para reforzar aquello que sea necesario.

Es importante dentro de este proceso mantener la calma y reconocer que es algo nuevo para muchos. Por tanto, es importante estar conscientes cuanto nos exigimos y les exigimos. Recuerde que cada uno trabaja a un ritmo diferente y esto es algo normal.



¡No olvide que en esta nueva realidad todos estamos aprendiendo juntos!

Las Aerocámaras y los Inhaladores para el Asma Bronquial



Por: Denisse Rivera Lugo, MD.
Pneumóloga Pediátrica
Clínica de Subespecialistas
HIMA San Pablo Bayamón

Viajemos en el tiempo al verano de 1955 cuando una jovencita asmática de 13 años le pregunta a su padre, después de estar frustrada con el uso de un nebulizador de vidrio para administrar su medicamento, que se rompía con facilidad. ¿Por qué él no podía colocar su medicina para el asma en una lata de aerosol como lo hacía con el espray de pelo? Su padre era el Dr. George Maison, presidente de los Laboratorios Riker, los que fabricaban el spray de pelo. Y su padre aceptó el reto y en poco más de un año ya el sueño de su hija era realidad. Para esto tuvo la ayuda del químico Charlie Tiel quien descifra como suspender la medicina en un propelente de gas licuado con los resultados que todos conocemos hoy, un inhalador de dosis medida o como lo conocen muchos una 'pompa'.

¿Qué beneficios tiene el inhalador?

Estos inhaladores de una manera efectiva y sencilla vinieron a transformar el manejo de los pacientes con asma bronquial ya que pueden administrar una dosis exacta de medicamento y llegar directamente al pulmón donde su efecto es casi inmediato. Estos dan libertad al que los usa pues puedes llevarlos contigo a donde quiera que vayas y tampoco dependen de la electricidad para su administración. Actualmente la mayoría de los medicamentos nuevos para el asma que se diseñan utilizan esta modalidad por estas ventajas.

¿Qué desventajas tiene un inhalador?

A pesar de estas ventajas tienen un gran problema para todos los que lo usan, sobre todo para nuestros niños. Hablo de la coordinación de la mano y el pulmón. A que me refiero, a la coordinación que debe existir entre el momento en que usted detona el inhalador al momento en que realiza su inhalación con el medicamento.



Este medicamento sale extremadamente rápido del inhalador y para que sea distribuido bien por cada bronquio de nuestro pulmón debemos hacer una inhalación profunda. Debemos saber que estos inhaladores son muy sensibles a altas temperaturas por lo que pueden perder su efectividad, así que nunca lo deje en su auto. Algunos con el tiempo de uso se obstruyen a la salida del inhalador. Si observa que la fuerza y/o el flujo de salida del medicamento del inhalador disminuye desmonte el inhalador de la cubierta plástica y limpie la cubierta plástica con agua y jabón. El inhalador no debe sumergirse en agua y jabón. Podría limpiar el área por donde sale el medicamento con un hisopo de algodón y un poco de alcohol. Siempre debe agitarse bien antes de usar para asegurarnos de que se mezcle bien y pueda salir la dosis correcta del medicamento. Otro problema podría ser aquel inhalador que no tenga contador pues no sabríamos al detalle cuanto medicamento le queda. La gran mayoría tiene contador, pero no todos.

¿Cómo surgen las aerocámaras?

Surgen para ayudar en la coordinación entre la mano y el pulmón a asegurarse que el medicamento sea distribuido correctamente por todo el pulmón. Además, reducen marcadamente la deposición del medicamento en la faringe posterior y la boca donde algunos medicamentos, como los esteroides inhalados, podrían causar 'sapo' o candidiasis oral o sea una infección por hongo.

¿Cómo son las aerocámaras?

Son un aparato de plástico o de metal en la forma de un cilindro donde por un extremo hay un orificio donde se coloca el inhalador para ser detonado y liberar el medicamento y en el otro extremo tiene una boquilla por donde hará una inhalación lenta y profunda o una mascarilla que cubre la nariz y la boca del sujeto por donde realizará las respiraciones para inhalar el medicamento.

¿Quién debe usar una aerocámara de boquilla?

En mi opinión debe ser usada por todo paciente mayor de 5 años con el propósito de maximizar la deposición del medicamento en el pulmón y así mejorar la respuesta al medicamento. Es muy difícil poder hacer una inhalación profunda si el medicamento sale bien rápido del inhalador. La tendencia es inspirar lo más rápido posible para que no se pierda el medicamento y no necesariamente hacemos una buena inspiración que distribuya todo el medicamento en nuestros pulmones. De modo que el uso de una aerocámara hace una gran diferencia.

Se ha encontrado que la deposición del medicamento en el pulmón aumenta considerablemente cuando utilizo una aerocámara de boquilla para hacer una inhalación profunda y aguanto la respiración por 5-10 segundos. Y esta deposición puede superar la deposición de los medicamentos administrados por un nebulizador. Opino que a todo niño mayor de 5 años debemos enseñarle esta técnica.

Para que sea efectivo el paciente deberá poder seguir una secuencia de instrucciones para que sea efectivo. Me refiero a los siguientes pasos:

1. Agitar el inhalador por 5 segundos para mezclar el medicamento dentro del inhalador.

2. Verificar que no haya ningún objeto dentro de la aerocámara.

3. Colocar el medicamento en el orificio correspondiente.

4. Vaciar el aire de sus pulmones con una exhalación completa.

5. Colocar los labios y los dientes sobre la boquilla y realizar un buen sello con los labios que no permitan la salida de aire por ellos.

6. Detonar el inhalador para que salga el medicamento.

7. Hacer una inhalación profunda que le permita llenar todo el pulmón con el medicamento.

8. Aguantar la respiración por 5-10 segundos.

9. Descansar unos 30-60 segundos y repetir todos los pasos para la segunda dosis del medicamento.

¿Quién debe usar una aerocámara con mascarilla?

Todo infante, niño menor de 5 años, joven o adulto que no pueda seguir todas las instrucciones arriba descritas. Esta mascarilla viene en diferentes tamaños para todas las edades.



Aquí la técnica es un poco diferente. Se siguen los mismos pasos del 1 al 3, luego sigue la siguiente secuencia:

4. Colocar la mascarilla haciendo un buen sello alrededor de la nariz y la boca.

5. Realizar de 6 a 8 respiraciones lentas y profundas dentro del sistema.

6. Retire la mascarilla de la cara y tome un descanso de unos 30-60 segundos para repetir la segunda dosis del medicamento.

¿Puedo usar el inhalador en una exacerbación de asma?

Si, siempre y cuando lo utilices con una aerocámara. En el momento de una exacerbación de asma nunca debemos usar un inhalador de dosis medida sin aerocámara. Recuerde que enfermos no podremos realizar una buena inhalación que distribuya el medicamento por todo nuestro pulmón.

¿Sabes como una aerocámara nos ayuda en la pandemia del coronavirus?

Es una manera segura de recibir nuestros medicamentos de asma cuando estamos enfermos y evitar contagiar a nuestros familiares. A la aerocámara ser un sistema cerrado no estaremos aerolizando al exterior las partículas de los virus presentes en nuestra oro-nasofaringe. Es importante entender que al usar un nebulizador el paciente cada vez que exhala a través de los orificios de la mascarilla el aire exhalado, lleno de virus, sale al ambiente exterior y contamina la habitación.

En las más recientes guías mundiales de asma, Global Initiave for Asthma 2019, escogen a la aerocámara como el aparato preferido para administrar los medicamentos de asma en la presentación de inhaladores de dosis medida para todo niño menor de 5 años. Recomiendan usar la aerocámara con mascarilla para los menores de 3 años y la aerocámara con boquilla para los de 4 años o más. Como otra alternativa recomiendan el nebulizador para los menores de 3 años o para aquellos mayores que no puedan realizar la técnica de la aerocámara con boquilla. Su uso en la edad pediátrica ha sido crucial para mejorar la calidad de vida de esta población.

Enfermedad de manos, pies y boca



Por: Patricia Rodriguez Reyes, MD FAAP
Infectóloga Pediátrica
Departamento de Pediatría
Escuela de Medicina RCM & Hospital Auxilio Mutuo





La enfermedad de manos, pies, y boca es una enfermedad muy común en niños menores de 5 años de edad. Es causada por varios virus y es más común durante el verano y el comienzo del otoño. Los síntomas más comunes son fiebre, pérdida de apetito, dolor de garganta, malestar, llagas dolorosas en la boca, y sarpullido que luego se convierte en ampollas en la palma de las manos, y la planta de los pies. El salpullido a veces puede estar localizado en las rodillas, codos, nalgas, o el área genital.

Su pediatra puede hacer el diagnóstico basado en los síntomas y mirando las úlceras o llagas de la boca y el sarpullido. No hay un medicamento que cure la enfermedad de mano, pie, y boca. Es importante aliviar los síntomas que pueden incomodar al niño como es la fiebre o el dolor causado por las úlceras. El dolor asociado a las ulceras en la boca puede llevar a los niños a no querer tomar líquidos o consumir alimentos por lo tanto es recomendable asegurarse que se mantengan consumiendo líquidos para prevenir la deshidratación. En general la recuperación ocurre entre siete a diez días desde comienzo de la enfermedad. Descamación en los dedos de las mano y pies y/o desprendimiento de las uñas puede ocurrir de 1 a 2 semanas luego de la recuperación, pero esto es inofensivo. El regreso a la escuela o los centros de cuidos es indicado una vez el niño se sienta bien, la fiebre le haya resuelto, y la mayoría de las ampollas estén secas.

La enfermedad de manos, pies, y boca es más contagiosa durante la primera semana de la enfermedad. El virus se puede encontrar en las secreciones de la nariz o garganta, el líquido de las ampollas, o en las heces. Para evitar contagio con los virus que pueden causar la enfermedad de manos, pies, y boca es importante tomar ciertas medidas de protección que incluye: lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón durante 20 segundos; evitar tocarse los ojos, la nariz, y la boca; no compartir utensilios de uso personal como los vasos, cubiertos, y cepillos de dientes; desinfectar las superficies y objetos que se tocan con frecuencia.

La enfermedad de mano, pies, y boca es muy común entre nuestros niños, y rara vez lleva a complicaciones. Es importante si su niño presenta síntomas sugestivos de la enfermedad consulte con su pediatra para la mejor orientación de cómo manejar la enfermedad y orientación sobre el seguimiento.



CUANDO LA PUBERTAD LLEGA ANTES DE TIEMPO





Por: Dra. Marina Ruiz Montilla
Endocrinóloga Pediátrica

La pubertad se define como el período cuando los niños y niñas inician el desarrollo de características sexuales secundarias de un adulto. La pubertad precoz se define como el inicio de la pubertad antes de los 8 años de edad en las niñas y antes de los 9 años de edad en los niños. Se ha observado que las niñas de descendencia Afro Americana e Hispana pueden iniciar su pubertad a una edad más temprana, por lo que tienen una probabilidad mayor de manifestar pubertad precoz.

Los signos de pubertad en las niñas son desarrollo progresivo de los senos, aceleración del crecimiento y la menarquia (que usualmente ocurre 2-3 años luego del inicio del desarrollo mamario).

En los niños los signos son crecimiento del pene y testículos, aumento de la musculatura y vello púbico, facial, y corporal, aceleración del crecimiento, cambios en el tono de la voz.

En muchas ocasiones el inicio temprano de la pubertad es simplemente una variante normal y nunca se sabrá con exactitud la razón (pubertad temprana idiopática). En otras ocasiones la pubertad puede ser precoz debido a una anormalidad de la glándula pituitaria o el hipotálamo.

Esta forma de pubertad precoz se llama pubertad precoz central (CPP por sus siglas en inglés). En ocasiones raras, la pubertad ocurre de manera temprana porque las glándulas que se encargan de producir las hormones sexuales, los ovarios en las niñas y los testículos en los niños, comienzan a funcionar de manera independiente a una edad más temprana de lo esperado. **Esta condición se llama pubertad precoz periférica (PPP por sus siglas en inglés).**

Tanto en las niñas como en los niños, las glándulas suprarrenales (dos pequeñas glándulas que se localizan encima de los riñones), pueden iniciar, a edad temprana, la producción de andrógenos (hormonas masculinas) de baja potencia, que pueden causar el desarrollo del vello púbico o axilar, así como el desarrollo del olor axilar antes de los 8 o 9 años de edad, respectivamente. Esta situación, se conoce como adrenarquia prematura y no requiere tratamiento.

Finalmente, la exposición de niños o niñas a cremas, lociones, o medicamentos que contengan estrógenos o andrógenos puede causar pubertad precoz. Esto se vio en aumento con el uso del androgel (Testosterona que se aplica en gel)

Para hacer el diagnóstico de pubertad precoz, el doctor inicialmente revisa la historia médica de su hijo (incluyendo evaluación de las curvas de crecimiento) y realiza un examen físico completo.

En adición, el doctor puede ordenar ciertas pruebas de laboratorio incluyendo exámenes de sangre para medir los niveles de las hormonas de la pituitaria que controlan la pubertad tales como la hormona luteinizante (LH) y la hormona folículo estimulante (FSH), hormonas sexuales (estradiol o testosterona), así como otras hormonas.

También es posible que el doctor le dé a su hijo/a una hormona llamada Leuprolide antes de medir estos niveles hormonales para facilitar la interpretación de los resultados.

Otro examen que su médico puede ordenar es la edad ósea que es una radiografía de la mano y la muñeca izquierda. Esta se realiza con el fin de tener una mejor idea de qué tan avanzada está la pubertad de su hijo o hija, y qué impacto puede tener la pubertad temprana en la estatura final en la edad adulta.

Si los exámenes de sangre confirman el diagnóstico de pubertad precoz central, es posible que su doctor ordene una resonancia magnética nuclear (MRI por su sigla en inglés) con el fin de determinar que no haya anormalidades en la glándula pituitaria.

Su médico puede ofrecer tratamiento si su niño / niña tiene pubertad precoz central (CPP).

La razón del tratamiento de la pubertad precoz central (CPP) es detener la producción de las hormonas LH y FSH por parte de la glándula pituitaria, que a su vez va a detener la producción de los esteroides sexuales (estrógenos o testosterona).

Esto va a enlentecer la aparición de los signos de pubertad y retrasar o detener la menstruación en las niñas.

En algunos casos, la pubertad precoz central puede causar que el niño(a) finalice su crecimiento a una edad más temprana de lo usual, lo que puede resultar en una estatura baja en la edad adulta.

El tratamiento de esta condición puede tener el beneficio de proporcionar más tiempo de crecimiento al niño o niña. Debido a que este medicamento necesita estar de manera continua en el cuerpo, se administra en forma de una inyección cada 1 o 3 meses o a través de un implante que libera el medicamento de manera continua a lo largo de un año.



Si está preocupado por que su hijo/a tenga pubertad precoz, no dude en contactar a su médico primario o sacar cita con un Endocrinólogo Pediátrico.

Oficina de la Dra. Marina Ruiz Montilla-Professional Hospital Suite #14 Guaynabo, PR. Tel 787-400-2440



NeuroMaternidad para la relación de mamá y bebé en tiempos de pandemia

Por: Sully Román Berríos, BBA, MBA
Doula de Parto con Especialidad en NeuroMaternidad
Fundadora de Mommy Spa Break

En estos momentos la humanidad se encuentra enfrentando tiempos de pandemia. Esta situación puede desencadenar consecuencias a corto y a largo plazo en la relación de mamá y bebé. Como Doula de Parto y Nacimiento Certificada reconozco que entre las etapas de gestación, alumbramiento y posparto ocurren cambios físicos y emocionales en cada madre.

"Una pandemia es la propagación mundial de una nueva enfermedad". Organización Mundial de la Salud

Es importante identificar las necesidades, trabajar sobre ellas y/o referir. En la NeuroMaternidad utilizo las herramientas holísticas de NeuroCoaching para apoyar a las familias. NeuroCoaching es la combinación de Coaching y Programación Neurolingüística en la que se respeta el modelo de mundo de cada persona y honrando al cliente como experto de su vida. Esto puede suceder por medio de sesiones individuales o grupales con dinámicas que incluyen preguntas y respuestas, ejercicios de kinesiología, meditación y otros.

Cuando la gestante está preparando su plan de parto o seleccionando a su proveedor de servicios es posible que esté manifestando sentimientos de soledad, tristeza, culpa y preocupaciones relacionadas al evento del alumbramiento.

La pandemia ha provocado cambios inesperados en los procesos de las instituciones hospitalarias. Estas madres comienzan a experimentar el estrés de dar a luz sin redes de apoyo y en aislamiento.

Ninguna mujer debe sufrir en silencio la transformación hacia su maternidad.

Es posible que la madre sienta que la relación con su bebé recién nacido se vea afectada debido a los nuevos protocolos de los hospitales. Una de las medidas implementadas es separar a ambas partes para evaluación y muchas veces no permiten que ella tenga contacto con su hijo ni la oportunidad de visitar para establecer una lactancia exitosa hasta que está de alta.

> **Lo más importante de la comunicación es escuchar lo que no se dice.**
>
> - Peter Drucker -

A continuación presento alternativas para buscar el equilibrio y recuperar el sentido de bienestar:

Calibrar el movimiento de las extremidades reclutando el cuerpo para expresar emociones de manera no verbal y lograr interpretar sus sensaciones. Para identificar correctamente debemos conocer su comportamiento base en circunstancias normales como por ejemplo sentarse, estar de pie, inclinar la cabeza, mover sus piernas o llevar objetos con regularidad.

Observar con detenimiento las expresiones faciales universales las cuales duran un segundo o menos y luego puede disimular. Cuando se manifiestan permiten conocer la realidad que tiene en su interior. Algunas se identifican como tristeza, sorpresa, alegría, miedo, entre otros.

La manifestación inconsciente de cualquier situación en el cerebro límbico puede determinar si está en peligro en la sala de partos o siente seguridad del proceso y tiene confianza en los profesionales que la rodean.

Un ejemplo de ello puede ser que la madre sienta que debe pelear, discutir, agredir físicamente, insultar como su sistema de defensa.

Nuestra mente está preparada inconscientemente para crear un comportamiento pacificador. Esto es una señal que envía el cerebro de que todo está bien y se puede ver mordiendo suavemente los labios, frotando la frente, sobando sus brazos y tocando sus piernas.

Lo recomendable es que la familia tenga recursos que puedan generar seguridad, empoderamiento, relajación, confianza, manejo del dolor y neurodesarrollo. Se espera que sus resultados se traduzcan en una sana relación de mamá y bebé más allá de tiempos en pandemia.

Para lograrlo con efectividad la madre requiere un escenario en completa paz, profesionales comprometidos con apoyar su lactancia, crianza positiva y acompañamiento amoroso.





Mamá puede desarrollar el vínculo de apego de la siguiente manera:

Conversando con bebé en el vientre sobre cómo llegará y las personas que lo esperan.

Alimentar con dedicación, esmero y paciencia. Es un proceso de aprendizaje para ambos.

Cantando canciones que recordará aún luego de nacer. Las mismas ayudan a descansar.

Abrazando a su hijo y susurrar todo el amor que siente por él o ella.

Leer cuentos, inventar historias o narrar anécdotas que se volverán parte de su legado.

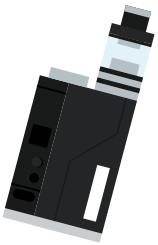
Llevar en brazos o cargar en un portabebé para estar juntos. Consolar su llanto.

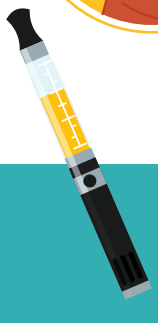
Mamá, recuerda que eres importante y que la manera en la que te sientas es válida para expresar. Si estás buscando un espacio para conectar, conocer y compartir con otras madres estás invitada a la página de **Mommy Spa Break** y en todas sus redes sociales. También contactar vía correo electrónico sully.roman@gmail.com y número de teléfono (787)925-4757.

Referencias:
• Organización Mundial de la Salud (15 de abril de 2020). ¿Qué es una pandemia? Recuperado de https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/
• González, I. (2 de diciembre de 2016). Qué son los análisis de expresión facial y cómo funcionan. Recuperado de https://neuromarketing.la/2016/12/los-analisis-expresion-facial-funcionan/
• Rivera, J. y Torres L. (2014) Certificación Profesional NeuroCoaching Nivel Practitioner. Cayey, Puerto Rico. Integral Coaching

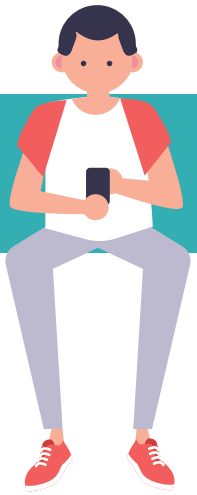


Adolescentes, "Vaping" y Coronavirus:





¿QUÉ DEBO HACER?





Por: Luis Lugo, BS[1], Wilfredo De Jesús-Rojas MD, FAAP[2]

[1]Ponce Health Science University School of Medicine, Department of Pediatrics
[2]University of Puerto Rico, Medical Sciences Campus, School of Medicine, Department of Pediatrics

A mediados del 2007 se popularizaron los cigarrillos electrónicos y la moda del "vaping" o vapeo. Los últimos modelos son recargables, discretos, inalámbricos y pueden ser usados para inhalar varias sustancias incluyendo la nicotina y el tetrahidrocannabinol (THC), ingrediente activo de la marihuana.

Los cigarrillos electrónicos funcionan al aumentar la temperatura de un líquido el cual se convierte en vapor y la persona inhala.

Estos productos pueden contener hasta 20 veces la cantidad de nicotina comparado con una cajetilla regular de cigarrillos.



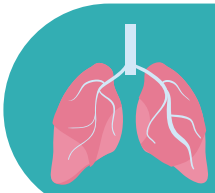
Números recientes de la Asociación Americana del Pulmón revelan que el uso de cigarrillos electrónicos aumentó un 80% entre 2018 y el 2019.

Entre los adolescentes existe un pensamiento erróneo donde consideran el vapeo más seguro y menos riesgoso que el cigarrillo tradicional. Adicional, las compañías de estos dispositivos mercadean sus productos a jóvenes adultos a través de colores llamativos con muchos sabores tropicales para llamar la atención.

El humo generado por la mayorías de los cigarrillos electrónicos no tiene olor, por lo tanto pueden ser fácilmente ocultado ante sus padres o cuidadores.

Sabemos que un 27% de los estudiantes de secundaria y un 10% de los estudiantes de escuela intermedia en Puerto Rico vapean.

Algunos factores importante que debemos tener presentes como padres son la accesibilidad a los productos y la motivación de los adolescentes para utilizarlos ya sea por experimentar, presión de grupo, depresión y/o trastornos de ansiedad.



Al igual que el humo del tabaco, el vapeo pasa directamente por nuestras vías respiratorias y llega al pulmón directamente.

Dentro de los pulmones tenemos mecanismos de defensa, sin embargo el vapeo inactiva las barrera de protección de nuestros pulmones. Al estar desprotegido de nuestras defensas, aumentan las probabilidades de infecciones respiratorias, como lo es la influenza, y en tiempos recientes el COVID-19. Importante comprender el vapor de agua generado al usar cigarrillos electrónicos no es inofensivo. Estos pueden contener dosis elevadas de nicotina, mayor que los cigarrillos tradicionales.

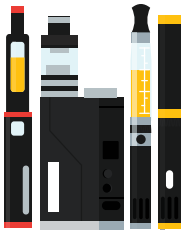
El uso de nicotina en altas dosis causa dependencia a tempranas edades, aumentando el riesgo de los adolescentes a ser futuros fumadores de tabaco. Igualmente la nicotina puede afectar el desarrollo del cerebro que termina a los 25 años, en especial áreas aprendizaje, estados de ánimo, centro de atención e impulsividad.

El humo y su contenido exponen a las personas a su alrededor a humo de segunda mano como también puede causar exacerbaciones de asma en pacientes, tomando en cuenta que nuestra población tiene una de las mayores prevalencias de asma a nivel mundial.

A mediados del 2019 comenzaron a surgir varios casos de lesiones pulmonares relacionadas directamente con la utilización de cigarrillos electrónicos.

Unos 2,602 casos fueron reportados al Centro de Control de Enfermedades, CDC por sus siglas en inglés, con un 16% siendo menores de edad con una edad promedio de 24 años en los pacientes afectados.

La mayoría de los pacientes declararon haber ingerido a través de cigarrillos electrónicos productos que contenían THC. Algunas compañías incorporaron sustancias como la vitamina E, las cuales las investigaciones identificaron como agentes causantes de enfermedad pulmonar relacionada al uso de cigarrillos electrónicos.



E-Cigarettes

Ante el aumento de los casos de daño pulmonar, la nueva enfermedad fue nombrada por el CDC como **EVALI** (e-cigarette or vaping, product use associated lung injury), por sus siglas en inglés, para describir las lesiones al pulmón asociadas al vapeo.

La mayoría de los pacientes que desarrollaron EVALI eran menores de 35 años.

Los síntomas de **EVALI** incluyen fatiga, falta de aire, tos con sangre, dolor de pecho, fiebre y escalofríos junto con problemas de baja saturación de oxígeno con un progreso gradual a fallo respiratorio. La mayoría de los diagnósticos fueron confirmados con imágenes radiológicas consistente con daño pulmonar agudo.

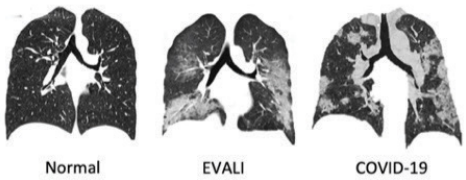


Imagen: La imagen muestra cómo se observa un pulmón normal cuando lo observamos con rayos X (Izq). Areas blancas en el pulmón muestran el daño pulmonar agudo por el uso de cigarrillos electrónicos (EVALI) (Centro) versus daño pulmonar a causa de una infección por Coronavirus (COVID-19).

Cualquier fumador, ya sea utilizando cigarrillos tradicionales o electrónicos, al exponerse a algún tipo de infección como la influenza o el COVID-19 están a mayor riesgo de desarrollar complicaciones serias en comparación con los no fumadores.

Estudios indican que personas cuyo sistema contienen componentes de nicotina, aún de segunda mano, están a riesgo de complicaciones severas, aumento en el número de hospitalizaciones y cuidado crítico. De igual forma existe un aumento en la susceptibilidad de fumadores para contraer infecciones respiratorias, al igual que un aumento en el tiempo de recuperación de tales enfermedades.

Sabemos que el vapeo afecta los mecanismos del pulmón que mantienen el sistema respiratorio libre de bacterias, viruses y secreciones.



El COVID-19,

un virus recién descubierto en China a finales del 2019 rápidamente se propagó alrededor del mundo causando un cuadro clínico de pulmonía con imágenes de rayos X parecidas a las de EVALI.

Referencia (Imagen):
Qian L, Yu J, Shi H. Severe Acute Respiratory Disease In A Huanan Seafood Market Worker: Images Of An Early Casualty. Radiology: Cardiothoracic Imaging
https://www.uwhealth.org/news/uw-health-doctors-urge-teens-young-adults-quit-vaping/52911



Al presente existen sobre 1 millón de casos y cerca de 100,000 muertes a nivel mundial.

En marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud catalogó el virus como una pandemia cuyos síntomas incluyen: **fiebre, tos seca, dificultad para respirar, fatiga, anorexia y dolores musculares.** Al presente existen sobre 1 millón de casos y cerca de 100,000 muertes a nivel mundial.

Los estudios sobre COVID-19 establecen que los fumadores son 14 veces más propensos a tener un progreso de enfermedad respiratoria más acelerado. Debido a las complicaciones relacionadas al vapeo la recomendación para disminuir el riesgo de daño pulmonar serio del COVID-19 es cesar de fumar y/o vapear para así evitar exposición al humo de cigarrillo, inmediatamente.

Sabemos que fumar aumenta la vulnerabilidad de personas para contraer infecciones por el continuo movimiento de aproximar las manos a la cara, contacto mano-boca, aumentando el riesgo de infectarnos con el COVID-19.

Este es el momento para sentarnos con nuestros hijos y establecer una conversación para identificar y tomar acción sobre el tema del vapeo en nuestros adolescentes.

Hablar con sus hijos y explorar hábitos de fumar es crucial.

Es momento que como padres también demos el ejemplo de propiciar un ambiente libre de tabaco en nuestro hogar y no exponer a sus hijos. Solo así podremos delinear un plan y evitar acciones que pueden ser muy dañinas a su salud a largo plazo más aún en tiempos del coronavirus.



Ante el panorama que vivimos, dejar fumar o vapear es la mejor decisión.

Referencias:
1.https://health.clevelandclinic.org/teens-vaping-and-coronavirus-is-there-a-connection/
2.https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1916171
3.https://www.uptodate.com/contents/e-cigarette-or-vaping-product-use-associated-lung-injury-evali
4.https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/Quick-Facts-on-the-Risks-of-E-cigarettes-for-Kids-Teens-and-Young-Adults.html
5.https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html#map-cases
6.https://www.lung.org/lung-health-diseases/lung-disease-lookup/evali
7.https://www.nchs-health.org/the-dangers-of-vaping-and-what-you-need-to-know/?lang=es
8.https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-03-27/vaping-could-increase-health-risks-tied-to-covid-19-fda-says
9.https://www.sciencemediacentre.org/expert-reaction-to-questions-about-smoking-and-covid-19/
10.https://tobacco.ucsf.edu/reduce-your-risk-serious-lung-disease-caused-corona-virus-quitting-smoking-and-vaping
11.https://time.com/5807214/vaping-coronavirus/

Gerber®
Good Start®

¿Tu bebé tiene alguno de estos síntomas?



- ✔ Alergia
- ✔ Cólico
- ✔ Estreñimiento
- ✔ Reflujo
- ✔ Buche
- ✔ Diarrea

Si tu bebé presenta uno o más de estos síntomas
Pregúntale a tu pediatra por Gerber® Good Start® Extensive HA®

La leche materna es el mejor alimento para tu bebé
Pregunte a nuestros expertos disponibles las 24 horas del día, los 7 días a la semana
www.gerber.com Español: (800) 511-6862 • Inglés: (800) 718-4247
Todas las marcas comerciales son propiedad de Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Suiza, o se utilizan con autorización. © 2019 Nestlé.