Revista

Mi Pediatra

SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA

Edición 26 / Otoño 2020

Educación a distancia Y SALUD ORAL +



Entrenamiento para ir al baño

Rinitis

DENGUE

PESADILLAS Y TERRORES NOCTURNOS

LA PRIMERA VISITA AL PEDIATRA

facebook.com/mipediatraspp

www.revistamipediatrapr.com

¿Desea anunciarse en las próximas ediciones de la revista?

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

Ganadora

DEL CONCURSO DE DIBUJO



Nayiahris Del Rosario Sáez

es la feliz ganadora del concurso que se llevó a cabo para seleccionar la portada de esta edición de la revista Mi Pediatra. El tema solicitado a los partipantes fue El amor de mi familia. Nayi, como cariñosamente le llaman, es una niña de 10 años de edad. quien aceptó el reto y participó en el concurso. Al preguntarle qué significado tiene su dibujo nos respondió:

"El amor de mi familia significa que están conmigo en las buenas y en las malas"

¡Muchas felicidades!

Mensaje Editorial



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

Reciban un caluroso saludo y la bienvenida a la edición de septiembre de la revista *Mi Pediatra*. Han transcurrido casi seis meses desde que hemos comenzado a vivir momentos históricos debido a la pandemia del coronavirus. Además de la situación de salud pública que se atraviesa, han ido surgiendo aspectos de importancia y preocupación que afectan a nuestra población pediátrica, los cuales atendemos en esta edición. Por ejemplo, si hablamos del recién nacido no podemos enfatizar más la importancia de la lactancia en tiempos de crisis; esa primera visita al pediatra y el cuidado del infante vulnerable. Luego de esa primera visita, requieren atención asuntos como la necesidad de crear conciencia en nuestra población de que no debemos descuidar el mantenimiento de salud, un itinerario de vacunación al día y la importancia de una buena salud oral. El año escolar ha comenzado con educación a distancia, pues la situación actual no ha permitido que se pueda regresar a estudiar de forma presencial segura. Esto trae como consecuencia retos e interrogantes que tenemos la responsabilidad de atender. Nos preguntamos, además, cómo se puede ver afectada la salud mental de nuestros niños y adolescentes a corto y largo plazo.

Además de los temas mencionados, no olvidemos que nuestros infantes, niños y adolescentes continúan su crecimiento y desarrollo. También pueden presentar signos y síntomas que requieren atención médica en la oficina de su pediatra o subespecialista pediátrico, en centros de salud o en la sala de emergencias. Por eso encontrarán en esta edición tópicos como el entrenamiento para ir al baño; las pesadillas y terrores nocturnos; rinitis alérgica; el dolor testicular agudo; las menstruaciones dolorosas en las adolescentes, entre otros.

Por último y no menos importante, no podemos olvidar el dengue. Tenemos que mantenernos vigilantes ante ese mosquito, repasar esta enfermedad y sobre todo, como prevenirla.

En la revista *Mi Pediatra* podrán disfrutar portadas que han sido creación de niños ganadores de concursos de dibujo con temas variados. En esta ocasión felicitamos a Nayiahris Del Rosario Sáez, quien con el tema de *El amor de mi familia* es la responsable de la portada.

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



Mensaje de la Presidenta

Reciban un cordial saludo y mi deseo de que usted y su familia estén disfrutando de excelente salud. En esta oportunidad, quisiera compartir con ustedes una información muy importante acerca de la VACUNACIÓN. Cuando nuestros niños son bien pequeños, es usual visitar al pediatra frecuentemente. Esas visitas regulares llamadas "de rutina" coinciden con los meses en que los niños se vacunan y su pediatra les orienta, los vacuna o los refiere a algún centro de vacunación. Una vez en edad escolar, las visitas de rutina al pediatra son una vez al año. Si el niño no se enferma y no visita al pediatra anualmente, podemos olvidar mantener las vacunas al día.

Afortunadamente, la escuela, por reglamentación del Departamento de Salud de Puerto Rico, pide el documento de las vacunas y es ahí cuando en algunas ocasiones nos percatamos de que al niño o adolescente le faltan vacunas o dosis de las mismas. Por lo general, los niños de Puerto Rico, completan sus vacunas según estipula la Academia Americana de Pediatría y el *Center for Disease Control* (CDC). Otras organizaciones mundiales de la salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomiendan un itinerario de vacunación muy similar pero atemperado a la situación de cada país o región, ya que hay infecciones que existen en algunas partes del mundo y en otras no. La pandemia causada por COVID-19, ha retrasado el regreso a la escuela y por ende, ese otro mecanismo de recordarle a los padres el estado de inmunización de sus hijos. Sabemos que a nivel mundial, se han atrasado las vacunas por causa de la pandemia. Los profesionales de la salud estamos preocupados ya que podríamos comenzar a ver infecciones que se han mantenido controladas gracias a las vacunas. En general, se recomienda vacuna(s) en el recién nacido, a los 2,4,6,12, 15-18 meses, a los 4, 11 y 16 años. Estas vacunas protegen contra polio, tosferina, tétano, difteria, hepatitis B, hepatitis A, rotavirus, Haemophilus influenza B, pneumococo, sarampión alemán, sarampión común, paperas, varicela, meningococo , virus de papiloma humano e influenza. La vacuna de influenza se recomienda anualmente a partir de los 6 meses de edad y la vacuna contra el virus de papiloma humano require 2 dosis comenzando a los 11años ó 3 dosis si se comienza en o después de los 15 años. Todas las infecciones causadas por estas enfermedades tienen el potencial de ser mortales, dejar al paciente con secuelas o cáncer. Es importante señalar que las vacunas contra influenza, meningococo B y hepatitis A no son requeridas para poder asistir a la escuela pero sí son recomendadas por los pediatras. Las vacunas son seguras y no existe evidencia científica de que causen autismo.

Les exhorto a que continúen sus visitas al pediatra, revisen que los infantes, niños y adolescentes estén vacunados correctamente y pongan en sus calendarios las fechas en que le corresponden las próximas dosis.
Las vacunas han probado ser el mecanismo más efectivo en controlar y hasta desaparecer infecciones serias. No dejes pasar esta oportunidad de vida y salud.

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

Revista Mi Pediatra
SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA
Edición 26 / Otoño 2020















CONTENIDO

06 / Cuidando la salud oral en tiempo de pandemia

10 / La primera visita al pediatra

13 / Mami ven ¡Hay un monstruo en mi cuarto!

16 / Hematuria y Proteinuria

20 / Huracanes, terremotos y pandemia: estrés post-traumático en niños y adolescentes

23 / El neonato con fiebre ¿Me debo preocupar?

27 / ¿Cómo saber si mi hijo está listo para dejar los pañales?

29 / Preparándome para la lactancia en momentos de crisis

32 / ¡Eso a la boca no! Niños curiosos y objetos extraños

34 / La mirada de un pediatra: efectos de la educación a distancia en nuestros niños y adolescentes

37 / Menstuaciones dolorosas en la paciente adolescente

40 / Dengue: fiebre "rompehuesos"

42 / ¿Qué es un nacimiento prematuro?

45 / HPV y Covid: El futuro está en la vacunación

46 / ¿Qué es la rinitis y cómo evitarla?

48 / ¿Debo o no circuncidar a mi hijo?

50 / Asma bronquial

52 / La música como antídoto para la incertidumbre

54 / Vómitos en el bebé

57 / Leucemia en los niños

59 / Neuromaternidad para la relación mamá-infante con bebé prematuro en una pandemia

61 / Mi bebé tiene unos brincos raros

64 / Dolor testicular

66 / Drogas sintéticas

JUNTA EDITORA DE LA REVISTA

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

JUNTA DE LA SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA

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

VENTAS

Diana M. Benítez
Franchesca Rengel

DISEÑO GRÁFICO

Aysha M. Berrios



Cuidando la salud oral en tiempo de pandemia



Por: Rosana Hanke Herrero DMD, MSD
Fellow ABPD

Todos hemos pasado por momentos difíciles durante estos tiempos de pandemia, pero es importante no descuidar nuestra salud general, en particular la salud oral de nuestros niños. Retrasar su cuidado puede llevarlos a enfrentar problemas como dolor, infección, entre otros.

Las caries dentales son 5 veces más frecuentes que el asma.

Por tal razón debemos de ser más activos y comprometidos con la salud oral de nuestros niños.

Al estar en la casa durante la pandemia hemos visto lo fácil que es perder la rutina diaria. La incertidumbre de no poder realizar planes concretos nos puede dificultar un poco la planificación diaria pero debemos mantener las rutinas de los niños previo a la pandemia. Esto incluye, por ejemplo, hacer tres comidas y meriendas balanceadas, bañarse y cepillarse los dientes. Esto es importante para mantener la salud y fortaleza del sistema de defensa (inmunológico) al día.

Las recomendaciones son:

Pasta dental - cepillarse mínimo dos veces al día con una pasta con fluoruro.



Para los niños menores de 2 años la cantidad de pasta es del tamaño de un grano de arroz.



De 2 a 6 años debemos utilizar pasta del tamaño de un guisante, principalmente si el niño no sabe escupir.

Enjuagues bucales - Estos NO deben de ser utilizados en niños que no sepan escupir.



Para los niños que sepan escupir deben utilizar un enjuagador que contenga fluoruro para ayudar en la protección contra las caries.

Visitas al dentista - Ir al dentista cada 6 meses.
En algunos casos donde el cepillado en la casa no es efectivo o el niño presenta alguna dificultad motora o de salud, se recomiendan visitas más frecuentes.

La recomendación de la Académica Americana de Odontopediatría (AAPD) y la Academia Americana de Pediatría (AAP) es que los niños visiten al dentista por primera vez antes del año de edad.



Los niños particularmente no se quejan mucho de molestia o dolor en la boca.
Lo que más hemos observado es que, cuando el niño se queja, ya la situación es bastante grave. Esto puede alterar el comportamiento del niño en la visita dental. **Por tal razón, las visitas de rutina son tan importantes.** Es en ese momento donde su dentista pediátrico puede reconocer a tiempo algún problema que tenga su niño.



La realidad es que nuestro principal enfoque como **dentista pediátrico es educar** y evitar los problemas a tiempo, creando una relación sana y de confianza desde sus primeros días de vida. Así que no espere tener un problema y enséñele a su niño la importancia de mantener una excelente salud oral.

¡PREVENCIÓN ES LA CLAVE!

RETOS DURANTE LA PANDEMIA

Lo que más estamos observando es que las preocupaciones y situaciones de nosotros los adultos se han reflejado en nuestros niños, descuidando así la rutina diaria de éstos. ¡Asi es, es nuestra culpa! Principalmente en los niños mayores donde hemos visto como la tecnología se ha apoderado de las casas y de los horarios de sueño de toda la familia. Así que nunca es tarde para volver a nuestras rutinas de cepillarse en la mañana y antes de acostarse además de mantener esas horas de sueño tan importantes.

Mantener la rutina diaria de cepillarse es la principal herramienta contra las caries, previniendo la aparición de éstas. Como parte de esa prevención las visitas al dentista se hacen al dentista pediátrico mínimo 2 veces al año.



No solo las rutinas de las familias han sido alteradas, sino que estamos conscientes de que la pandemia ha interrumpido la rutina de nuestras oficinas también. Le sugerimos que usted vuelva a llamar a la oficina de su dentista y si no lo consigues, trata de **buscarlo en las redes sociales o contáctanos a dentistaspediatricospuertorico@gmail.com** y con mucho gusto le daremos alternativas.



Toda la comunidad dental ha estado buscando diferentes alternativas para encontrar cuál es la mejor y más segura manera de volver a nuestra vida diaria.

En la historia de las oficinas dentales siempre hemos seguido protocolos de control de infecciones y transmisión de enfermedades muy rigurosos. Siguiendo esa línea, hemos aumentado el nivel de protección de transmisión invirtiendo en equipos adicionales, equipo de protección personal más completos, protocolos de desinfección y máquinas adicionales.

Siéntase confiado en preguntar a su dentista cual es la mejor manera de atender a su niño de acuerdo con su edad y comportamiento.



Una de las alternativas que ha surgido es la **teleodontología** o teleconsulta (“teledentistry”) donde usted puede consultar a su dentista desde su hogar. De ser necesario visitar la oficina, el dentista le hará sus recomendaciones.

La teleodontologia ha sido muy útil en los casos de trauma, dolor agudo y evaluaciones preliminares.

Para las mamás lactantes, sepa que si usted tiene dificultad para lactar, su dentista pediátrico le pudiera ayudar a descartar si su bebé tiene alguna limitación como freno lingual restrictivo (frenillo).

La teleodontología pudiera ser una alternativa inicial para una preevaluación de su preocupación.

No podemos dejar de mencionar los accidentes en la casa.
El estar en la casa no ha eliminado los traumas dentales, ya que seguimos recibiéndolos.

Los más chiquitos necesitan supervisión, aunque sea dentro de la casa o en su patio. Identifique áreas que puedan ser resbalosas o estén mojadas en la casa, mesas filosas cerca del área de juego, juguetes o juegos que no sean adecuados para su edad, escaleras cercanas al área de juego, cables eléctricos descubiertos o accesibles.

Es importante que cualquier trauma dental sea evaluado por un dentista pediátrico. Los traumas pueden tener secuelas a largo plazo que quizás usted no lo vea ahora, pero su dentista lo puede orientar.

En la mayoría de los casos de trauma, una radiografía dental del área es recomendada. Trauma en el área de la boca, normalmente causa mucho estrés y es percibido por los padres como una situación en la que hay mucho sangrado.

Identifique el área de sangrado, puedes lavar con agua solamente y presione por 5-10 minutos. Estas medidas deben ayudar a detener el sangrado.

¡LOS ESPERAMOS PARA SEGUIR PREVINIENDO Y CON NUESTRA NUEVA REALIDAD!

ROSANA HANKE HERRERO DMD, MSD
FELLOW ABPD
TEL. 787-753-1405 / 753-1475
FACEBOOK: DRA. ROSANA HANKE

Referencia
Dormir es Salud - https://www.asppr.net/post/dormir-es-salud #campañaeducativa #dormiressalud #rem #campaña

4 pasos para tener una sonrisa sana y brillante



Colgate®

Cepíllate después de cada comida

La primera visita al pediatra: ¿Por qué es importante?

Por: Johanna Betances MD FAAP
Pediatra General



La primera visita al pediatra es el primer encuentro del nuevo integrante de la familia con el médico que cuidará su salud por los primeros 18 a 21 años de su vida.
Es un momento muy importante tanto para la familia como para el pediatra, pues además de conocerse, pudieran realizarse diferentes intervenciones con el fin de promover la salud y el buen cuidado de ese bebé tan esperado.

¿Qué debemos esperar de esa primera visita?

En esta primera visita, el pediatra evalúa el historial médico del bebé, realiza un examen físico completo y se provee educación sobre preocupaciones de los padres, así como ofrecer otros consejos para el cuidado rutinario de ese recién nacido.

¿Cuándo debemos visitar al pediatra por primera vez?

Esta visita generalmente debe realizarse entre las primeras 48 a 72 horas luego de haberse ido de alta del hospital; es decir, entre el tercer y quinto día de vida. Debe ser en ese momento para evaluar diferentes aspectos como lo son el estado general del bebé, patrones de alimentación del bebé y su color de piel, ya que el bebé pudiera estar a riesgo de deshidratación y de ictericia.

La ictericia es el color amarillento en la piel del bebé por niveles altos de bilirrubina. La bilirrubina pudiera elevarse y estar en niveles más altos entre el 3er y 5to día de vida y pudiera afectarse por la pobre alimentación del bebé, por lo que es importante esa evaluación clínica temprana. Además, la visita es una excelente oportunidad para aclarar dudas que pueden surgir.

Historial médico

El historial médico del bebé incluye información sobre el cuidado durante el embarazo, parto y período post parto. En el hospital se le realizan unas pruebas de cernimiento que incluyen la prueba de audición, prueba de enfermedades metabólicas y cernimiento de enfermedades cardíacas congénitas. La información sobre estos cuidados debe estar incluida en los papeles del alta del hospital, por lo que es importante llevarlos al pediatra para su evaluación y para dar seguimiento de ser necesario. El historial familiar también pudiera presentar información relevante, por lo que es necesario repasarlo.

Finalmente, el pediatra repasa el cuidado del bebé en el hogar en estos primeros días de vida, en particular acerca de su patrón de alimentación, patrones de eliminación (orinas y evacuaciones) y comportamiento. La Academia Americana de Pediatría recomienda amamantar exclusivamente hasta los seis meses de edad, y continuar haciéndolo después de introducir alimentos sólidos por lo menos durante el primer año de vida o más, mientras sea mutuamente deseado por la madre y el bebé.

Es por esto que desde el primer encuentro con su pediatra, se orienta a la familia sobre los beneficios de la leche materna tanto para el bebé como para la madre; se ofrece ayuda con el enlace y posicionamiento del bebé al pecho y se asiste para lograr una lactancia exitosa. En caso de requerir uso de leche de fórmula, también se evalúa la preparación, administración, la tolerancia del bebé a la misma.

La frecuencia y apariencia de las orinas y evacuaciones también ofrecen información de cómo se está alimentando el bebé.



Examen Físico

El pediatra examina las medidas del peso, largo y circunferencia de la cabeza del bebé. Esto permite evaluar su progreso en ganancia de peso y crecimiento. Un bebé recién nacido puede perder hasta un 7-10% de su peso de nacimiento durante la primera semana de vida. Una pérdida mayor de esto en la primera semana de vida, podría sugerir una pobre alimentación. Se espera que para la segunda semana de vida, el bebé haya regresado al menos a su peso de nacimiento.

Además, se realiza una evaluación del físico de su bebé desde la cabeza hasta los pies para detectar temprano ictericia, lesiones en la piel, lesiones en la cabeza, malformaciones, soplos cardiacos, y/o lesiones causados por trabajo de parto, entre otros signos. También el pediatra observa y muestra a los nuevos padres hallazgos normales esperados en un recién nacido que pudieran causar preocupación como lo son las manchas oscuras (mongolian spots, el eritema tóxico, milia y algunos tipos de hemangiomas.

Algunos hallazgos que podemos encontrar en el recién nacido

+ Mongolian spots



Figure 8-87 Mongolian spot. A typical slate-gray lesion is located over the lumbosacral area of this African-American infant.

+ Eritema tóxico



Figure 8-88 Erythema toxicum neonatorum. Numerous yellow papules and pustules are surrounded by large, intensely erythematous rings on the trunk of this infant.

+ Milia

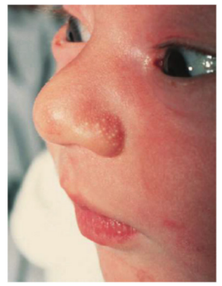


Figure 8-90 Sebaceous gland hyperplasia. Note the yellowish-white papules on the nose of this infant.

Un bebé recién nacido puede perder hasta un 7-10% de su peso de nacimiento durante la primera semana de vida.

Preocupaciones y Consejos para cuidado del bebé

Durante la visita se van discutiendo las diferentes dudas y preocupaciones de los padres. Además se ofrece orientación acerca de cuidados como: medidas de seguridad en el hogar; dormir seguro; uso y ajuste del asiento protector; depresión postparto; vacunación al tiempo recomendado; higiene oral; lectura para el neurodesarrollo y situaciones de emergencia o signos de enfermedad, entre otros tópicos. Se discute además, la importancia de las próximas visitas de mantenimiento de salud para que se tenga un cuidado y monitoreo continuo de la salud y crecimiento del bebé, tal y como lo recomienda la Academia Americana de Pediatría.



Señales de alerta para pronta evaluación médica en recién nacido

- abdomen distendido
- fiebre (temperatura rectal mayor de 38°C o 100°F)
- color de piel azuloso o dificultad respiratoria
- irritabilidad o llanto excesivo difícil de consolar
- bebé con pobre ingesta o pobre actividad
- vómitos

Consejos para la primera visita

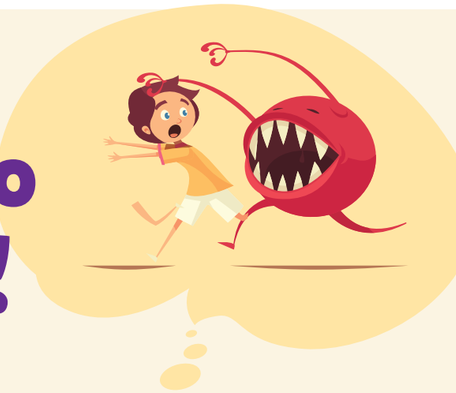
- **Lleva tus anotaciones de dudas y preguntas para el pediatra**
- **Lleva papeles del resumen del período de nacimiento y post-parto**
- **Repasa historial médico familiar**



La primera visita al pediatra en la primera semana de vida es sumamente importante para evaluar que la transición del bebé al mundo fuera del vientre materno se esté dando adecuadamente, y que tanto como bebé, mamá y familia completa estén bien y se aclaren sus preocupaciones.

Referencias
- https://www.healthychildren.org/
- Breastfeeding and the Use of Human Milk Pediatrics Mar 2012, 129 (3) e827-e841; https://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/e827.full#content-block
- Bright Futures Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents https://brightfutures.aap.org/Bright%20Futures%20Documents/BF4_InfancyVisits.pdf
- Zitelli and Davis' Atlas of Pediatric Physical Diagnosis (2012) Sixth edition. Elsevier Sauders.
- Shelov, S. Caring for your baby and young child: Birth to age 5 (2014) Bantam Books

MAMI VEN ¡Hay un monstruo en mi cuarto!



Pesadillas y Terrores Nocturnos



Por: Belinda Beauchamp MD FAAP
Catedrática
Departamento de Pediatría
Escuela de Medicina RCM

Para los padres de niños en edad prescolar y escolar no hay cosa más aterradora que el que sus niños despierten en la noche con un grito desgarrador. En unos instantes pueden pasar por su mente miles de cosas y corren despavoridos al cuarto de su hijo y ahí está el niño, sudoroso, temblando y atemorizado. Cuando esto ocurre es importante que los padres entiendan lo que está sucediendo. Dos de las posibles causas de esto, y de las más comunes, son los terrores nocturnos y las pesadillas.

¿Qué son los terrores nocturnos?

Los terrores nocturnos son un desorden del sueño en el cual el niño parece despertar súbitamente en un estado aterrorizado. El niño luce en pánico intenso, grita descontroladamente y parece estar despierto, pero está confundido y no se puede comunicar. Este desorden del sueño ocurre durante las etapas más profundas del sueño las cuales suelen ser temprano en la noche, a menudo antes de que los padres estén acostados. Aunque los terrores nocturnos pueden ser alarmantes para los padres que los presencian, no suelen ser motivo de preocupación o una señal de un problema médico más profundo.

Los terrores nocturnos suelen ocurrir en niños pre- escolares y escolares mayormente entre las edades de 4-12 años y suelen ser más común en varones. Durante el terror nocturno su niño puede presentar palpitaciones, respiraciones rápidas y náuseas y por lo general, grita y está sudoroso. Eso puede durar entre uno a diez minutos, pero en algunos casos pueden durar más tiempo. Aunque el niño parece estar despierto en realidad no es así y se encuentra desorientado y confundido.

El terror nocturno causa mucha ansiedad a los padres del niño ya que éste puede exhibir una conducta violenta al despertar y hasta podría hacerse daño. Es importante mencionar que luego de esto el niño puede quedarse dormido fácil y rápidamente.

Algo importante, y una de las principales diferencias entre el terror nocturno y las pesadillas es que al día siguiente el niño no se acuerda de nada. Se ha identificado cierto patrón genético en los terrores nocturnos ya que al hacer un historial médico cuidadoso se encuentra que alguno de los padres ha tenido este mismo historial durante la niñez. Es importante recalcar que el terror nocturno, tal como lo conocemos, ocurre mayormente durante la niñez y solo 1-2% de los adultos podrían presentarlo.



¿Qué son las pesadillas?

Las pesadillas son otro desorden del sueño y son relativamente comunes durante la infancia. Se pueden definir como sueños aterradores que a menudo suceden durante la segunda mitad de la noche. Las pesadillas ocurren en niños un poco más pequeños, entre 3-6 años, y pueden continuar hasta la edad adulta en un porciento mayor que los terrores nocturnos. Los niños pueden despertarse llorando o sintiendo miedo, pero no lucen tan asustados como en el terror nocturno. A diferencia de los terrores nocturnos, los niños son fácilmente consolables por sus padres, pero pueden tener problemas para lograr quedarse dormidos nuevamente. Otra de las diferencias más importantes es que cuando un niño tiene una pesadilla, al siguiente día puede recordarlo todo.

Otra diferencia es que las pesadillas son un poco más frecuentes en niñas que en varones. Es importante recalcar que las pesadillas pueden representar un reto al bienestar emocional de los niños ya que pueden alterar los patrones del sueño e interferir con el descanso al dormir. Otro punto importante es que hay estudios que han relacionado las pesadillas frecuentes con niños que han sufrido o están siendo acosados (bullying).

¿Cómo puedes ayudar a tu hijo?

1. Tanto en el caso del terror nocturno o de una pesadilla el padre debe ir a la habitación de su hijo lo más rápido posible.

2. Manténgase calmado y tranquilo. Los terrores nocturnos asustan más a los padres que a los niños y esto es así porque el niño luce extremadamente perturbado cuando le sucede esto, pero la realidad es que al día siguiente no recuerda nada. Además, sabemos que, a largo plazo, no hay ningún efecto negativo en el desarrollo del niño y tampoco hay necesidad de hacer otras evaluaciones o referidos a profesionales de la salud como psiquiatras o psicólogos. Lo más importante es que usted mantenga la calma durante el episodio y no intente despertar al niño. Asegúrese de que el niño no se haga daño e intente que se mantenga en la cama ya que es probable que se vuelva a dormir rápidamente.

3. En el caso de las pesadillas, donde el niño recordará lo que sucedió al día siguiente, explíquele que eso solo fue un mal sueño, que ahora él está despierto y que nada de eso ocurrió en la realidad. Déjele saber que usted entiende que se siente asustado. Consuele, tranquilice y abrace a su hijo.

4. Coloque una pequeña luz en el cuarto si esto hace que el niño se sienta más tranquilo.

5. Establezca una rutina simple para la hora de dormir y asegúrese que su niño duerme lo suficiente de acuerdo con su edad.

6. No permita el uso de aparatos electrónicos tales como tabletas o teléfonos celulares cercano a la hora de dormir. Tampoco fomente que el niño tenga un televisor en su cuarto ni que vea programas de televisión que pueda asustarlos. El uso de aparatos electrónicos a la hora de dormir puede dar el mensaje que la cama es para jugar y no para dormir. Es importante que los niños no usen aparatos electrónicos 1-2 horas antes de la hora de dormir y no usarlos en los dormitorios.

	TERROR NOCTURNO	PESADILLAS
Caundo ocurren	Temprano en la noche	Tarde en la noche
Duración	1-10 minutos	3-20 minutos
Edad	4-12 años	3-6 años
Memoria del evento	NO	SI
Despierta	NO	SI
Género	Mas común en varones	Mas común en niñas
Historial familiar	SI	NO

Recomendaciones

Es importante tratar de identificar algún factor que pueda estar causando los problemas de sueño en los niños. En ocasiones estos problemas pueden estar relacionados a factores que podemos controlar como lo son, hábitos irregulares al dormir, ansiedad de irse a la cama y el uso frecuente de aparatos electrónicos antes de acostarse. Es importante que los padres establezcan rutinas consistentes a la hora de dormir de manera que se minimicen estos problemas durante el sueño.



¿Cuándo buscar ayudar?

Afortunadamente, la gran mayoría de los niños supera los problemas comunes del dormir y tanto las pesadillas como los terrores nocturnos rara vez tienen efectos psicológicos duraderos en los niños. Sin embargo, si estos episodios ocurren varias veces por noche, o todas las noches por varias semanas, o interfieren con el comportamiento del niño durante el día, los padres deben consultar al pediatra del niño quien evaluará si es necesario la ayuda de un psiquiatra de niños y adolescentes.

Referencias:
1. Kliegman, R. M., Stanton, B. M., Geme, J. S., Schor, N. F. (042015). Nelson Textbook of Pediatrics, 20th Edition [VitalSource Bookshelf version]. Retrieved from vbk://9781455775668
2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry - aacap.org

ANTE LO QUE VENGA,
LA MEJOR NUTRICIÓN



Diseñado con vitaminas y minerales adecuados para cada etapa de crecimiento de los niños. Así crecen saludables sin importar lo que traiga el día.

Tu amor. Su futuro.™

Nestlé
Good Food, Good Life

HEMATURIA Y PROTEINURIA: Cuando la orina tiene sangre o espuma

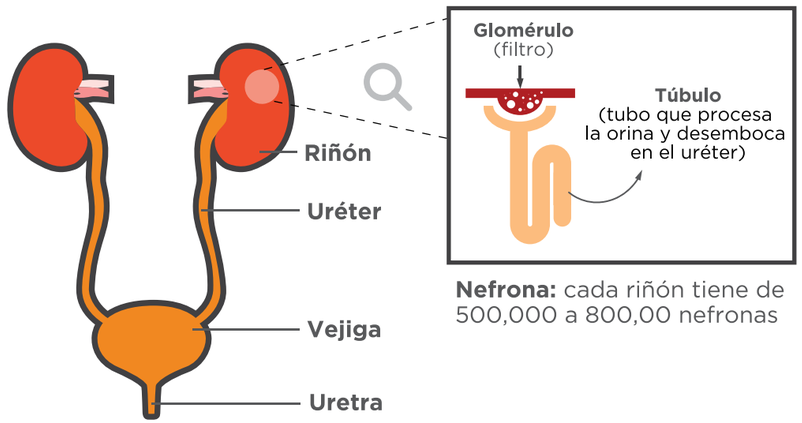




Por: Nilka De Jesús MD
Nefróloga pediátrica
Depto de Pediatría
Escuela de Medicina UPR & Unidad de Transplante Renal Hospital Auxilio Mutuo

¿Qué es sistema urinario?

- **Riñón:** filtra la sangre, remueve las impurezas del cuerpo y el agua de la sangre en forma de orina.
- **Uréter:** tubo que conecta el riñón y la vejiga.
- **Vejiga:** órgano que almacena la orina.
- **Uretra:** tubo por donde la orina sale del cuerpo.



Nefrona: cada riñón tiene de 500,000 a 800,00 nefronas

Definiciones de términos médicos:

Hematuria:
sangre (células rojas) en la orina.

Proteinuria:
proteína en la orina.

La hematuria y la proteinuria en niños, ¿son comunes?

Hematuria:
5 de cada 100 niños tiene hematuria en algún momento de su vida.

Proteinuria:
10 de cada 100 niños tiene proteinuria en algún momento de su vida.

¿Cómo se ve la sangre en la orina?



Hematuria gruesa: cuando se observa que la orina está color rosada, roja, marrón o color té.



Hematuria microscópica: cuando no se observa sangre en la orina, pero se identifica en una prueba de orina.

Cuando la orina es roja o marrón, pero no tiene sangre...

En ocasiones, la orina se torna roja o marrón por cosas que no son sangre como:

Alimentos (remolacha y algunos colorantes alimentarios)
Medicinas (rifampin)

otras sustancias en la orina

Cristales de urato - en la orina de los bebés
Mioglobina - resulta del rompimiento de músculo por ejercicio excesivo

En este caso, cuando se hace la prueba de orina, ésta sale negativa para sangre.

¿Cuáles son las causas de sangre en la orina en los niños?

La sangre en la orina, usualmente, es transitoria (benigna) y no se debe a una condición médica seria.

La sangre en la orina puede ser un hallazgo de problemas serios en el riñón.

Transitoria (fiebre, ejercicio)

Infección en los riñones (pielonefritis) **o la vejiga** (cistitis)

Alta cantidad de calcio en la orina (hipercalciuria)

Piedras en los riñones o la vejiga (nefrolitiasis/urolitiasis)

Daño en el filtro del riñón como resultados de enfermedades heredadas o enfermedades del sistema inmunológico (glomerulonefritis)

Trauma en el sistema urinario

Tumores en los riñones o la vejiga (raro en los niños)

Espuma en la orina, ¿qué significa?



Con frecuencia, observamos burbujas en la orina. Si se disuelven rápidamente, no indica ningún problema.

Si se produce una capa gruesa de espuma en la orina, parecida a la que se forma cuando se mezcla mucho jabón con agua, entonces puede ser indicativo de que haya mucha proteína en la orina.

Si observa una capa gruesa de espuma en la orina, es bien probable que tenga una enfermedad del riñón.

¿Por qué puede haber proteína en la orina?

La proteína en la orina usualmente se detecta cuando se hace una prueba de orina.

La proteína en la orina en los niños, usualmente, es transitoria (benigna) y no se debe a una condición médica seria.

La proteína en la orina puede ser un hallazgo de problemas serios en el riñón.

¿Cuáles son las causas de proteína en la orina en los niños?

BENIGNAS

Transitoria (fiebre, ejercicio, estrés, convulsiones)

Postural (ortostática) – detección de proteína cuando la muestra de orina se le toma al paciente parado; la proteína desaparece cuando la muestra de orina se le toma después de un descanso en la cama por un tiempo prolongado. Esta es una causa benigna de proteína en la orina; no es una enfermedad.

ENFERMEDADES

Daño en el filtro del riñón como resultados de enfermedades heredadas o enfermedades del sistema inmunológico (glomerulonefritis y síndrome nefrótico)

Daño crónico al riñón por anomalías de los riñones y el sistema urinario al nacer.

Diabetes mellitus

Presión alta (hipertensión)

¿Debo llevar a mi hijo al pediatra si tiene sangre o espuma en la orina?

Su pediatra lo referirá un médico que se especializa en tratar problemas de los riñones en niños (nefrólogo pediátrico) **si su hijo tiene:**



SI

Sangre o proteína en la orina que persiste en muestras de laboratorio repetidas.

Presión alta.

Alteraciones en la prueba de función del riñón.

Piedras en las vías urinarias.

Infecciones recurrentes en las vías urinarias.

Anomalías en las vías urinarias.

Historia de familiares con enfermedades de los riñones.

¿Qué información de salud es importante conocer de la familia de mi hijo cuando lo evalúan por sangre o proteína en la orina?

Historial de algún familiar (cercano o lejano) con:

- ☐ Sangre en la orina
- ☐ Proteína en la orina
- ☐ Infecciones frecuentes en los riñones
- ☐ Piedras en los riñones
- ☐ Quistes en los riñones
- ☐ Presión alta
- ☐ Función de riñón baja (fallo renal)
- ☐ Diálisis
- ☐ Trasplante de riñón
- ☐ Sordera

Hay condiciones de los riñones que se heredan.

Signos de Alerta: Hematuria y Proteinuria



- **Hematuria:** Vómitos, dolor en el costado, dolor de cabeza severo.



- **Proteinuria:** Dificultad respiratoria, presión alta, hinchazón.

Si la Hematuria o Proteinuria están acompañadas de uno de estos síntomas, debe buscar ayuda médica dentro de 24 horas.

Si se encuentra sangre o proteína en la orina, ¿hay que hacer otras pruebas?

Su médico decidirá qué pruebas hacer, según los síntomas y la historia de su hijo.

Usualmente, el primer paso es repetir la prueba de orina para corroborar que la proteína o sangre persisten en la orina.

Pruebas adicionales pueden incluir: pruebas de sangre, pruebas de orina, sonograma de riñón, biopsia de riñón, tomografía (CT) abdominopélvica.

¿Cómo obtener una muestra de orina correctamente para evaluar por proteína?

Se debe obtener una muestra de la primera orina de la mañana.

Para esto, se debe hacer los siguiente:
ir al laboratorio días antes de tomar la muestra, para buscar un vaso de orina.
el día que se vaya a tomar la muestra, tan pronto se levante el niño de la cama, debe orinar en el vaso. esta muestra debe ser llevada lo antes posible al laboratorio.

La muestra de orina no debe ser tomada si el niño está enfermo o si hizo ejercicio vigoroso.

Un niño con sangre o proteína en la orina, ¿debe recibir tratamiento?

La mayoría de las veces, la sangre y la proteína en la orina aparecen y desaparecen, sin necesitar tratamiento. Sin embargo, cuando hay una condición médica que esté causando sangre o proteína en la orina, el tratamiento dependerá de la condición que lo esté causando.



Comprometidos con salvar y mejorar vidas

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

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

HURACANES, TERREMOTOS Y PANDEMIA:

estrés post-traumático en niños y adolescentes



Por: Gabriel Hernández Beauchamp, MD
Psiquiatra de Niños y Adolescentes
San Jorge Children & Women's Hospital



Los desastres como los terremotos, huracanes, pandemias globales y actos violentos pueden resultar en experiencias aterradoras tanto para los niños como para los adultos. Hablar sobre estos eventos con los niños puede ayudar a disminuir el miedo que éstos pueden causar. Es muy importante que se les hable de esas emergencias en palabras que puedan entender y de igual forma, de una manera que no los abrumemos.

Varios factores pueden afectar como los niños van a responder a los desastres. La manera en que los niños ven e interpretan la reacción de sus padres es muy importante. Los niños y los adolescentes van a desarrollar sus destrezas de acoplamiento de muchas formas, una de las más importantes es por modelaje. Se dan cuenta de cómo los padres se preocupan y se vuelven más sensitivos a esto durante momentos de crisis. Es importante que los padres le admitan a los niños que están preocupados y a la misma vez le muestren las destrezas y herramientas que usan para enfrentarse a la crisis. La severidad y magnitud de un evento también va a influenciar cómo reaccionan los menores, particularmente si algún familiar o amigo fallece, si la casa o la escuela sufren daños y cualquier situación que altere la rutina y el diario vivir de los menores.

Durante una emergencia de salud pública, como lo es la pandemia por el coronavirus, se puede tornar sumamente difícil el comunicarse y manejar el estrés de los niños en el hogar.

La edad del niño es otro factor que afecta la forma de reaccionar ante una crisis o un desastre.

Por ejemplo, una reacción en un niño de 7 años podría ser el no querer ir a la escuela. En cambio, un adolescente pudiese demostrar desinterés o falta de preocupación ante el evento, más podría tornarse irritable y discutir frecuentemente con sus padres o encargados. También pudiese verse afectado su desempeño académico.

No hay una forma correcta o incorrecta de cómo hablar con los menores sobre emergencias como estas, sin embargo hay algunas recomendaciones que pueden ser útiles para los padres:

Es importante proveerles un espacio en el cual los niños se puedan sentir tranquilos haciendo sus preguntas y que éstas sean contestadas con honestidad, ya que esto pudiera afectar la confianza entre los menores y los cuidadores. Se deben utilizar palabras y conceptos que los niños puedan entender y explicarles de acuerdo a la edad y nivel de desarrollo. Los padres deben estar preparados para repetir la información y brindar explicaciones en múltiples ocasiones de ser necesario. Para los niños, la información puede ser difícil de aceptar o entender, por lo que hacer las mismas preguntas en múltiples ocasiones puede ayudarles a sentir seguridad. Se debe procurar hacerles sentir sin hacer promesas irreales. Los niños se les puede decir que están seguros en sus casas pero no seria adecuado prometerles que no van a ocurrir casos de la enfermedad en su comunidad.

Es importante recalcar que los niños y los adolescentes aprenden observando a sus padres y cuidadores y durante una pandemia.

Por tanto, van a estar muy interesados en ver cómo los padres procesan las noticias diarias y las conversaciones relacionadas con la emergencia. Los niños y adolescentes que han experimentando enfermedades serias o pérdidas en el pasado van a estar más vulnerables a noticias y reportajes relacionados a enfermedades o muertes. Estos menores pueden necesitar más apoyo y atención.

Después de desastres naturales y eventos traumáticos, los menores pueden desarrollar Trastorno de Estres Post-traumatico *(o "PTSD – Post Traumatic Stress Disorder")*, una serie de síntomas que pueden ser resultado de haber experimentado, haber sido testigo o haber participado de un evento traumático o aterrador, en el cual los menores pueden percibir que su seguridad o la de un ser querido pudiera estar en peligro.

Los niños con "PTSD" pudiesen desarrollar episodios repetitivos en los cuales vuelven a experimentar síntomas asociados al trauma del evento. Los niños tienden a revivir las experiencias traumáticas repitiéndolas durante el juego, o pudieran desarrollar pesadillas de monstruos o de situaciones donde se encuentran en peligro.

Es importante recalcar que estos síntomas raramente surgen al momento del evento traumático. Aunque algunos niños pueden comenzar con síntomas poco tiempo después del evento, los síntomas usualmente se manifiestan varios meses o hasta años más tarde.









Algunas señales de alerta en el comportamiento de los niños y adolescentes pudieran ser:

- Negarse a volver a la escuela y tornarse más apegado a padres o cuidadores (a veces actuando casi como una sombra del cuidador principal en el hogar)
- Miedo persistente relacionado al evento (como la separación permanente de sus padres).
- Cambios en el patrón del sueño (pesadillas, gritar dormido y orinar la cama, entre otros, que persisten por varios días después del evento)
- Asustarse fácilmente o estar nervioso.
- Quejas físicas (dolor de estómago, dolor de cabeza, mareos, entre otros) sin una explicación o causa física.
- Problemas de concentración y aumento de irritabilidad.
- Aislarse de su familia y/o amigos, tristeza, falta de interés o disminución en sus actividades diarias y preocupación con los eventos del desastre.
- Problemas del comportamiento. El niño, por ejemplo, pudiera portarse mal en la escuela o en la casa de una manera que no es típica para el niño.

Los menores con historial previo de condiciones de salud mental como depresión y ansiedad pueden estar más vulnerables a desarrollar recaídas y/o complicaciones, como el "PTSD".

La evaluación y tratamiento para los niños afectados por un desastre natural o una pandemia (especialmente si han presenciado destrucción, heridas o muerte) puede ayudar a prevenir o a minimizar los sintomas asociados al "PTSD".

Los padres o cuidadores que están preocupados por sus niños y perciben que los sintomas estan afectando el funcionamiento y el diario vivir del menor, pueden discutirlo con su pediatra para evaluar alternativas como referirlo a un profesional de la salud mental.

Referencias:
1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Helping Children After A Disaster aacap.org/App_Themes/AACAP/docs/facts_for_families/ 36_helping_children_after_a_disaster.pdf
2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1998; 37: 4S-26S
3. Brown, Adam & Laitner, Christina. (2014). Care of Children Exposed to the Traumatic Effects of Disaster, Jon A. Shaw, Zelde Espinel, James M. Shultz, American Psychiatric Publishing, Arlington, VA (2012). Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 53. 590-592.



EL NEONATO CON FIEBRE: ¿Nos debemos preocupar?



Por: Verónica Sepúlveda Ortiz, MD, FAAP
Emergencióloga Pediátrica
Hospital Pediátrico Universitario

A todos los niños les dará fiebre en algún momento.

La mayoría de los episodios de fiebre no indican nada grave porque la fiebre es una de las formas que tiene el cuerpo de combatir infecciones.

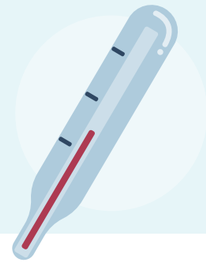
Pero cuando a su hijo le da fiebre, especialmente si es un neonato, es normal no estar seguro de qué hacer.



Los neonatos son particularmente más susceptibles a ciertas enfermedades ya que su sistema inmune todavía no está lo suficiente maduro para combatir las infecciones.

¿QUÉ ES LA FIEBRE?

Fiebre se define como una temperatura más alta de lo normal. Se cree que esto es una de las formas del cuerpo combatir las enfermedades.
Su niño tiene fiebre si su temperatura da 100.4 °F (38 °C) o más alta.



¿CÓMO TOMAR LA TEMPERATURA DE UN BEBÉ?

Siempre intente utilizar un termómetro digital para verificar la temperatura de su bebé. Estos son sencillos y dan resultados rápido. Los otros tipos de termómetros no son precisos en determinar la temperatura.

Es importante recordar que no podemos medir temperatura simplemente tocando la piel así que si su bebé se siente caliente o frío, verifique siempre con un termómetro. Esto permitirá tener una medida objetiva de la temperatura del cuerpo.

La Academia Americana de Pediatría recomienda tomar la temperatura rectal a los neonatos. Esto se hace poniendo a su bebé boca abajo en su falda o en una superficie estable. Pon la mano que queda más cerca a la cabeza del bebé en la espalda baja y separa las nalgas con su dedo pulgar e índice. Utilizando la otra mano, insertar el termómetro (con un poco de vaselina en la punta) alrededor de media pulgada en el ano del bebe. Aguanta el termómetro en sitio hasta que obtengas una lectura. Remueve el termómetro y anota la temperatura. Limpiar bien con agua y jabón o con alcohol.



Imágen obtenida de:
https://www.healthychildren.org/spanish/health-issues/conditions/fever/paginas/how-to-take-a-childs-temperature.aspx

¿CUÁLES SON LAS POSIBLES CAUSAS?

Es importante saber que la fiebre en sí no es una enfermedad sino un síntoma de otro problema y puede estar causada por varias cosas.

01 UNA INFECCIÓN:

la causa más común de fiebre es infección causada por distintas etiologías.

a. Infecciones virales: las causas más comunes de fiebre en los niños son las infecciones virales. La fiebre puede ser el único síntoma. Otros síntomas de infecciones virales pueden ser secreciones nasales, tos, diarreas o vómitos.

b. Infecciones bacterianas: las infecciones de orina son la causa más común de fiebre por bacteria en los neonatos. Otras infecciones serias incluyen la meningitis - una infección del líquido que cubre el cerebro o bacteria – una infección por bacteria del torrente sanguíneo.

c. Fiebre del recién nacido: la fiebre en los primeros 3 meses de edad (y especialmente en el primer mes) puede ser un problema serio y grave y el bebé debe de ser examinado por un médico lo antes posible. Las infecciones bacterianas y algunas infecciones virales a esta edad pueden empeorar muy rápido y necesitan tratamiento de inmediato.

02 SOBRECALENTAMIENTO/ EXCESO DE ROPA:

los recién nacidos no son capaces de regular tan bien su temperatura y por eso pueden tener fiebre si están demasiado abrigados o si están en un ambiente muy caluroso. Esta fiebre suele ser baja y se normaliza al cabo de unas horas después de estar en un sitio más fresco.

03 FIEBRE POR VACUNAS:

los bebés pudieran presentar fiebre después de las vacunas. La fiebre puede presentarse entre 12 y 48 horas después de la administración de las vacunas.

Obtenga atención medica INMEDIATAMENTE si su bebé tiene fiebre o si se comporta de una manera preocupante incluso aunque no tenga fiebre.

LO MÁS IMPORTANTE ES ACTUAR RÁPIDO.

¿A QUÉ DEBO DE ESTAR PENDIENTE?

En los bebés, las infecciones pueden causar síntomas no específicos.

Llama a tupediatra ó busca ayuda si tu bebé demuestra algunos de los siguientes síntomas:

- **Fiebre o temperatura baja (38 °F o 36.5 °C)**
- **Pobre chupado**
- **Signos de deshidratación (orina menos que de costumbre, está menos alerta o activo)**
- **Dificultad al respirar**
- **Hipoactividad o dificultad para despertarse**
- **Llanto constante o irritabilidad**
- **Salpullidos o cambios en coloración de la piel fuera de lo común**
- **Convulsiones**

EVALUACIÓN Y MANEJO

¿Qué cosas puedes esperar si tu bebé tiene fiebre? Todo bebé de 3 meses de edad o menos requiere evaluación médica, especialmente si tiene alguno de los signos antes mencionados.

Llame a su pediatra y provea la mayor cantidad de información posible. Detalles como cuándo comenzó la fiebre, cómo fue tomada, si se le ha dado algún medicamento o si ha estado expuesto a alguien enfermo son importantes.

De acuerdo con la edad, el historial y examen físico, el médico tomara la decisión de realizar otros estudios. A veces es necesario admitir a los bebes al hospital para medicamentos y líquidos intravenosos. Para esto puede ser necesario obtener muestras de sangre, de orina o de liquido cefalorraquídeo. Su médico también podría ordenar estudios radiográficos y otros laboratorios dependiendo de los síntomas.

¿Podemos prevenir las infecciones en los neonatos?

Algunas enfermedades pasan de la mamá al bebé ya sea antes o durante el parto. Si una mujer embarazada es diagnosticada con una infección, se pueden tomar medidas preventivas para disminuir el riesgo de infectar el bebé. Muchas veces esto requiere que la mamá tome medicamentos. Otras formas de prevención incluyen practicar buena higiene como el lavado de manos, seguir los calendarios de vacunación recomendados y hablar con su pediatra de las medidas que puede tomar para evitar infecciones.

También es importante tomar en consideración que estamos viviendo tiempos difíciles con la pandemia del COVID-19.

Debe consultar con su pediatra para decidir qué es lo mejor para su familia, pero en términos generales debemos limitar las visitas a las menos posibles y si es posible esperar al menos 6 semanas antes de permitir visitas y contactos ajenos al núcleo que vive en la casa. La visita debería de mantener distanciamiento social de al menos 6 pies y todos, excepto el recién nacido, deberían usar mascarillas.

Recuerden que para que el bebé se mantenga saludable, todos en el hogar deberán tomas las medidas recomendadas de prevención.

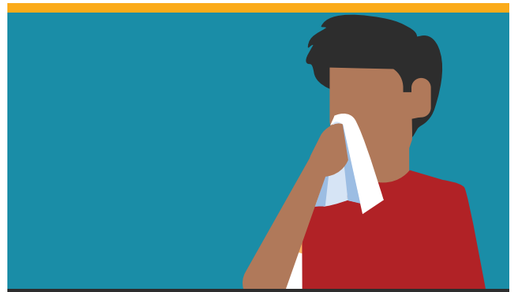


Detenga la propagación de gérmenes

Ayude a prevenir la transmisión de enfermedades respiratorias como el COVID-19.



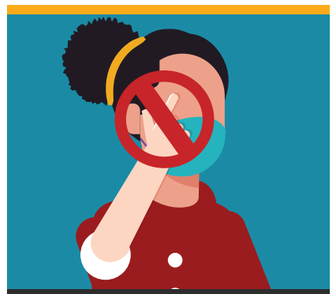
Mantenga al menos 6 pies (aproximadamente la longitud de 2 brazos) de distancia de otras personas.



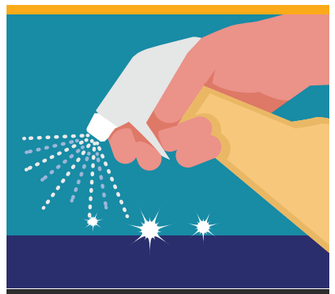
Cúbrase con un pañuelo desechable la nariz y la boca al toser o estornudar, luego bótelo en la basura y lávese las manos.



Cuando esté en un lugar público, use una cubierta de tela para la cara sobre su nariz y boca.



Evite tocarse los ojos, la nariz y la boca.



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



Quédese en casa cuando esté enfermo, excepto para recibir atención médica.



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

cdc.gov/coronavirus-es

316917AF May 27, 2020 3:16 PM

¿CÓMO SABER SI MI HIJO ESTÁ LISTO PARA DEJAR LOS PAÑALES?







Por: Ana García Puebla MD FAAP
Pediatra
Directora del Programa de Residencia
Departamento de Pediatría
Escuela de Medicina UPR

Una de las preguntas más comunes que recibimos como pediatras es: ¿cuándo mi hijo está listo para dejar los pañales?

Esto no tiene una contestación sencilla ya que cada niño o niña estará listo cuando llegue al nivel óptimo en su desarrollo. La edad promedio en la cual los niños comienzan a dejar los pañales es entre los 18 a 36 meses. La mayoría logra continencia urinaria cerca de los 36 meses. Muchos factores contribuyen a que un niño esté listo para comenzar el entrenamiento. Los aspectos más importantes que debemos evaluar son su desarrollo fisiológico, cognoscitivo y sicosocial.

Algunos comportamientos o destrezas que debemos poder observar en un niño que está listo para dejar sus pañales son los siguientes:

- Mantenerse seco por varias horas (alrededor de 2 horas corridas) o amanecer con el pañal seco en la mañana.
- El niño debe poder ambular, sentarse en una sillita de entrenamiento (“potty”), subir y bajar su ropa, seguir instrucciones básicas y comunicar la necesidad de ir al baño.
- Demostrar la habilidad para imitar comportamientos (ej. el hermano utiliza el inodoro y él también quiere utilizarlo).
- Desear utilizar el inodoro de manera independiente.
- Debe poder mantenerse quieto y sentado por el periodo necesario para orinar y defecar.



Luego de observar algunos de estos comportamientos en nuestro niño ya podemos prepararnos para comenzar el entrenamiento. No hay un método estandarizado y cada familia debe utilizar uno que se ajuste a la dinámica familiar y al temperamento del niño.



En las visitas de rutina con su pediatra a los 18 y 24 meses deben de comenzar a discutir un plan familiar de cómo llevar a cabo el entrenamiento para ir al baño.

Para lograr un entrenamiento completo debemos de asegurarnos de que el niño siga los siguientes pasos consistentemente:

sentarse en la sillita, limpiarse luego de terminar, bajar el inodoro, subir su ropa y lavarse las manos.

La Academia Americana de Pediatría aconseja algunas estrategias que nos pueden ayudar a lograr un entrenamiento exitoso:

• Escoger y utilizar las mismas palabras para referirse a la sillita de entrenamiento y al proceso de orinar y defecar para que el niño entienda y reconozca estas palabras. Esto lo ayudará a asociar las palabras con la acción que queremos lograr. Por ejemplo: Todo el mundo en la familia utilizará "Hacer pipí" para referirse a la acción de orinar.

• Cambiar los pañales frecuentemente con la meta de que el niño se acostumbre a estar seco y le incomode un pañal mojado.

• Escoger junto al niño una sillita de entrenamiento. Se recomienda utilizar una sillita que sea al nivel de altura del niño. Esta debe de colocarse siempre en el mismo lugar para rápido acceso.

• Comenzar sentándolo en la sillita con su ropa puesta a mirar libros o a jugar para que se familiarice con ella.

• Explicarles para qué se va a utilizar la silla a través de libros o videos.

• Hacer muchas prácticas durante el día y crear una rutina. Siempre se deben sentar en la sillita tan pronto se levanten en la mañana o luego de una siesta, luego de las comidas y antes de acostarse en la noche.

• Dejarlos observar a sus padres o hermanos mayores utilizar el inodoro para promover que ellos quieran hacerlo también e imiten el comportamiento.

• Utilizar pañales de entrenamiento ("pull-ups") los ayuda a practicar subir y bajar su ropa.

• Promover que nos comuniquen su deseo de ir al baño.

• Reconocer las señales de que el niño necesita ir al baño.

• Continuar utilizando pañales en las noches ya que la continencia nocturna tarda en adquirirse.

•Utilizar ropa cómoda y fácil de subir y bajar.

• Los varones deben comenzar aprendiendo a orinar sentados.

• Celebrar o premiar cuando logran hacerlo correctamente

• Evitar los regaños o castigos con los accidentes.

El proceso de entrenamiento puede demorar varios meses. Es común que los niños tengan accidentes durante el entrenamiento. Ellos pueden continuar experimentando accidentes hasta alrededor de los 5 años, en especial durante la noche.

Si se rehúsa a utilizar la sillita o no logra adquirir continencia luego de varios meses de entrenamiento, no deben de frustrarse ya que quizás aún no estaba maduro para lograrlo. Deben de tomar un descanso de varios meses y luego volver a intentarlo.

Si su niño es mayor de 4 años y nunca ha logrado dejar sus pañales o continúa teniendo accidentes luego de los 5-7 años de edad es importante que lo consulte con su pediatra para una evaluación médica.

El proceso de dejar los pañales es una meta importante tanto para los niños como para los padres. Al alcanzarla, nuestros niños ganarán independencia y confianza en ellos mismos.

Cada niño logrará adquirir esta destreza a su paso. Los padres deben de ser pacientes y reconocer que cada niño es diferente al momento de decidir comenzar a entrenarlos.

Referencias:
1. https://www.healthychildren.org/
2. https://www.aap.org/
3. Diane M. Howell, Karen Wysocki and Michael J. Steiner T. 2010. Toilet Training, Pediatrics in Review;31;262-263.

Preparándome para la lactancia en momentos de crisis



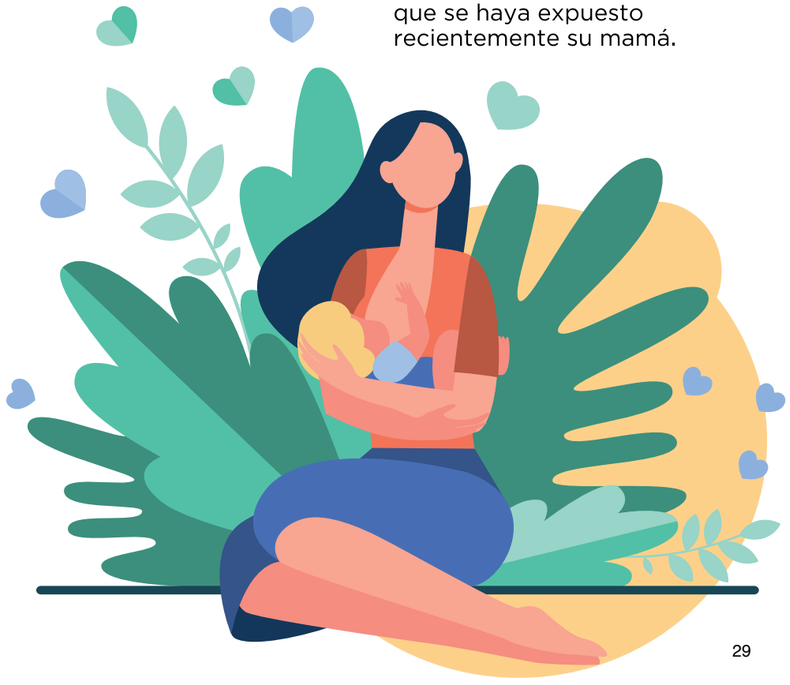
Por: Yvette Piovanetti, MD FAAP FABM
Pediatra

Por los últimos 30 años nos hemos encargado de llevar el siguiente mensaje: la mejor alimentación para todo infante es la leche humana, la cual le ofrece un óptimo desarrollo físico, mental y emocional.

Esto es debido a todas las ventajas nutricionales, inmunológicas que le ofrece al infante. Además es gratis. **La Dra. Ruth Lawrence (autora del libro de texto Breastfeeding for the Medical Profession)** nos visitó varios meses después que nos azotara el Huracán Hugo en 1989. En ese momento nos enfatizó que en tiempos de crisis o cuando hay enfermedad o pobreza, la leche materna sana a los bebés y en muchos casos éste es el mejor o el único regalo que la mamá le puede dar a su infante. El hecho es que la mejor leche está en el pecho.

Desde nuestra perspectiva, los pediatras protegemos, apoyamos y promovemos la lactancia como un dictamen de salud pública universal. Las organizaciones profesionales como la Academia Americana de Pediatría(AAP) y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) así lo reafirman. No existe el sustituto que brinde todos los beneficios que ofrece el amamantamiento.

En tiempos de crisis la leche humana salva vidas. Universalmente reconocemos la superioridad de la leche humana como alimento seguro para el infante. Es gratis, accesible, no necesita refrigeración ni transporte. Está hecha a la medida para el recién nacido que se integra a la nueva familia y le proveerá directamente los anticuerpos necesarios a las enfermedades que se haya expuesto recientemente su mamá.



Cuando se interrumpen los servicios básicos de agua y luz, la leche humana está siempre disponible.

La recomendación oficial es lactancia exclusiva por los primeros seis meses continuando al menos hasta los doce meses con la adición gradual de alimentos sólidos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda lactar por los primeros dos años de edad.

¿Cómo me preparo para seguir lactando ahora en la PANDEMIA?

Durante los desastres naturales y los retos que hemos vivido aquí en Puerto Rico desde el 2017, debes estar bien preparada para preservar este recurso natural que no se debe agotar.

Al preparar tu mochila de emergencia durante las épocas de huracanes y temblores, para continuar lactando a tu bebé, solamente debes asegurarte de tener suficiente agua y meriendas nutritivas para garantizar que no se comprometa tu suplido de leche si te deshidratas.

Los pasos para una lactancia exitosa no se alteran. Solamente se modifican de acuerdo al evento que no debe interferir con una lactancia ininterrumpida. Si tu bebé ha estado creciendo bien, no es necesario aceptar ni solicitar donaciones de formula.

Edúcate desde la etapa prenatal.



A. Reconoce que la lactancia es la culminación del proceso de reproducción de la mujer y que durante esta fase de su vida, sus hormonas serán reguladas gradualmente hasta el momento del destete.
El frustrar este proceso ha sido asociado a una incidencia mayor de cáncer de seno premenopáusico en aquellas que no continúan su lactancia por 12 meses. Igualmente, estudios más recientes confirman el gran beneficio al sistema cardiovascular en aquellas madres que lactan de 12-24 meses.

B. La composición única del calostro provee una cantidad considerable de factores vivos y proteínas que activan el sistema inmunológico del infante que lo recibe. Contiene el microbioma maternal que poblará el sistema intestinal del infante y lo protege activamente de los microorganismos que lo recibirán en su hogar. Al interrumpirse servicios esenciales y comprometerse la higiene, los infantes están más vulnerables a infecciones del tracto intestinal. La leche humana lo protege contra infecciones respiratorias e intestinales.

Si recibes beneficios del programa de nutrición (WIC), matricúlate en los cursos que te ofrecen y pregunta si tu clínica te va asignar una consejera par de lactancia que te puede orientar durante todo el proceso.

Si tienes un plan de salud comercial pregunta que beneficios te ofrecen en estos temas. Muchos te asignan un manejador de caso y te incluye una máquina o bomba extractora de leche como parte de tus beneficios.

Pregunta si necesitas una receta del obstetra o del pediatra para recibirla. Este equipo será de gran utilidad cuando tengas que separarte de tu infante ya sea para diligencias o por razones de trabajo. En madres que no logran un buen enlace al lactar (ej. por pezones planos o invertidos), este equipo le ayuda a mantener sólida la producción de leche. Igualmente, lo utilizarás en caso de bebés enfermos o prematuros.

Debes aprender las técnicas de extracción manual en caso de que se interrumpa el servicio de electricidad. Identifica dónde y cómo tu bebé va recibir su cuidado de rutina pediátrico. Se recomienda una entrevista prenatal ya sea en persona o de naturaleza virtual.

Repasa la información en el Internet
www.firstdroplets.com

y canales educativos de las redes
(YouTube-Globalhealthmedia.com)

Lee libros y accesa los portales oficiales de la Academia Americana de Pediatría (AAP),
Healthychildren.org y ACOG.org.

Etapa neonatal



Al nacer, los infantes lactan a demanda. En la estadía hospitalaria se promueve el contacto piel a piel y se monitorea el enlace y las sesiones de alimentación varias veces durante la hospitalización. Es importante identificar si hay alguna contraindicación a la lactancia.

El manejo del infante en los hospitales debe ser cónsono con los Diez Pasos de Hospitales Amigos del Niño y no separamos al bebé de la madre para que se promueva una lactancia exitosa.

En PR todos los hospitales deben seguir el Reglamento de Hospitales y la Orden Administrativa-336 para ser acreditados. Con estas guías se limita la suplementación artificial (fórmulas maternizadas a menos que no estén medicamente indicadas).

Actualmente durante la pandemia solamente en casos maternos de COVID19 positivo, muchos hospitales han decidido separar a madres de infantes. Organizaciones cómo OMS, CDC y AAP dejan a la discreción individual si permitir el alojamiento en conjunto.

Siempre se enfatiza protección adicional de higiene y distanciamiento, recomendando a la madre el uso de mascarillas y lavado de manos. Se esterilizan una vez al día las botellas y el equipo de extraer leche si la madre no pudiera lactar directamente del seno porque está muy enferma.



Etapa del Posparto



Asegúrate de que ya tu bebé se pega de 8-12 veces al día, evacua al menos una vez cada 24 horas y recupera su peso al nacer ya para los dos semanas de vida.

Lo evalúas con el pediatra para cotejar el peso y examinar su adaptación al ambiente para prevenir complicaciones. Si el proceso no está progresando bien es importante buscar ayuda adicional para aprovechar este período del primer mes donde tenemos que aprovechar la ventana de oportunidad que nos ofrece la glándula mamaria para maximizar la producción de leche.

No te frustres. No queremos interferir con el proceso fisiológico de lactogénesis en momentos de desastres naturales.

Puede que no sea tan fácil dominar con destreza este nuevo rol pero al identificar y reconocer que nutres todas las necesidades de tu infante al lactarlo, te sentirás muy satisfecha y agradecida de todos los sacrificios de esta aventura. Por experiencia, este adiestramiento lo logras en 4 a 6 semanas. Si por alguna complicación se interrumpe el proceso, siempre puedes intentar la re-lactancia.

En cuanto sea posible conéctate con otras madres en un chat o un grupo de apoyo virtual que te ayudará a disfrutar mejor tu experiencia. **Defiende tu derecho, lacta donde sea y muestra con orgullo todo el calor, amor y nutrición que le brindas a tu bebé.** El apego y la seguridad que le brindas le ayudará también a un mayor desarrollo emocional para toda su vida. Igual que el atleta se prepara para un maratón, con gran esfuerzo, con paciencia y determinación sobrepasarás exitosamente la crisis y lograrás llegar a tu meta.

Referencias útiles para los lectores:

www.aap.org
www.acog.org
www.llli.org
www.firstdroplets.com
(Portal de la Dra. Jane Morton)
www.who.int
www.e-lactancia.org
www.unicef.org



¡ESO A LA BOCA NO!

Niños curiosos y objetos extraños





Por: Cynara León, MD[1], MPH, Wilfredo De Jesús-Rojas MD, FAAP[1]

[1]University of Puerto Rico, Medical Sciences Campus, School of Medicine, Department of Pediatrics

La curiosidad es parte del desarrollo de los niños. Luego de los 6 meses de edad, a medida que van descubriendo su entorno, cómo usar sus manos y dedos para agarrar objetos, no discriminan llevando todo lo que encuentran a la boca.

Existen algunas diferencias entre la anatomía de los niños en comparación con los adultos.

Por ejemplo, los niños tienen un tracto respiratorio más angosto en comparación al de los adultos. En adición, existe una válvula llamada la epiglotis que separa el tracto digestivo del tracto respiratorio y cierra la vía aérea al tragar mientras se come, evitando el pase de comida por el tracto respiratorio.

Los niños menores de 4 años aún no dominan completamente la habilidad de masticar y tragar requiriendo concentración durante la comida.

Por tales razones, están más predispuestos a inhalar objetos pequeños accidentalmente. Si no se toman las medidas de precaución, el objeto que introduzca un niño a su boca podría pasar a la vía aérea y alojarse ahí causando obstrucción. Esto resultaría en falta de oxígeno a los pulmones y dificultad para respirar súbita.

La aspiración de cuerpos extraños es una de las causas comunes de mortalidad por lesiones no intencionales de infantes, especialmente menores de 2 años. Para menores de 1 año es la causa numero uno.

Alrededor del 50% de los objetos causantes de ahogamiento son los alimentos, siendo el "hotdog" el causante más común de muerte por asfixia.





Dentro de los objetos no alimentarios más comunes que causan asfixia se encuentran los globos látex frecuentemente utilizados en fiestas de cumpleaños.

Es importante conocer que el tracto respiratorio de un niño es cilíndrico con un diámetro de alrededor de 1.25 pulgadas.



Por esta razón los objetos con mayor riesgo para causar asfixia son los esféricos, cilíndricos, compresibles, y más pequeños del diámetro de la vía aérea.

Entre las comidas de alto riesgo se incluyen los siguientes: "hotdogs", caramelos o dulces, malvaviscos, nueces, mantequilla de maní, semillas, trozos de frutas y vegetales, pedazos de carnes, goma de mascar, uvas, salchichas, entre otros.

Dentro de los objetos no comestibles de alto riesgo podemos mencionar los siguientes: globos látex, baterías, canicas, monedas, botones, accesorios de cabello, tapas de bolígrafos o lápices y pantallas.

Se han establecido restricciones en la venta de juguetes como por ejemplo, el rotular los juguetes de acuerdo con la edad. Hay juguetes que podrían tener piezas pequeñas o partes que podrían romperse en fragmentos los cuales aumentan el riesgo de aspiración.

Un ejemplo son los juguetes "Legos" que son excelentes para estimular la creatividad de los niños pero son piezas bien pequeñas que fácilmente podrían causar aspiración. Esto se puede ver cuando hay varios niños/as de diferentes edades en el hogar.



La presentación de aspiración de un cuerpo extraño puede variar desde no tener síntomas hasta dificultad respiratoria severa y asfixia. Podría presentar al momento del evento o días después. Dependiendo del tamaño y forma del objeto, podría obstruir parcial o completamente la vía aérea del menor.

Se sospecha que un niño/a aspiró un objeto si se observan síntomas como episodios de tos repentina, falta de aire, sibilancias, más aún si los síntomas son súbitos.

A mayor severidad del evento, se pudieran observar signos como dificultad para hablar, color azuloso de piel y perdida de conocimiento. Si el objeto no esta obstruyendo completamente, hay una posibilidad de que se expulse sólo al toser.

Hay situaciones que los niños/as presentan con síntomas más tarde (horas, días o semanas) y se podrían confundir con asma o pulmonía que no mejoran con tratamiento.

Cuando se sospecha un evento de aspiración, se debe buscar ayuda y llevar al niño/a a una sala de emergencia inmediatamente para evaluación y remoción del objeto. Si no se observa el objeto en la boca a simple vista, no se recomienda tratar de insertar el dedo ni ningún otro instrumento para intentar extraer el objeto debido a que puede empujarlo más y empeorar los síntomas. El pediatra le hará un examen físico al niño/a para evaluar su sistema respiratorio. Hay una posibilidad de que se haga una radiografía de pecho para localizar el objeto, o una tomografía computarizada (CT Scan) de ser necesario. Dependiendo de cuán estable esté el niño/a, un especialista intentará remover el objeto con un broncoscopio.

La curiosidad es una etapa muy importante en el desarrollo de los niños/as, la cual es importante disfrutar pero siempre tomando las medidas de prevención para así evitar lesiones que podrían ser fatales como la aspiración de objetos extraños. La Academia Americana de Pediatría recomienda siempre supervisar a los niños/as mientras comen y mantenerlos sentados sin distracciones y evitando que estén corriendo, brincando o saltando.



Otras recomendaciones incluyen:

1. Cortar frutas, vegetales y carnes en pedazos pequeños menos de 0.5 pulgadas
2. Evitar ofrecerle dulces pequeños ó goma de mascar a menores de 5 años
3. Mantener toda comida de alto riesgo fuera del alcance de los infantes y niños/as y evitarla en menores de 3 años
4. Verificar áreas en el hogar donde se podrían encontrar pequeños objetos como debajo de muebles, camas o esquinas.
5. Al comprar juguetes, verificar que sean apropiados para la edad.
6. Tener cuidado con la compra de juguetes por internet tomando en cuenta las piezas pequeñas.

Para más obtener más información:

https://www.healthychildren.org/spanish/health-issues/injuries-emergencies/paginas/choking-prevention.aspx

https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/injuries-emergencies/paginas/responding-to-a-choking-emergency.aspx

Referencias:

1.Green, S. Ingested and Aspirated Foreign Bodies. Pediatrics in Review Oct 2015, 36(10), 430-437.doi:10.1542/pir.36-10-430

2.Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. Prevention of Choking Among Children. Pediatrics Mar 2010, 125(3), 601-607.doi:10.1542/peds.2009-2862

3.Ruiz, Fadel. Airway Foreign Bodiesin Children. Retrieved June 6, 2020 from https://www.uptodate.com/contents/airway-foreign-bodies-in-children?search=foreign%20body%20aspiration&source=search_result&selectedTitle=1-67&usage_type=default&display_rank=1#references

4.Cramer N, Jabbour N, Tavarez MM, et al. Foreign Body Aspiration. [Updated 2020 Apr 27]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK531480/

LA MIRADA DE UN PEDIATRA:
efectos de la educación a distancia en nuestros niños y adolescentes



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

La actual pandemia por la enfermedad COVID-19 causada por el virus Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ha modificado la vida de la gran mayoría de los puertorriqueños.

Una de estas modificaciones ha sido el cierre de instituciones educativas y la implementación de educación a distancia para darle continuidad a la tarea académica y a las actividades extracurriculares como clases de arte, música, ejercicios, deportes, cocina y campamentos, entre otros. En este artículo estaremos explicando la definición de educación a distancia, los aspectos positivos y negativos de la misma y los consejos de los pediatras para los padres.



¿Cuál es la definición de educación a distancia?

La educación a distancia es toda educación que se ofrece sin que el estudiante tenga que asistir a una institución educativa. En el caso actual, la medida de educación a distancia se establece como metodología de distanciamiento social para disminuir la propagación del virus y se sobre entiende que dicha educación esta ocurriendo en los hogares de los menores y bajo la supervisión de los padres o encargados.

La metodología comunmente utilizada para ofrecer educación a distancia es el internet, ya sea con el menor tomando clases regulares por plataformas virtuales, recibiendo trabajos por correo electrónico para completar individualmente, escuche podcasts, o viendo video conferencias pregrabadas. En todas estas situaciones el factor común es que, mientras menor es el niño, más supervisión y guía va a necesitar de los padres o encargados.

¿Cuáles son los aspectos positivos y negativos de la educación a distancia?



Los aspectos positivos de la educación a distancia son usualmente la flexibilidad e independencia que provee. Sin embargo, muchas instituciones educativas han optado por seguir el mismo horario y programa de clases utilizado presencialmente. Esto puede crear conflictos y problemas cuando los padres o encargados del menor tienen que también trabajar a distancia durante el horario regular laboral, pues se hace mucho más compleja la supervisión y ayuda que muchos niños necesitan de sus padres. En instituciones donde los maestros son los que proveen supervisión virtual, este problema se aminora.

Otras instituciones educativas han optado por una combinación de programación virtual y auto estudio. En estos casos, los padres y los niños pueden manejar mejor el tiempo pues el material educativo esta accesible 24 horas al día, pero se requiere de mucho más aprendizaje autodidáctico. Esta metodología mixta es más fácil de manejar mientras mayor sea el niño o adolescente ya que le da la oportunidad de crear su propio programa diario de actividades.

La ventaja más importante del aprendizaje a distancia es el desarrollo de destrezas de organización y autoaprendizaje, ambas esenciales para ser exitoso tanto en los estudios universitarios como en el campo laboral. Por otro lado, las desventajas más importantes de la educación a distancia son el rompimiento de la relación maestro-estudiante tradicional y el posible deterioro en el desarrollo social del menor. El aprender a controlar los impulsos, a pensar creativa y flexiblemente y el comportamiento social se desarrolla adecuadamente con interacciones o juego social y gran parte de estos curren en los centros educativos.

¿Qué consejos tenemos los pediatras para los padres cuyos hijos están aprendiendo a distancia?

- Es importante mantener una estructura y rutina diaria, de lunes a viernes, porque esto tiende a tranquilizar a los niños y adolescentes, sobre todo en situaciones que no se pueden controlar como la que estamos viviendo en este momento.

- Los niños y adolescentes deben diseñar, junto a los padres o encargados, y siguiendo los requerimientos de las instituciones educativas, un calendario con horarios de actividades académicas, actividades extracurriculares y actividades libres. Debe haber tiempo designado para las tres comidas y meriendas que sean saludables. Esto debe inlcuir tiempo para comer en familia.

- También debe haber tiempo designado para actividades recreacionales tales como lectura, pintura, manualidades, ejercicios, juegos educativos.

- Pueden tomar cursos en línea y es esencial calendarizar tiempo para que los niños se comuniquen con amigos y familia.

Es importante que los padres y encargados se mantengan en comunicación con los profesores de sus hijos para que obtengan toda la información relacionada al tipo y método de educación a distancia que sus hijos van a recibir y todas las actividades requeridas.



- El niño y adolescente debe despertarse, vestirse y desayunar a la misma hora de siempre.

- Se debe decidir donde van a hacer todo el trabajo académico y mantener el área con los materiales necesarios y libre de distracciones. De la misma manera, la rutina y horario de dormir debe ser la misma de siempre.

- Los padres deben asegurar que sus hijos están durmiendo bien y que los dispositivos electrónicos tales como los celulares, tabletas, laptops, y juegos electrónicos se cargan fuera del cuarto.



Recuerde que los adolescentes necesitan su tiempo de privacidad y de socialización con amigos de manera virtual para evitar el sentimiento de soledad y aislamiento al cual están a riesgo en momentos de distanciamiento social.



Por último, es importante estar pendientes a las emociones de los menores. Si su hijo esta irritable, triste o tiene problemas para concentrarse o para dormir, es posible que el aislamiento le esté afectando emocionalmente.

En estos casos es esencial contactar su pediatra para determinar el plan de acción a seguir. La educación a distancia nos brinda muchas oportunidades y retos. Su pediatra es su mayor aliado para superar dichos retos, llámelo y visítelo para orientación y ayuda.



Referencias: AAP, Virtual Educa

Menstruaciones Dolorosas en la Paciente Adolescente



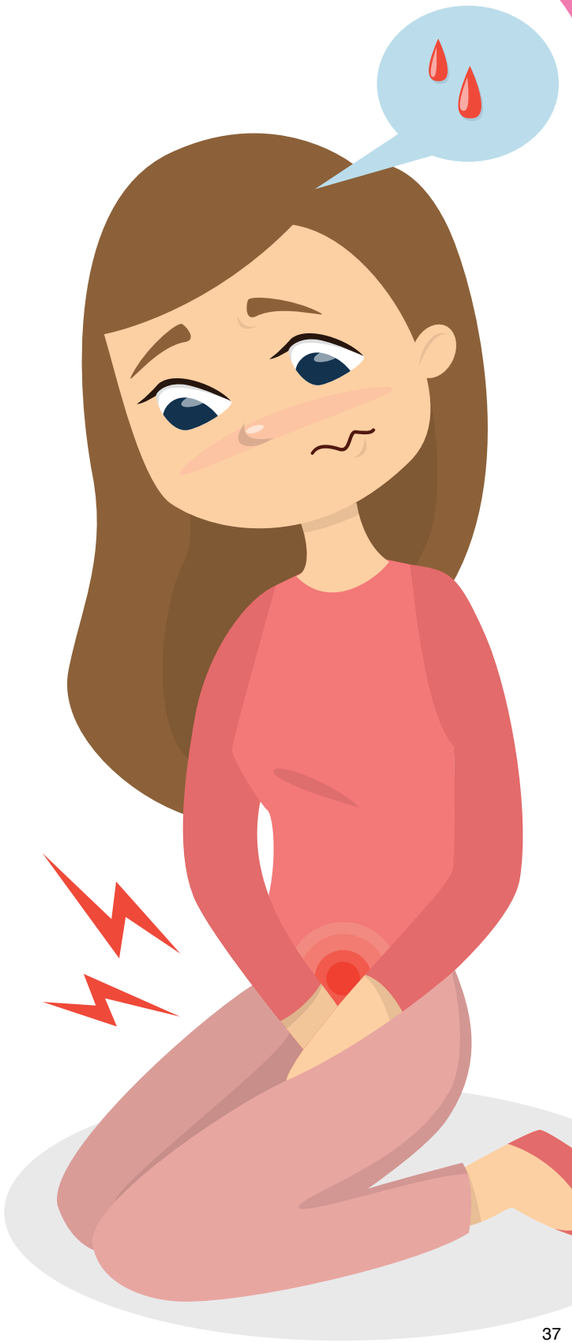
Por: Dra Keimari Mendez, Ginecóloga Obstetra
Directora del Programa de Residencia de Ginecología y Obstetricia
Escuela de Medicina-Universidad de Puerto Rico

Dismenorrea es el término que utilizamos para describir menstruaciones dolorosas. Es el síntoma menstrual más común entre nuestras pacientes adolescentes, donde puede afectar del 50-90% de las adolescentes. Cuando no se encuentra ninguna razón patológica en la pelvis que esté causando el dolor, le llamamos dismenorrea primaria. Por el contrario, si encontramos alguna patología en el útero u ovarios, o alguna otra condición médica que explique el dolor, le llamamos dismenorrea secundaria.

La mayoría de las adolescentes tienen dismenorrea primaria. Generalmente estos ciclos dolorosos comienzan una vez la paciente comienza a ovular, que suele ser de 6-12 meses luego de la primera menstruación o menarquia.

Se puede comenzar tratamiento empírico si el historial no sugiere la presencia de otra patología. La gran mayoría de las pacientes responde bien a este manejo inicial con medicamentos antiinflamatorios no esteroidales (NSAIDS por sus siglas en inglés), métodos hormonales o una combinación de ambos.

Si no vemos mejoría en los síntomas dentro de 3-6 meses de tratamiento inicial, el ginecólogo debe buscar una causa secundaria para el dolor. En este momento se debe realizar, si no se ha hecho ya, un examen pélvico y sonografía pélvica.



Otros síntomas asociados a menstruaciones dolorosas son náusea, vómitos, diarreas, mareos y dolor de espalda. Les puede ocasionar también problemas en la calidad del sueño y es la causa más común de ausentismo escolar recurrente en las adolescentes. Las pacientes con dismenorrea también tienen una incidencia alta de síndrome premenstrual, depresión y ansiedad.

Endometriosis es la causa más común de dismenorrea secundaria en adolescentes.

Debemos considerar o sospechar este diagnóstico cuando la paciente presenta con dolor persistente a pesar de haber tratado métodos hormonales y antiinflamatorios. La endometriosis en adolescentes se considera una enfermedad crónica con potencial a progresión si no recibe tratamiento adecuado.

El objetivo de la terapia incluye aliviar los síntomas del dolor, detener la progresión de la enfermedad y proteger la fertilidad futura de la paciente. Cada paciente es diferente y la terapia debe ser una individualizada, en la cual el ginecólogo toma en cuenta la preferencia de la paciente, la necesidad de contracepción, posibles contraindicaciones para uso hormonal y posibles efectos adversos.

La adolescente y su familiar se deben orientar de todas las alternativas de tratamiento y así poder escoger la herramienta que mejor se ajusta a la paciente y su condición.



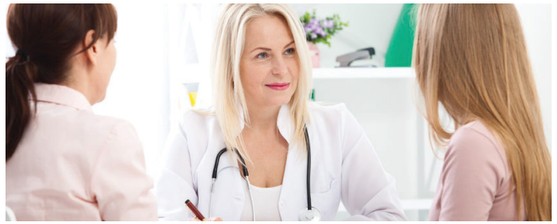
Aproximadamente 2 de cada 3 pacientes adolescentes que se someten a una laparoscopia diagnóstica por dolor pélvico crónico no cíclico, son diagnosticadas con endometriosis.

Otras causas de dismenorrea secundaria son anomalías en el tracto reproductivo que ocasionan obstrucción del flujo de la sangre. Estas pueden verse a nivel del útero, vagina o himen. También los quistes en los ovarios son una causa de menstruaciones dolorosas y dolor pélvico fuera de la menstruación. Infección pélvica, pólipos y fibromas son causas más raras de dolor pélvico en la población de adolescentes.

A diferencia de dismenorrea, dolor pélvico crónico se define como un dolor en el área pélvica que lleva 6 meses o más. Este dolor puede ser constante, intermitente, cíclico o no cíclico.

Cualquier paciente adolescente que falle a un manejo inicial de antiinflamatorios para dismenorrea, se le recomienda ser evaluada por un ginecólogo para hacer una evaluación más completa y comenzar tratamiento empírico.

Hay una amplia gama de tratamientos hormonales y no hormonales para el tratamiento de la dismenorrea y endometriosis. Si éstos no funcionan, la paciente puede requerir tratamiento quirúrgico conservador y, en casos más severos, tratamiento quirúrgico más agresivo. Laparoscopía es el método quirúrgico para diagnosticar endometriosis y provee además la oportunidad de tratamiento si se observan lesiones que se puedan remover o cauterizar.



La evaluación inicial para toda paciente con dismenorrea incluye un historial médico, ginecológico, menstrual, familiar y sicosocial para poder diferenciar entre dismenorrea primaria o secundaria. Cuando es primaria no es necesario un examen pélvico inicialmente, sin embargo si hay síntomas que sugieran infección de transmisión sexual estaría indicado.

Es común que haya retraso en buscar evaluación médica para dismenorrea en pacientes adolescentes comparado con mujeres adultas. Distintas barreras incluyen ausencia de seguro médico, percepción de falta de conocimiento o interés del médico para tratar la condición y vergüenza de la paciente en ir a una evaluación ginecológica.

Los médicos deben sospechar causas secundarias si la paciente reporta síntomas inmediatamente luego de la primera menstruación o si es el dolor sigue empeorando progresivamente. También debe sospechar causas secundarias si la paciente falla tratamiento empírico inicialmente, si tiene dolor a mitad de ciclo o es un dolor no cíclico. Un historial familiar de endometriosis, anomalías renales, presencia de otras anomalías congénitas y dolor al tener relaciones, también son factores de riesgo para causas secundarias de dismenorrea. Una paciente con historial familiar de endometriosis tiene de 7-10 veces más el riesgo de desarrollar endometriosis comparada con una paciente sin historial familiar.

Es muy importante la educación a la paciente, sus familiares y personal de la escuela encargado de la salud de los estudiantes, para optimizar el uso de los medicamentos para el dolor en términos de dosis correcta y frecuencia de uso. Muchas pacientes refieren falla en tratamiento empírico debido al uso incorrecto de los medicamentos.

Los antiinflamatorios no esteroidales son más efectivos al comenzarlos 1-2 días antes del comienzo de la menstruación y continuarlos por los primeros 2-3 días del periodo menstrual. Se recomienda tomarlo con comida y aumentar la ingesta de líquidos para evitar efectos secundarios gastrointestinales y renales. No se recomienda el uso de narcóticos para tratar de forma crónica el dolor de pacientes adolescentes con dismenorrea.

Medicamentos anti-inflamatorios no esteroidales	Dosis y frecuencia
ibuprofeno	800 mg inicialmente y luego 400-800 mg cada 8 horas según se necesite
Naproxen sodium (naproxeno)	440-550 mg inicialmente y luego 220-550 mg cada 12 horas según se necesite
Mefenamic acid	500 mg inicialmente y luego 250 mg cada 6 horas según se necesite

Referencia: Dysmenorrhea in adolescents and young adults: an update on pharmacological treatments and management strategies.

Si el intento inicial con NSAIDs no provee alivio adecuado, se debe considerar tratamiento hormonal. Además, se puede considerar usar tratamiento hormonal como primera línea en algunas pacientes que se puedan beneficiar de control de sangrado, dolor y a su vez provee contracepción. Los NSAIDs se pueden continuar en conjunto con el tratamiento hormonal según sea necesario.

Hay distintas opciones de tratamientos hormonales, entre ellos están las pastillas anticonceptivas, parchos, anillo vaginal, implante de progesterona, inyección intramuscular y dispositivos intrauterinos hormonales. Cada método tiene sus beneficios y posibles efectos adversos, y la decisión de escoger entre uno y otro debe ser del paciente. El mecanismo de acción de ellos puede variar, pero todos están relacionados a la prevención de proliferación del tejido endometrial y/o evitar la ovulación. Esto se traduce en una reducción en la producción de mediadores de inflamación.

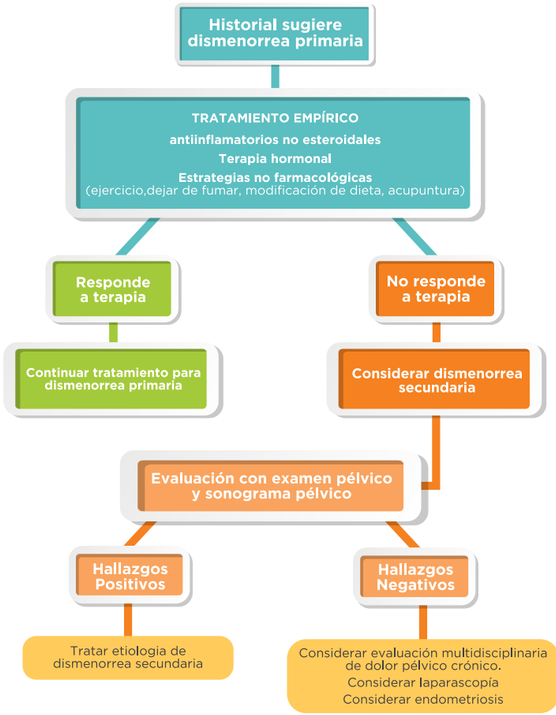


Figura 1. Enfoque de manejo a la adolescente con dismenorrea

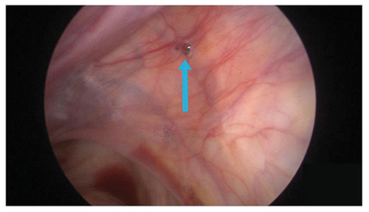


Figure 2. Red, inflamed adolescent endometriotic implant in the right paraovarian fossa. (Image courtesy of Geri Hewitt, MD, Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio.)



Figure 3. Clear, vesicular adolescent endometriotic implant in the anterior peritoneum. (Image courtesy of Geri Hewitt, MD, Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio.)

Las mayoría de las reglas dolorosas se pueden tratar con facilidad y las pacientes presentan una mejoría sustancial en su calidad de vida. Es importante buscar ayuda profesional para evitar que menstruaciones dolorosas afecten su desempeño en la escuela, actividades extracurriculares y salud emocional.

Referencias:
ACOG Committee Opinion No. 760: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. Obstet Gynecol. 2018;132(6):e249-e258. doi:10.1097/AOG.0000000000002978

DENGUE:

FIEBRE "ROMPEHUESOS"



Por: Ana L. Medina Mateo, MD FAAP
Secretaria Sociedad Puertorriqueña de Pediatría
Consultora Academia Americana de Pediatría



Dengue es una enfermedad muy frecuente e importante en Puerto Rico, al igual que otras regiones tropicales y subtropicales. Se considera un principal problema de salud actualmente en estas regiones.

Aún ante la preocupación de la Pandemia por SARS-CoV-2, es necesario estar alerta porque ya estamos en temporada de Dengue. La temporada de Dengue en Puerto Rico abarca desde junio a noviembre. En épocas cuando hay mucha lluvia antes de junio, podemos ver el surgimeinto de Dengue antes de la llamada "época" de Dengue. Esto sucedió en 2010, cuando en Puerto Rico se registró la peor epidemia en nuestra historia.



EL DENGUE ES TRANSMITIDO POR EL MOSQUITO AEDES AEGYPTI EN PUERTO RICO.

Es el mismo mosquito que transmite ZIKA y CHIKUNGUNYA, que todos recuerdan por el impacto marcado e inesperado a la salud de los puertorriqueños en pasados años. Hay parecidos entre estas tres enfermedades llamadas Arbovirus (las transmite un artrópodo: mosquito) Existe una vacuna para evitar contraer el Dengue pero aún no se han establecidos los criterios para usarse en nuestro país.

Necesitamos saber que las manifestaciones clínicas son variables cuando el Dengue se presenta. La variabilidad va desde un 75% de las personas que se entienden son asintomáticos (no tienen síntomas) hasta el 5% de las personas que tienen una enfermedad severa. El resto de las pacientes tienen manifestaciones leves y moderadas. El Dengue puede dar cuatro veces, ya que hay 4 serotipos de Dengue. Como modo de comparación, se entiende, que ZIKA y CHIKUNGUNYA sólo le da a las personas en una ocasión ya que el paciente queda protegido por inmunidad.

En nuestro país, Dengue es más común en los niños. El Dengue se comporta con más severidad en los infantes, envejecientes y en personas con co-morbilidades /enfermedades crónicas.

Los criterios clínicos fueron reevaluados y establecidos por CDC en 2009:

1. Dolor, puede ser uno o todos estos: (dolor de cabeza; dolor detrás de los ojos; dolor en los músculos; dolor en las articulaciones)
2. Salpullido (rash)
3. Contaje bajo de los leucocitos
4. Prueba de torniquete positiva
5. Naúseas y vómitos
6. Presencia de un signo de alarma

Un paciente con fiebre y dos de estos criterios es sospechoso de Dengue y se debe tratar como tal aunque los resultados de laboratorio definitivo no estén disponible.

Los signos de alarmas son una manifestación de Dengue Severo y requieren que el paciente se hospitalize para su manejo de inmediato. Los signos de alarma que debemos estar pendiente son:

1. Cambios en el estado de alerta
2. Sangrado por las encías o nariz
3. Naúseas y vómitos frecuentes y persistentes
4. Dolor abdominal marcado
5. Hígado agrandado
6. Evidencia clínica de aumento de líquido en el cuerpo (ej. dificultad respiratoria)
7. Laboratorio concurrente de aumento marcado de hematocrito a la vez que bajan significamente las plaquetas
8. Mareo o hipotensión (La OMS añade estos criterios en 2016)

Queremos recalcar que el énfasis en Dengue ya hace muchos años, no es en las plaquetas, sino en mantener al paciente hidratado y evitar que entre en "shock". Si el paciente presenta los signos de alarma mencionados o los familiares les preocupa el estado del paciente, debe indicarse acudir de inmediato a la Sala de Emergencia más cercana para manejo. Cuando baja la temperatura es cuando el paciente con Dengue Severo más se puede descompensar y agravar. El paciente que se maneja adecuadamente, no tiene sangrados masivos ni otras complicaciones por deshidratación. La mortalidad de un paciente con Dengue debe ser <1%, con un manejo adecuado y agresivo.

No todos los pacientes de Dengue tienen todas las manifestaciones cuando el médico lo evalúa, pero en Puerto Rico, cualquier paciente febril en ausencia de un cuadro respiratorio catarral, se debe pensar en Dengue.

Si según el historial y examen físico, su niño (a) o familiar puede tener Dengue, se recomienda acudir a su médico de cabecera/pediatra y seguir sus recomendaciones, incluyendo toma de muestras de laboratorio y:

1. Descanso en cama.
2. Controlar la fiebre con acetaminofén.
3. No usar aspirina, ibuprofeno ni medicamentos derivados o parecidos anti-inflamatorios
4. Tomar suficientes líquidos para evitar la deshidratación.
5. Evite la propagación del Dengue dentro de la casa con uso de insecticidas, telas metálicas (screens), mosquiteros y repelente de mosquitos. Proteger al paciente febril también con repelente mosquito
6. Evitar y eliminar criaderos de mosquitos, vaciando envases con agua en el patio.
7. Si paciente presenta cualquier signo/síntoma preocupante o algún signo de alarma, acudir a la Sala de Emergencia

Tenga siempre disponible el nombre y teléfono de su pediatra / médico de cabecera para aclarar cualquier duda.

¿Qué es un nacimiento prematuro?



Por: Johanna Vélez MD
Fellow Intensivo Neonatal
Departamento de Pediatría
Escuela de Medicina RCM

Un parto prematuro es cuando un bebé nace más de tres semanas antes de la fecha estimada para el parto. En otras palabras, si él bebe nace antes de las 37 semanas de gestación, se dice que es un bebé prematuro. Los bebés prematuros pueden presentar diversas complicaciones. Cuanto más temprano nazca él bebe, mayor el riesgo de complicaciones.

¿Por qué ha nacido mi bebé antes de tiempo?

En muchas ocasiones los médicos no sabemos por qué algunos bebés nacen antes de tiempo. Cuando lo sabemos, suele ser porque la madre ha tenido algún problema de salud durante el embarazo, como por ejemplo:

- **Diabetes** (azúcar alta en sangre).
- **Presión arterial alta.**
- **Problemas cardíacos o de los riñones.**
- **Infección vaginal, infección de las vías urinarias o de las membranas amnióticas en el útero.**

Otras razones por las que un bebe puede nacer prematuro son las siguientes:

- Sangrado: puede ser porque la placenta está en una posición que no es normal (placenta previa) o por una placenta que se separa del útero antes de tiempo (desprendimiento de placenta).
- Tener un útero de una forma anormal.
- Tener un embarazo de más de un bebé (gemelos, trillizos o más).
- Tener bajo peso antes de quedar embarazada o no ganar peso adecuadamente durante el embarazo.
- Fumar, consumir drogas, o beber alcohol durante el embarazo.

¿Mi bebé al ser prematuro, necesita cuidados especiales?

Sí, los bebés prematuros tienen muchas necesidades especiales. Los bebés pequeños y que nacen con menos tiempo de gestación suelen tener más problemas de salud que los bebés que nacen a término. Por eso, muchos deben ser atendidos en una unidad de intensivo neonatal.



Cosas que debemos velar en bebes prematuros:

TEMPERATURA

¿Por qué se tiene que mantener "caliente" mi bebé?

- Los bebés prematuros no tienen la grasa corporal que se necesita para mantener su temperatura. Las incubadoras, que son unas cunitas rodeadas de paredes de plástico duro y transparente, y los calentadores radiantes, que son las cunitas provistas de calentadores en la parte superior, mantienen a los bebés a una temperatura adecuada (36.5 -37 grados centígrados).

ALIMENTACIÓN

¿Cuáles son las necesidades nutricionales de mi bebé?

- La leche materna es la mejor fuente de nutrición para todos los bebés, sobre todo para los bebés prematuros. La leche materna contiene proteínas que ayudan a combatir las infecciones.

- La mayoría de los bebés prematuros no se pueden alimentar directamente del pecho ni succionar de un biberón rápido que nacen porque no están listos para coordinar el chupado y tragado.

- Las madres se pueden extraer leche usando una bomba y dársela después al bebé a través de un tubito que va desde la nariz o la boca del bebé hasta el estómago.

- Si usted no puede o no quiere amamantar a su bebé, ni se extrae leche materna, su bebé se puede alimentar con leche de fórmula. Se pueden añadir unos nutrientes adicionales especiales llamados fortificadores a la leche materna o leche de fórmula. Esto se hace porque los bebés prematuros necesitan más calorías, más proteínas y otros nutrientes que los bebés que nacen a término no necesitan.

- Algunos bebés prematuros que son muy pequeños o que están muy enfermos se alimentan a través de una vía intravenosa, lo que se conoce como "nutrición parenteral total" (TPN por sus siglas en ingles). Ésta contiene una mezcla especial de nutrientes, como son: proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas y minerales.

- Los médicos y los nutricionistas controlan atentamente la dieta de los bebés prematuros y hacen cambios cuando es necesario para asegurarse de que los bebés reciben los nutrientes que necesitan para crecer.

¿Qué problemas de salud podría tener mi bebé mientras esta en el Intensivo Neonatal?

Debido a que sus órganos no están completamente preparados para funcionar por sí solos, los bebés prematuros se exponen a desarrollar problemas de salud. Por lo general, cuanto más prematuro y cuanto más bajo peso haya nacido un bebé, mayores serán las probabilidades de que tenga problemas de salud.

Entre estos problemas, se incluyen los siguientes:

- **Anemia:** cuando el bebé no tiene suficientes glóbulos rojos. Esto puede causar elevación del ritmo cardíaco y mala oxigenación, y en muchas ocasiones es necesario transfusiones de sangre.

- **Hiperbilirrubinemia:** cuando los bebés tienen altas concentraciones de bilirrubina indirecta, la cual se genera en la descomposición normal de los glóbulos rojos. Una concentración alta de bilirrubina provoca ictericia, que es una coloración amarillenta de la piel y el blanco de los ojos (conjuntiva).

- **Apnea:** cuando el bebé deja de respirar durante un período muy breve de tiempo (al menos 20 segundos) ; la frecuencia cardíaca le puede bajar; y la piel se le puede poner pálida o azul por que le baja la saturación de oxígeno.

• **Displasia broncopulmonar y síndrome de insuficiencia respiratoria:** Los pulmones son los órganos que expresan más inmadurez en el neonatos prematuros. Los neonatos con pulmones inmaduros presentan problemas relacionados con la respiración, y en ocasiones puede necesitar oxigeno por mucho tiempo.

• **Colestasis:** se asocia a un problema del hígado por la falta de secreción de la bilirrubina, que provoca un aumento en la bilirrubina directa (causando un color amarillo en piel).

• **Osteopenia:** los huesos se pueden poner frágiles, haciendo a los bebés más propensos a fracturas.

• **Enterocolitis necrotizante:** una enfermedad grave del intestino, causada por una inflamación, que en ocasiones puede causar perforación intestinal.

• **Conducto arterial persistente:** es un vaso sanguíneo que comunica la arteria pulmonar izquierda a la aorta en el corazón del bebé antes de nacer. Normalmente ese vaso debe cerrar luego del nacimiento (en las primeras horas o días). Cuando esto no ocurre se conoce como conducto arterial persistente (PDA por sus siglas en inglés).

• **Retinopatía del prematuro:** un problema en la retina del ojo que puede afectar la visión.

• **Infecciones:** tienen más riesgo de infecciones debido a su inmadurez en los mecanismos de defensa. Mientras más prematuro, mayor riesgo de infección, ya que la transferencia de inmunoglobulinas maternas a través de la placenta es mayor durante el tercer trimestre del embarazo.

A medida que su bebé vaya creciendo, sus médicos se irán fijando en su crecimiento y desarrollo incluyendo el habla, el aprendizaje, su tono muscular y sus reflejos.

¿Qué más debería saber?

Los bebés prematuros suelen necesitar cuidados especiales después de salir de la unidad de cuidado intensivo neonatal. Pueden necesitar seguimiento en una clínica para recién nacidos de alto riesgo o en un programa de intervención temprana. Dependiendo de su estado de salud, pueden necesitar el cuidado de especialistas, como los médicos que tratan problemas cerebrales y del sistema nervioso (neurólogos), problemas con la visión (oftalmólogos), problemas de los pulmones (neumólogos) y problemas cardíacos (cardiólogos),entre otros.

Los bebés prematuros necesitan ser llevados a todas sus visitas médicas, incluyendo las revisiones de rutina con su pediatra, ponerle las vacunas que necesitan todos los bebés para mantenerse sanos, y hacerle revisiones regulares de la vista y de la audición. A medida que su bebé vaya creciendo, sus médicos se irán fijando en su crecimiento y desarrollo incluyendo el habla, el aprendizaje, su tono muscular y sus reflejos. De esta forma se puede saber qué otros cuidados necesitara el bebé en el futuro.

¿Como padre, cómo puedo enfrentarlo?

Cuidar de un bebé prematuro puede ser mucho más exigente que cuidar de un bebé nacido a término. Cuide de sí mismo: comiendo bien, descansando cuando pueda y haciendo ejercicio físico. Si tiene otros hijos, pase tiempo con ellos siempre que pueda, y reciba ayuda de otras personas. Acepte el apoyo de sus amigos, parientes y también de grupos de apoyo.

Puede encontrar apoyo por internet de asociaciones como las siguientes:

March of Dimes (Marcha por los Bebés)
Graham's Foundation (Solo disponible en inglés)
Life's Little treasures Foundation (Solo disponible en inglés)
Hand to hold (Solo disponible en inglés)

HPV Y COVID:

El futuro está en la vacunación

Por: Dr. Diego Sainz de la Peña
Pediatra



En estos momentos de pandemia por el Covid-19 nos damos cuenta de la importancia de la vacunación. Nuestros antepasados sufrieron los embates de las pandemias de viruela, polio e influenza que causaron millones de muertes hasta que se desarrollaron vacunas para prevenir estas enfermedades.

Recientemente otra enfermedad que causa miles de muertes (el cáncer), ha podido ser controlada por una vacuna en contra del papilloma humano (VPH).

¿Porqué nos debemos vacunar contra el virus del VPH?

El 80% de nosotros va a contraer este virus en nuestra vida, y aunque a la mayoría de nosotros se nos va a curar, un grupo permanecerá con el virus y este le va a causar cáncer.

Los tipos de cáncer que el virus del VPH causa incluyen cáncer de la garganta, la vagina, la vulva, el pene, el ano y la cervix.

Se ha demostrado que desde su incepción en el2006, la reducción de lesiones premalignas en la cervix es de un 40%. También hemos visto una reducción de más de un 80% en las verrugas genitales.

La mayoría de nosotros estamos esperando la vacuna que nos protegerá del Covid-19, aunque todavía no sabemos sobre su eficacia y seguridad. La vacuna del VPH ha demostrado ser bien segura y eficaz para combatir una enfermedad que causa miles de muertes en Puerto Rico y en los Estados Unidos.

¡Vacunándonos nos protegemos!

¿QUÉ ES LA RINITIS Y CÓMO EVITARLA?



Por: Leonardo Ortiz MD
Pediatra General
Guaynabo Medical Mall

LA RINITIS INFECCIOSA

consiste en una inflamación de la mucosa nasal, es decir, del revestimiento interno de la nariz de los niños. Su origen suele residir en una infección.



La rinitis infecciosa produce unos síntomas muy típicos en los niños que la padecen, como son la congestión nasal, aumento de la secreción de mucosidad por la nariz, picor, estornudos e inflamación de las conjuntivas de ambos ojos.

Además de los síntomas típicos puede presentar secreción purulenta o espesa por la nariz, tos persistente y obstrucción de la nariz secundaria a la inflamación de la mucosa y a las secreciones.



Entre los problemas que complican la evolución normal de una rinitis infecciosa se encuentran procesos frecuentes como el aumento de tamaño de las amígdalas, enfermedades menos frecuentes como la fibrosis quística, o incluso procesos muy poco habituales, como las inmunodeficiencias.

En la mayoría de los casos el diagnóstico se realiza mediante la historia clínica y un examen físico realizado por el médico. Podría ser necesario solicitar alguna prueba complementaria, que en muchas ocasiones es una muestra de secreciones nasales para cultivo. Una vez confirmado el diagnóstico de sospecha, el pediatra podría recomendar tratamiento con antibiótico en los casos en los que sea necesario.

LA RINITIS ALÉRGICA

es un síntoma muy frecuente en la infancia y produce unos síntomas típicos en los niños que la padecen, como son la congestión nasal, aumento de la secreción de mucosidad por la nariz, picores, estornudos e inflamación de las conjuntivas de ambos ojos.





Estos síntomas de por sí no tienen por qué ser graves, pero en determinados momentos pueden incrementarse e impedir al niño desarrollar su vida normal. Existen situaciones en las que los niños tienen síntomas todo el año, pero en determinados momentos estos se incrementan mediante exacerbaciones. A veces pueden llegar a perder incluso el olfato y el gusto debido a la inflamación de la mucosa. Uno de los problemas es que si la inflamación es moderada o severa puede ser más significativa por la noche, llegando el niño a roncar y tener entonces un sueño menos reparador.

Cuando se sospecha este cuadro, se suelen hacer pruebas de detección en la piel, son las denominadas pruebas cutáneas o Crick test. En algunos casos lo que se hace es una prueba de sangre, que es algo menos específica y en la que se intenta constatar la presencia de IgE específica frente al alérgeno que se sospecha que pueda estar produciendo el cuadro de alergia.



EN CUANTO A TRATAMIENTO,

lo ideal sería evitar el contacto del niño con la sustancia que le desencadena los síntomas, pero esto es complicado y tampoco asegura resultados positivos.

En los casos en los que el alérgeno es el polvo, es importante mantener bien limpia la casa. Si es el pelo de algún animal, es posible que el niño no pueda convivir con él. En caso de ser alergia a los ácaros, hay que ser muy cuidadoso con el lavado de su ropa, pijamas y sábanas, de forma periódica y con agua caliente. En el caso de que los alérgenos incluyan el polen, el niño debe evitar la exposición ambiental en los períodos de mayor intensidad. Puede ser recomendable en algunos casos que se utilice incluso mascarillas cuando salga a la calle y que cuando está en casa permanezca con las ventanas cerradas.



Un grupo de fármacos bastante utilizados en el control de los síntomas de este cuadro son los antihistamínicos. Es importante que sea el pediatra el que indique el fármaco y la dosis a utilizar. Cuando los síntomas son difíciles de controlar se pueden utilizar corticoides como la budesonida nasal. Por último, la inmunoterapia específica con alérgeno parece que es el único tratamiento que cambia el curso de la enfermedad, según la Organización Mundial de la Salud.

Una complicación relativamente frecuente de la rinitis alérgica es la sinusitis crónica, ya que su base es un proceso inflamatorio en el que se produce aumento de tamaño de la mucosa que cubre los senos nasales. En otras ocasiones, lo que se evidencia es la presencia de asma en los niños con rinitis alérgica. Un buen tratamiento de la rinitis podría ayudar al control del asma. Otros procesos que se pueden asociar a la rinitis son la tos persistente, las otitis medias o el aumentos de tamaño de las amígdalas.

Hasta una cuarta parte de los casos puede desaparecer de forma espontánea con el tiempo. En la mayoría de los casos, el uso de antihistamínicos o corticoides suele controlar los síntomas permitiendo al niño llevar una vida normal. En los que no responden a esos tratamientos es necesario recurrir a la inmunoterapia específica.

¿DEBO O NO CIRCUNCIDAR A MI HIJO?

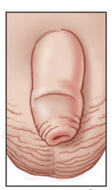


Por: Hildamary Díaz Rozett, MD
Pediatría General
Práctica privada Caguas

¿Qué es la circuncisión?

Al nacer, la mayoría de los niños tienen prepucio, piel que cubre la punta del pene.

La circuncisión elimina parte del prepucio, de modo que el glande (la punta del pene) y la abertura de la uretra quedan expuestas. Este procedimiento pudiera realizarse en el hospital, a los pocos días de nacido. Cuando la realiza un médico experimentado, la circuncisión tarda solo unos minutos y rara vez se presentan complicaciones.



Pene natural



Pene circuncidado

© Healthwise, Incorporated

Postura de la AAP

La Academia Americana de Pediatría (AAP) considera que la circuncisión tiene posibles ventajas y desventajas médicas, así como riesgos. La evidencia actual indica que los beneficios para la salud que tiene la circuncisión de un varón recién nacido superan los riesgos y que los beneficios justifican brindar acceso a este procedimiento a las familias que deciden hacerlo. Sin embargo, la evidencia científica existente no es suficiente para recomendar la circuncisión de rutina.

Por lo tanto, debido a que este procedimiento no es esencial para el bienestar presente del niño, la AAP recomienda que la decisión de practicar o no una circuncisión sea tomada por los padres en consulta con su pediatra, tomando en cuenta qué es lo que le conviene más al niño, incluyendo los aspectos médicos así como las tradiciones religiosas, culturales y étnicas. Lo importante es que la decisión que se tome sea con toda la información correcta disponible.

¿En qué consiste la intervención?

Este procedimiento puede ser realizado por un pediatra experimentado, neonatólogo, cirujano pediátrico o urólogo. Cuando se realiza en los primeros días después del nacimiento, se lleva a cabo en la sala de recién nacidos. En ocasiones, los padres pueden estar presente.

En general, el bebé se encuentra despierto durante la circuncisión y se le suele colocar en un asiento de plástico moldeado que permite sostenerlo en su lugar de forma segura. Después de limpiar el pene y el área alrededor, se inyectará anestesia en la base del pene o se le aplicará sobre el pene en forma de crema.

EN RECIÉN NACIDOS, LAS TRES TÉCNICAS DE CIRCUNCISIÓN MÁS COMUNES SON:

Pinza Gomco

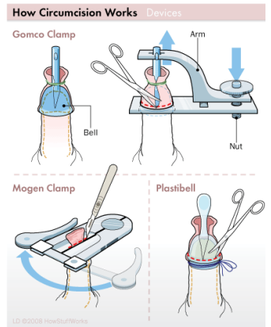
Se utiliza un instrumento especial llamado estilete para separar el prepucio de la cabeza del pene. Se coloca un dispositivo con forma de campana sobre la cabeza del pene y por debajo del prepucio. El prepucio se extiende hacia arriba, sobre la campana, y se ajusta una pinza a su alrededor para reducir el flujo de sangre.Se corta y se retira el prepucio con un bisturí.

Pinza Mogen

Se separa el prepucio de la cabeza del pene con un estilete. Se extiende el prepucio hacia arriba por delante de la cabeza y se le introduce a través de una pinza de metal que tiene una ranura. El prepucio se corta con un bisturí y permanece en esta posición durante algunos minutos para asegurar que se ha controlado el sangrado.

Técnica de la campana (Plastibell)

Este método es similar a la técnica de la pinza Gomco. Después de separarlos con un estilete, se coloca una campana plástica debajo del prepucio y sobre la cabeza del pene. Alrededor del prepucio se amarra un hilo de sutura, que interrumpe el suministro de sangre hacia la zona. Se utiliza un bisturí para cortar el prepucio excedente, pero el anillo de plástico no se retira, se cae solo entre 3 y 7 días después.



Luego de realizado el procedimiento se recubrirá el pene con un ungüento, como un antibiótico tópico o vaselina, y se lo cubrirá de manera holgada con gasas. El pene circuncidado suele demorar entre 7 y 10 días en recuperarse después de la intervención. Hasta ese momento, la punta puede verse en carne viva o amarillenta.

Llame al médico inmediatamente si observa alguno de los siguientes síntomas:

sangrado persistente, enrojecimiento en aumento alrededor de la punta del pene, fiebre, signos de infección, como la presencia de pus o secreciones amarillentas, o que el bebé no orine normalmente dentro de las 12 horas posteriores a la circuncisión.

Motivos por los que los padres pueden elegir la circuncisión

RAZONES MÉDICAS

PENE CIRCUNCIDADO	PENE NATURAL
Facilita la higiene de los genitales	Requerirá hábitos de limpieza del pene con retracción del prepucio
Prevención de fimosis, una afección que impide la retracción del prepucio	
Prevención de infecciones del prepucio	
Un riesgo ligeramente menor de contraer infecciones de las vías urinarias	
Un riesgo notablemente menor de contraer VIH	El uso de profilácticos reduce el riesgo de contraer VIH con pene circuncidado o natural.
Un menor riesgo de contraer cáncer de pene	Sin embargo, este tipo de cáncer es muy poco común en los varones.

MOTIVOS SOCIALES

•Muchos padres eligen la circuncisión porque todos los demás hombres de la familia se la han hecho o porque no quieren que sus hijos se sientan diferentes.

MOTIVOS RELIGIOSOS O CULTURALES

•Algunos grupos, como los seguidores de la fe judía e islámica, practican la circuncisión por motivos religiosos y culturales.

¿Qué sucede si decide no circuncidar a su hijo?

Si decide no circuncidar a su hijo, hable con su pediatra sobre cómo mantener limpio el pene de su hijo rutinariamente. Tenga en cuenta que el prepucio no se retraerá por completo durante varios años y que nunca debe forzarse. Cuando su hijo tenga la edad suficiente, enséñele cómo mantener limpio su pene al igual que otras partes de su cuerpo.

ASMA BRONQUIAL:
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO





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

¿QUÉ ES EL ASMA?

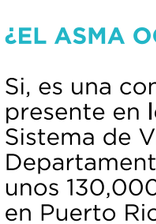
El asma es una enfermedad crónica de los pulmones donde ocurre un espasmo de los músculos que se encuentran alrededor de los bronquios y además hay inflamación de sus paredes, lo que reduce el tamaño de la vía de aire y hace difícil la entrada y salida del aire de los pulmones.

¿EL ASMA OCURRE EN LOS NIÑOS?

Si, es una condición que también está presente en los niños y según datos del Sistema de Vigilancia de Asma del Departamento de Salud, para el 2016 habían unos 130,000 niños diagnosticados con asma en Puerto Rico.

¿CUÁLES SON LOS FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR ASMA?

Tenemos el factor genético, si hay historial de asma en mis padres, abuelos, tíos o hermanos y el factor ambiental que incluye el ambiente dentro de la casa y lo que está ocurriendo en la isla en términos del clima.



Dentro de la casa tenemos que tomar en cuenta: si hay fumadores, qué animales conviven con nosotros, qué productos de limpieza o aromatizadores usamos (velas, incienso, sistemas de olor eléctricos o algún otro spray de olor), si usamos aire acondicionado o abanico, si hay filtraciones que puedan aumentar la humedad de la casa y por ende aumentar la presencia de ácaros y hongos y hasta lo que ponemos en nuestra boca, entiéndase alimentos proinflamatorios como lo son las azúcares y las harinas.







El ambiente fuera de casa también es importante, por ejemplo, en días lluviosos hay aumento de esporas de hongos, en la primavera hay aumento de polen de árboles y en tiempos más secos tenemos la presencia del polvo del Sahara. Debemos estar pendientes en qué momento nuestros niños tienen más problemas respiratorios con el propósito de disminuir dicha exposición y por ende prevenir una exacerbación.

¿QUÉ PODEMOS OBSERVAR EN UN NIÑO CON ASMA?



Podemos ver alergias nasales, con estornudos y gotero nasal, seguido de una tos seca y persistente que es peor de noche. Esta tos seca poco a poco progresa a una tos mojada que puede durar varias semanas en lo que los bronquios mejoran. También pueden presentar una sensación de pecho apretado y/o falta de aire donde no podrá decir su nombre y apellido sin tomar varias pausas.

¿CUÁNDO DEBEMOS CONSULTAR A UN NEUMÓLOGO?

Debemos consultarle cuando nuestro niño presente eventos catarrales con tos persistente que duren más de 10 días y se repitan con frecuencia haciendo que tenga que ausentase a la escuela. Si alguno de estos eventos termina en pulmonía y/o hospitalización o interfiere con sus actividades diarias, el deporte o el sueño, debe visitar al especialista lo antes posible.

¿EN QUÉ CONSISTE LA EVALUACIÓN DE UN NEUMÓLOGO?

Consiste en tomar un historial lo más detallado posible, que debe ir desde que el niño estaba en el vientre de su mamá hasta el presente. Conocer el historial médico de su familia y de qué enfermedades padecen nos ayuda a saber si esa condición pueda ser hereditaria. También se debe saber ,si los abuelos fumaban, aunque ya no lo hagan, es importante por la influencia del ambiente en los genes de toda su descendencia.



También se ordenan pruebas básicas como un **CBC & diferencial** para establecer la presencia de eosinófilos, un tipo de células blancas, que se ven aumentadas en pacientes alérgicos; **niveles de IgE**, una proteína aumentada en pacientes con alergias y una **placa de pecho** para descartar algún problema de estructuras como sería una deformidad de nacimiento o una masa en el pulmón, además de evaluar cuán inflamado se encuentra el pulmón. En niños de 5 años en adelante hacemos una **función pulmonar** donde le pedimos al niño que sople a través de una boquilla en un programa de computadora. Así sabremos con cuanta facilidad o dificultad su aire sale de sus pulmones y establecer el diagnóstico de una forma más objetiva.

¿CÓMO SE TRATA A ESTOS PACIENTES?

En el momento agudo usamos broncodilatadores (albuterol o levalbuterol) que relajan al músculo alrededor de los bronquios y damos esteroides orales para bajar la inflamación dentro del bronquio y así poder mejorar la entrada y salida del aire de los pulmones.





Una vez pasado el cuadro agudo, nos movemos a una terapia de mantenimiento con antiinflamatorios como los esteroides inhalados que ayudarán a reconstruir la pared del bronquio que fue destruida para restablecer su función de barrera protectora contra agentes catarrales, como los virus, o alérgenos del ambiente para no permitirle su entrada en una próxima ocasión.

¿QUÉ ES UN MEDIDOR DE FLUJO ESPIRATORIO O 'PEAK FLOW'?

Es un aparato de soplar con un tipo de regla donde le pedimos al paciente que preferiblemente de pie sople con toda la fuerza y rapidez que pueda, lo cual me dará un numero que uso para determinar con cuanta facilidad o dificultad el aire sale de su pulmón. Si sale mucho aire el número será alto y si apenas puede exhalar dará un número bajo, lo que quiere decir que necesitará tratamiento con albuterol lo antes posible para que el músculo alrededor del bronquio se relaje y se abra el paso de aire a sus pulmones.

¿QUÉ ES UN PLAN DE ACCIÓN PARA EL ASMA?

Es aquel plan que usted diseñará con su médico donde se establecerán puntos importantes a seguir cuando usted desarrolle síntomas de asma. Este plan debe incluir: los medicamentos de rescate que usará durante el evento e instrucciones precisas de qué hacer, a quién llamar, y a dónde ir si no mejoran los síntomas después de realizadas las instrucciones.

¿CÓMO PODEMOS PREVENIR LAS EXACERBACIONES DE ASMA?

PODEMOS:

- Identificar y evitar aquellos factores que detonan un evento agudo de asma.
- Aprender a reconocer los síntomas tempranos en la enfermedad y usar los medicamentos de rescate a tiempo.
- Usar medicamentos de mantenimiento aún cuando no tengamos síntomas por lo menos 3 meses luego de una exacerbación aguda de asma.
- Usar un medidor de flujo espiratorio todos los días para identificar cambios que necesiten cambios en los medicamentos de asma.
- Desarrollar junto a tu médico un plan de acción para el asma en caso de que ocurra un evento no esperado.
- Leer y estudiar sobre la enfermedad en las redes sociales y sitios de internet de entidades gubernamentales y sin fines de lucro dedicadas a la enseñanza del asma bronquial.

Como padres, el conocimiento de la condición los empodera para poder prevenir lo que la causa y entender la importancia que tienen ciertos medicamentos en el tratamiento. Ustedes pasan a ser parte importante en el manejo del asma de sus hijos para que vivan una vida plena y tengan una excelente calidad de vida.

La Música como Antídoto para la Incertidumbre

Por: Cindy Valle Álvarez, M.S.,
Estudiante de Psicología en Práctica Clínica en
la Fundación Santa María de los Ángeles

Los días de incertidumbre modifican las dinámicas familiares, las relaciones con las demás personas y la cotidianidad. Como muchos sabemos, la música siempre ha estado ligada al ser humano y por tanto, influye en la manera en cómo las personas se pueden sentir.

Una de las razones más importantes que justifica la compañía de la música en nuestra vida, es que nos ayuda a liberar tensiones, emocionarnos, relajarnos y evocar memorias. La música proporciona sensaciones placenteras para conmovernos y emocionarnos. Es una de las actividades más complejas que la mente humana puede llevar a cabo. Unas simples notas musicales, pueden ser una herramienta eficaz para trabajar con nuestras emociones e influir en nuestros actos cognitivos y conductuales. Si estamos alegres, somos más creativos y tenemos ánimo para llevar a cabo nuestros proyectos ya sea de la escuela o del trabajo. Si estamos deprimidos o ansiosos, cualquier acción que intentemos sería un caso perdido. Nuestra relación con la música es capaz de alterar nuestro estado emocional. Nuestro cerebro involucra los sonidos como pieza fundamental, asociando los sonidos que apreciamos con las emociones.

Estimular el cerebro a través de la música es una de las mejores decisiones que podemos tomar durante los días difíciles para manejar la ansiedad, depresión o el aburrimiento.

ANSIEDAD

La música puede ser de gran beneficio para el manejo de nuestros niveles de ansiedad, estrés o incluso miedo. Escuchar música suave en momentos de ansiedad, mejora la capacidad para sentirnos más tranquilos y calmados ante la situación. La música suave sirve para aliviar los dolores físicos, reduce la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Además, nos permite sentirnos relajados antes las situaciones de estrés o miedo que no podemos controlar. Por consiguiente, reduce el riesgo a sufrir problemas de salud. Puede servir como analgésico en una gran variedad de enfermedades.



- **La música sirve como distractor y fomenta la sensación de control a su vez que libera endorfinas para contrarestar el dolor.**
- **Escuchar música para aliviar el estrés es uno de los mejores métodos para combatirlo.**
- **Establecer un descanso del trabajo escolar o laboral es algo necesario.**
- **Tanto la música clásica como la música de meditación pueden ayudar. Todo depende del gusto de la persona.**

DEPRESIÓN

Por otro lado, la música puede ayudar a controlar los sentimientos de depresión, tristeza, desánimo, cansancio y desesperanza. Hay que tener en cuenta que este estado afecta nuestro desenvolvimiento en los diferentes roles que tengamos, ya sea como estudiante, empleado, padre o hijo. Las personas pueden experimentar pérdida de interés en sus actividades favoritas, aumento o pérdida del apetito y aumento o pérdida de sueño.

En este caso, la música animada o con ritmos fuertes estimulan el cerebro. Cuando escuchas este tipo de música, se estimulan las ondas cerebrales que permiten que la persona se sienta motivada a mejorar su funcionalidad. Por ende, es efectivo para mantener la participación en el trabajo, cualquier actividad y en las relaciones interpersonales dentro del hogar. La música permite que las personas tristes o desanimadas, puedan mantenerse activas en su vida cotidiana. Por ende, escuchar música animada permite un cambio en el estado de ánimo y en el autocontrol de las emociones de la persona.

ABURRIMIENTO

Este sentimiento es mayormente observado en los niños y adolescentes, pero no se invalida que los adultos puedan sentirse de esta manera. El aburrimiento puede convertirse en un verdadero desafío y puede ser un reto si no intentas cosas diferentes y aprovechas tu tiempo al máximo. Incluso este mismo aburrimiento, puede llevar a la persona a sentir la ansiedad y la depresión descritas anteriormente. Hemos escuchado diferentes actividades como leer un libro, meditar, hacer ejercicios, ordenar tu hogar, cocinar, peinarte, maquillarte, dibujar o pintar, entre otras actividades, pero **¿qué podemos hacer con la música?**

1. Bajar aplicaciones de música: Existen diferentes programas donde se puede escuchar o bajar música, creando una cuenta de usuario. Entre estos se encuentra Spotify, Pandora Music, Google Play Music, Napster, ITunes, entre otros.

2. Utilizar youtube: Esta página es un portal de internet que permite a sus usuarios subir y ver diferentes videos. Es un medio de comunicación audiovisual gratuito atractivo y divertido, donde se puede escuchar música. Mucho ojo mientras los niños lo estén utilizando.

3. Utilizar el radio: Para las personas que no son muy diestros con la internet, el radio sigue siendo un medio de comunicación y música, donde se puede escuchar cualquier tipo de música en las diferentes estaciones que existen.

4. Cantar: El canto se utiliza para formar con la voz sonidos melodiosos y variados. Las plataformas antes mencionadas, pueden servir para poner alguna canción y establecer tal vez, alguna noche de karaoke como actividad para compartir en el hogar.

5. Bailar o danzar: El baile es un arte donde se utiliza el movimiento corporal generalmente con la música, como una forma de expresión y de interacción social. Puede ayudar a fortalecer nuestras emociones positivas y canalizar las negativas. Se puede motivar a los chicos a crear una coreografía, aprenderse una o ejercitarse haciendo Zumba.

6. Tocar algún instrumento: Interpretar música o practicar algún instrumento permite desarrollar organización, disciplina y diferentes habilidades musicales. Ayuda a una mayor concentración y planificación de la persona.

7. Utilizar algún utensilio para crear música: Esta actividad es excelente para estimular la creatividad y curiosidad en los niños mayormente. Improvisar con un vaso, una olla, un zafacón, entre otros utensilios fortalece esa área cerebral que les permite innovar y crear en cualquier otro ámbito.

8. Aprender alguna de estas actividades: Adiestrarnos en algún estilo de música nuevo, aprender a tocar un instrumento o hacer actividades nunca antes hechas como cantar o bailar, nos elevan nuestros estados de ánimo. Además, este tipo de actividad puede ayudarte en otras actividades cotidianas como por ejemplo, el cocinar, hacer deportes o tener que estudiar.

Estas actividades que incluyen la música como exponente principal, permiten el bienestar emocional y nos brindan un estado de armonía y tranquilidad. Las personas a través de la música liberan energías reprimidas y se sienten mejor consigo mismo y con el mundo que los rodea. El contacto con la música y las diferentes actividades promueven el disfrute mediante la práctica. Además, permiten una mejoría en las habilidades cognitivas. La música requiere la atención de varios aspectos a la vez, entre estos: el tono, el ritmo, el tempo, las notas y la expresividad en la ejecución. De igual manera, las conexiones que las neuronas crean en el cerebro, permiten aumentar la memoria y la coordinación.

fundación santa maría de los ángeles

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

Vómitos en el bebé





Por: Dra. Wihelma Echevarría Cortés
Gastroenteróloga Pediátrica
Certificada por el ABP en Pediatría
y Gastroenterología Pediátrica
Práctica en HIMA, Caguas y Hosp. San Pablo

Muchos bebés vomitan o escupen parte de la leche materna o de la fórmula maternizada. Algunos bebés lo hacen sólo ocasionalmente, mientras que otros lo hacen con cada toma. Esto puede causar mucha ansiedad en cualquier padre, y es una de las razones principales para que los infantes visiten al gastroenterólogo pediátrico.

Hablemos de dos términos que muchas veces se confunden: regurgitación (reflujo o buches) y vómitos

REGURGITACIÓN (BUCHES)

Dos de cada tres bebés presentan regurgitación. En la regurgitación, el contenido del estómago sube espontáneamente hacia fuera de la boca del bebé, muchas veces pasivamente, algunas, acompañado de un eructo.

La regurgitación, también llamada reflujo gastroesofágico (RGE), suele suceder porque el esfínter (muchos le llaman "válvula") en la parte baja del esófago aún está algo inmaduro.

Esta inmadurez hace que el esfinter no se cierre completamente, de forma que con los movimientos del estómago la leche sube por el esófago, apareciendo de nuevo en la boca.

Normalmente los bebés empiezan a presentar episodios de reflujo en las primeras semanas de vida, alcanzando su máxima intensidad sobre los 4 meses, para a partir de ahí descender y terminar desapareciendo entre los 10-12 meses de edad.

Un porciento menor de bebés continúa presentando señales de RGE hasta pasados los 12 meses de edad, y los síntomas desaparecen durante el segundo año de vida.

La gran mayoría de los bebés con RGE son lo que llamamos escupidores felices, pues su episodio no les ocasiona mayor malestar ni dolor.

MANERAS DE AYUDAR A SU BEBÉ

Usted puede reducir la cantidad de alimento que su bebé regurgita de las siguientes maneras:

• Alimente a su bebé antes de que se muestre frenéticamente hambriento. Si usted lo está alimentando a biberón, asegúrese de no sobrealimentarlo. Por regla general, el bebé aumentará la cantidad de leche que ingiere por un promedio de 1 onza cada mes antes de nivelar a aproximadamente 7 a 8 onzas por toma.



• Si usted le está dando el biberón, asegúrese de que la apertura de la mamadera no sea ni muy grande ni muy pequeña. Una apertura muy grande hará que la leche fluya demasiado rápido. Si la apertura es muy pequeña esto hará que su bebé trague una gran cantidad de aire, y al tener mas eructos, puede regurgitar más.



• Asegúrese de que el momento de la alimentación sea tranquilo y relajado e intente evitar las distracciones.

• Evite los pañales ajustados, ya que hacen presión en el abdomen de su bebé. Evite las presiones sobre el vientre de su bebé.

• Haga eructar a su bebé un par de veces durante la toma para liberar parte el aire que se acumula en el vientre. No interrumpa la comida, pero hágalo eructar cuando el bebé haga una pausa.

• Mantenga a su bebé en posición vertical por 15-30 minutos después de cada alimentación.

• También puede espesar la leche o la fórmula con un poco de cereal para bebé. Otra alternativa es utilizar formulas maternizadas especiales para infantes con RGE.

ADVERTENCIA: Consulte con su pediatra antes de considerar estas alternativas. Él le indicará si esto es adecuado para su bebé.

¿CUÁNDO SE DEBE VISITAR AL MÉDICO?

Por lo general, la regurgitación es inofensiva; sin embargo, puede representar un problema en caso de que provoque pobre aumento de peso, dolor o atragantamiento.

Si su bebé experimenta alguno de los siguientes síntomas cuando regurgita, llévelo al médico:

• líneas de sangre en la regurgitación
• regurgitación que hace que su bebé tenga arcadas o se ahogue severamente
• regurgitación que hace que su bebé se ponga azul por tiempos significativos y/o frecuentes
• dificultad para aumentar de peso
• vómitos proyectiles (ver abajo)

ALGUNAS PALABRAS SOBRE LA POSICIÓN ADECUADA PARA DORMIR.

Poner a su bebé recién nacido a dormir de espalda se considera una de las mejores cosas que usted puede hacer para prevenir el síndrome de muerte súbita del infante (SMSI).



Aunque a usted le inquiete la idea de poner a su bebé recién nacido a dormir de espalda o boca arriba si es propenso a regurgitar, no tiene por qué preocuparse. No hay mayor riesgo de sofocación en bebés recién nacidos que son puestos a dormir sobre su espalda.

VÓMITOS

En el vómito existe una contracción activa del estómago que fuerza la expulsión de su contenido. El vómito puede ser signo de una infección en alguna parte del cuerpo, una reacción a algo que el bebé ingirió, o algún otro problema gastrointestinal o sistémico.

Puede ser difícil saber si un bebé está escupiendo o vomitando. El pediatra le puede ayudar a determinar la causa y si se necesita tratamiento.

Los bebés pueden vomitar debido a infecciones del intestino u otras partes del cuerpo (oídos, sangre, pulmones, orina, etc.). Cualquier bebé pequeño que desarrolle fiebre, letargo, pobre chupado, deshidratación con o sin vómitos, debe ser evaluado por su médico.

El vómito también puede ser señal de un problema de alergia a la proteína de la leche de vaca (ya sea proveniente de la dieta que consume la mama que lacta, o de la formula maternizada).

Si este es el caso, el bebe va a presentar otros síntomas además de vómitos (uno o más de los siguientes: dolor abdominal, diarreas, erupciones en la piel, pobre ganancia de peso, sangrado intestinal, entre otros).

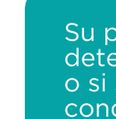
Consulte con su pediatra o su gastroenterólogo pediátrico para ayudarle a definir si los vómitos de su bebe podrían ser señal de un problema alérgico.

CUANDO EL VÓMITO SE VUELVE UN PROBLEMA

Si hay una infección viral, el vómito a menudo se acompaña de diarrea. Si hay presencia de bilis (sustancia verde) en el vómito, esto podría ser signo de bloqueo intestinal, lo que requiere atención inmediata y una posible cirugía de urgencia.

Contacte a su médico inmediatamente si el vómito parece ser excesivo, si hay bilis o sangre en el vómito, o si el vómito se acompaña de diarrea. Llame también al médico si su bebé muestra signos de deshidratación como por ejemplo, boca seca, menos de seis pañales mojados por día, ojos hundidos, fontanela hundida, piel seca o hipoactividad.

El vómito proyectil es aquel que se expulsa violentamente por la boca del bebé. Si su bebé presenta vómito proyectil, llame inmediatamente a su médico. Podría ser un signo de estenosis pilórica, que es una afección relativamente común en niños pequeños. La estenosis pilórica consiste en un estrechamiento de la porción inferior del estómago que evita que el alimento pase al intestino. Este es una condición que requiere una intervención del cirujano pediátrico.



DEBE LLAMAR A SU PEDIATRA INMEDIATAMENTE SI SU HIJO PRESENTA ALGUNO DE LAS SIGUIENTES SEÑALES:

- **vómito con sangre o verde (bilis)**
- **vómitos proyectiles**
- **si un bebé se niega a comer o beber nada por horas**
- **deshidratación de moderada a severa: boca seca, sin lágrimas al llorar, no orinar o que no se le cambia un pañal mojado en cuatro a seis horas**
- **dolor abdominal intenso, incluso si es intermitente**
- **evacuaciones sanguinolentas**
- **fiebre**
- **cambios de comportamiento, incluyendo letargo o pobre ingesta de leche materna o fórmula maternizada**

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Su pediatra o gastroenterólogo pediátrico determinará si el bebé presenta RGE significativo, o si se trata de vómitos causado por alguna de las condiciones aquí discutidas.

Dependiendo de su determinación, decidirá si el bebé requiere alguna prueba diagnóstica (radiografías, estudios invasivos). También decidirá si el bebé amerita un cambio en dieta de mama si es lactado, o un cambio en la formula maternizada a una hipoalergénica.

Es importante recalcar que si el bebé está siendo lactado por su madre, lo ideal es hacer lo posible para que así continúe. En algunas ocasiones, se determinará que el bebé se beneficiaría de un curso de medicamentos antiácidos.

En caso de que se trate de una obstrucción, el medico consultará al cirujano pediátrico para que resuelva el problema quirúrgico.



Consulte al pediatra si su bebé presenta alguno de los síntomas de alarma discutidos aquí.

LEUCEMIA: "EL CONOCIDO CÁNCER EN LA SANGRE" DE LA NIÑEZ



Por: Moisés García Rosa, MD, FAAP
Fellow Hematología-oncología pediátrica
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Una de las peores noticias que le pueden decir a un padre, es que su hijo tenga cáncer. Es justo en ese momento, cuando surgen muchas dudas o preguntas, tales como: ¿Por qué le ocurre esto a mi hijo? ¿Va a morir? ¿Cuán común es el cáncer en un niño? ¿Cuál es la probabilidad de que mi hijo se cure? ¿Cómo pude haberlo detectado a tiempo?

LA REALIDAD ES QUE EL CÁNCER PEDIÁTRICO ES POCO COMÚN.

En los Estados Unidos, anualmente se reportan 14,000 nuevos casos de cáncer en menores de 18 años. Aunque existen muchos tipos de cáncer, en los niños el más común es leucemia. Éste ocurre en aproximadamente el 30% de los casos nuevos de cáncer infantil. Por tal razón, en este artículo se brinda información sobre la leucemia, incluyendo signos y síntomas más comunes, señales que sirven para la detección temprana y manejo de la condición.

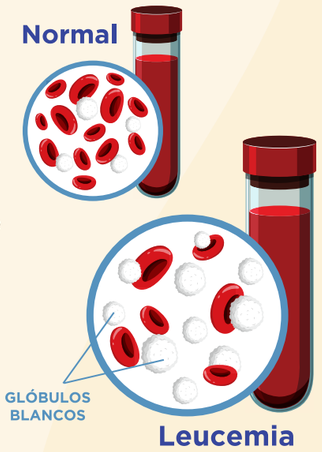
La leucemia suele ocurrir con mayor frecuencia en varones en las edades entre 1 y 4 años de edad.

También es conocida como cáncer en la sangre. ¿Por qué dicen esto? Lo primero que hay que entender es que la sangre se compone de distintas células. Dentro de éstas se encuentran los glóbulos blancos, hemoglobina y plaquetas. Todas estas células se producen en la médula ósea, la cual se encuentra en la parte central de los huesos.

Los glóbulos blancos son los encargados de protegernos contra los gérmenes, es decir, son el sistema de defensa del cuerpo humano.

La hemoglobina se encarga de transportar el oxígeno a las distintas partes del cuerpo y las plaquetas ayudan a mantener la sangre coagulada.

Ahora bien, cuando los glóbulos blancos se empiezan a producir de forma excesiva o anormal y son liberados a la sangre desde la médula ósea, es lo que llamamos leucemia. ¿Por qué ocurre esta producción anormal en las células de la sangre? La realidad es que la contestación a esta interrogante no es simple, ya que esto se debe a diferentes factores como: factores genéticos, inmunológicos, infecciosos y ambientales. Es por esta razón que se necesitan más estudios de investigación.



Una vez se entienda cómo se forma la leucemia, es fácil comprender los signos y síntomas que ésta genera. Como antes mencionado, en la leucemia ocurre un cambio abrupto en la producción de los glóbulos blancos, que motiva a que otras células de la sangre como las células rojas (hemoglobina) y las plaquetas no se produzcan de forma adecuada.

Es aquí, donde comienzan los síntomas iniciales:

nivel bajo de hemoglobina, que se manifiesta como palidez, cansancio excesivo, falta de aire y/o aumento en el ritmo cardíaco. Por otro lado, cuando los niveles de plaquetas se encuentran bajo el nivel esperado ocurren lesiones en la piel, llamadas petequias. Éstas se describen como pequeños puntos de color rojo o rosado que pueden salir en cualquier parte del cuerpo. De igual forma, un número de plaquetas bajo puede causar la formación espontánea de moretones. Además, las células blancas que se producen en las leucemias no funcionan adecuadamente, por lo que el niño está propenso a contraer infecciones. Otro síntoma común es dolor en los huesos. Esto ocurre ya que las células cancerosas se acumulan en la medula ósea provocando que los niños presenten problemas al ambular, como cojera o rehúsan el caminar. Finalmente, otros hallazgos podrían ser fiebre y el agrandamiento de los nódulos linfáticos, que es el lugar donde el cuerpo almacena las defensas, ya que la leucemia tiene la habilidad de invadir los distintos tejidos del cuerpo.



hemoglobina baja



petequias



glóbulos blancos alterados



cansancio y dolor en los huesos



fiebre

Si se identifican algunos de los signos y síntomas mencionados anteriormente se debe llevar a el niño a un pediatra para una mejor evaluación.

De los estudios diagnósticos iniciales que puede ordenar su médico se encuentra un contaje de células de la sangre (CBC). Esta prueba de laboratorio muestra las cantidades de las distintas células de la sangre. Si el resultado se encuentra alterado, su pediatra podría referirlo a un oncólogo pediátrico para una evaluación más detallada. El estudio diagnóstico principal para confirmar una leucemia es el aspirado y biopsia de médula ósea, dónde se detecta la presencia de glóbulos blancos anormales.

Si se diagnostica la leucemia, se debe tratar con un equipo multidisciplinario que incluye: enfermeros, médicos, investigadores, trabajadores sociales, sicólogos, farmacéuticos, entre otros profesionales de la salud, para cubrir de forma holística e individual las necesidades del niño. También, se hace uso de quimioterapia, esteroides, radioterapia, entre otras modalidades terapéuticas, según sean recomendadas por el oncólogo pediátrico.

Con el pasar del tiempo, la medicina ha avanzado y como resultado, las leucemias en niños tienen un buen pronóstico, con una supervivencia alrededor de los 90%.

Entonces, ¿Qué consejos son importante para los padres?

Primero, es importante que su niño reciba la evaluación de rutina por su pediatra según su edad. Así aseguramos que un profesional esté atento a la salud de su hijo y en caso de estar presente una enfermedad como la leucemia, se haga detección a tiempo. Sin duda alguna, una detección temprana equivale a un mejor pronóstico en los niños.

Una vez su hijo es diagnosticado con cáncer, es importante seguir estrictamente las recomendaciones del equipo multidisciplinario. Un retraso en el tratamiento, podría ser perjudicial para la salud del niño.

Por último, es importante mantener un buen estado de ánimo. Como se menciona anteriormente, el pronóstico en general es favorable, por lo que se debe mantener una actitud y mente positiva para poder superar esos momentos difíciles.

Recuerden que no están solos, tienen un equipo que está dispuesto a ayudarlos y apoyarlos en estos momentos complicados.

Referencias:
Cancer stat facts: childhood leukemia (ages 0-19). (s.f.) Recuperado de https://seer.cancer.gov/statfacts/html/childleuk.html
Kaplan, J. (2019). Leukemia in children. Pediatrics in Review. 40 (7) 319-331; DOI: https://doi.org/10.1542/pir.2018-0192
Savelli, S. & Prasad, P. (2019). Tipos de cáncer en los niños y adolescentes. Recuperado de https://www.healthychildren.org/spanish/health-issues/conditions/cancer/paginas/childhood-cancer.aspx



NeuroMaternidad para la relación mamá-infante con bebé prematuro en una pandemia

Por: Sully Román Berríos, BBA, MBA, CBD
Doula de Parto, NeuroCoach y Educadora Perinatal
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 mamá-infante. Como Doula de Parto y Nacimiento Certificada y Educadora Perinatal reconozco que entre la gestación, alumbramiento y etapa de 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 referir de ser necesario. En la NeuroMaternidad utilizo herramientas holísticas de NeuroCoaching para apoyar a las familias. Esto es la combinación de Coaching y Programación Neurolingüistica en la que se respeta el modelo de mundo de cada persona con el fin de llegar al logro deseado.

Se acompaña en el proceso honrando al cliente como experto en su vida. Esto puede suceder por medio de sesiones individuales o grupales con dinámicas que incluyen preguntas y respuestas, ejercicios de kinesiología, meditación guiada, entre 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 y preocupaciones. La pandemia ha provocado nuevos protocolos en las instituciones hospitalarias. Estas madres comienzan a experimentar el estrés de dar a luz sin redes de apoyo y en aislamiento.

Las mujeres necesitan vivir en tribu la transformación hacia su maternidad.

¿Qué pasa cuando el parto es prematuro? ¿Cómo se siente la madre en la relación con su bebé?

Probablemente tenga batallas de culpabilidad y con muchas preguntas. Buscando entender por qué no llegó a la fecha estimada de parto y puede ser una de las razones por las que se mantenga al margen de la situación. Quizás anhela amamantar, hacer contacto piel con piel y tiene la incertidumbre si su hijo realmente estará bien.

> **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 su 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 en el proceso. Un ejemplo de ello puede ser que la madre sienta que debe pelear, discutir, agredir físicamente, insultar entre otros comportamientos 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 o tocando sus piernas.

Lo recomendable es que tenga recursos que puedan generar seguridad, empoderamiento, relajación, confianza y neurodesarrollo. Que sus resultados se traduzcan en una sana relación materno-infantil con bebé prematuro más allá de tiempos en pandemia.

Mamá y familia pueden desarrollar el vínculo de apego de la siguiente manera:











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

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

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

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

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

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

Mamá recuerda que eres importante y que es totalmente válido expresarse. Si estás buscando una tribu para conectar, compartir y conocer otras madres estás invitada a la página de Mommy Spa Break y todas sus redes sociales.

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

MI BEBÉ TIENE UNOS BRINCOS RAROS ¿ME DEBO PREOCUPAR?



Por: Janice Rodríguez Hernández, MD
Epileptóloga Pediátrica
Catedrática Auxiliar RCM
Manatí Medical Center

Los bebes tienen muchos movimientos que en ocasiones asustan a sus cuidadores. Estos movimientos a veces pueden ser totalmente normales del desarrollo, pero en algunos casos pueden ser movimientos que reflejen algún tipo de convulsión. Ciertamente, siempre que hay una sospecha de algún movimiento anormal, hay que hacer una evaluación más detallada.

EN EL 90% DE LOS CASOS AFECTA A INFANTES MENOS DE UN AÑO.

Indiscutiblemente, uno de los trastornos convulsivos de la infancia más preocupantes son los espasmos infantiles (EI). Este síndrome se caracteriza por producir convulsiones que suelen ser sutiles y cortas inicialmente y luego pueden progresar a tipos de epilepsia de difícil control.

¿QUÉ SON LOS ESPASMOS INFANTILES?

Son convulsiones que provocan que los músculos de los brazos y las piernas se vuelvan rígidos e inclinen la cabeza del bebé hacia delante o que la cabeza este inclinada hacia atrás con los brazos y las piernas estiradas. Dependiendo del movimiento que realice el infante se categorizan en espasmos flexores o espasmos extensores.

Los espasmos suceden repentinamente y duran uno o dos segundos. En su mayoría ocurren cuando el bebé está quedándose dormido o al despertarse. Los espasmos pueden presentar de manera aislada y luego comienzan a ocurrir en grupitos o ramilletes. Muchas veces los padres los describen como unos sobresaltos exagerados. Con frecuencia se pueden confundir con cólicos, reflujo gastro-esofágico o hipo.

Los bebés afectados por este síndrome luego de tener este tipo de convulsión lloran o se ponen irritables. Los papás lo describen como si se asustaran, causando una gran preocupación en sus cuidadores.

En el 90% de los casos afecta a infantes menos de un año. Usualmente la edad de comienzo oscila entre tan temprano como a los dos meses hasta los 20 meses. El promedio de edad de comienzo fluctúa entre los 6 a 7 meses de edad.



Los espasmos infantiles, lamentablemente, suelen tener un impacto negativo en el desarrollo del infante y se caracterizan por producir una pérdida de habilidades (como el balbucear, sentarse o virarse).



Figura 1.
Representación de Espasmo extensor

ESTE SÍNDROME TIENE VARIAS FASES:

ETAPA LEVE

Durante esta fase inicial los espasmos ocurren de manera infrecuente y esporádicamente.

ETAPA MODERADA

Comienza una regresión en el desarrollo del infante que era normal y los espasmos comienzan a ocurrir en ramilletes y aumentan rapidamente hasta llegar a 100 eventos diarios.

ETAPA SEVERA

Si no reciben el tratamiento adecuado progresan a tener otros tipos de convulsiones y retraso severo en el desarollo.

¿POR QUÉ OCURREN LOS ESPASMOS INFANTILES?

La causa de los espasmos infantiles es variable y heterogénea. Su clasificación va a depender directamente de la etiología. Dependiendo de la causa es el tratamiento que se recomienda. En su mayoría ocurren por alguna predisposición genética o por alguna anomalía de la estructura cerebral.

Las causas de estos pueden incluir:

- Problemas metabólicos o enzimáticos: esto tiene que ver con la forma en que el cuerpo procesa sus propios químicos.
- Desarrollo anormal del cerebro: problemas de desórdenes de migración, historial de asfixia neonatal o historial prematurez extrema.
- Trastornos genéticos (tales como síndrome de Down, el complejo de esclerosis tuberosa o algunas condiciones genéticas)

Un estudio multicéntrico- prospectivo demostró que los paneles de epilepsia genética son el estudio que puede identificar cerca del 31 % de las causas de espasmos infantiles.

¿QUÉ TIPOS DE PRUEBAS EXISTEN PARA MI NIÑO CON ESPASMOS INFANTILES?

Cuando hay sospecha de espasmos infantiles una de las primeras cosas que usted como padre debe hacer es grabar con su teléfono celular el movimiento que esté haciendo su hijo. El próximo paso, luego de ser evaluado por su pediatra, es hacer una prueba de suma importancia, llamada electroencefalograma (EEG.) En este estudio se estarán midiendo las distintas ondas cerebrales de su hijo.

Para realizar este estudio se colocarán unos pequeños electrodos que transmitirán a una computadora la actividad cerebral. El EEG no produce ningún dolor y es bien tolerado en los pacientes. El EEG dura al menos 30 minutos. En este estudio se evalúa si la actividad es normal o anormal y si hay algún patrón asociado a los espasmos infantiles. Usualmente este síndrome está asociado con un tipo específico de actividad cerebral llamada hipsarritmia. Este patrón representa una desorganización en la actividad cerebral y tendencia a tener espasmos infantiles.

¿HAY TRATAMIENTO PARA ESTA CONDICIÓN?

Usted y el neurólogo infantil de su niño decidirán el mejor tratamiento. Por lo general, el tratamiento comienza muy rápidamente después del diagnóstico. El objetivo de la terapia es detener los espasmos y las ondas cerebrales anormales lo antes posible.

La primera línea de tratamiento para espasmos infantiles lo son el ACTH, una hormona que se administra mediante inyecciones intramusculares y, la prednisona. Las primeras dosis se dan en el hospital para poder monitorear efectos secundarios como lo son: alta presión o descontrol de azúcar. Este tratamiento dura alrededor de 6 semanas. La respuesta esperada a este medicamento debe ser resolución completa de los espasmos infantiles y mejoría en el electroencefalograma.

En casos de esclerosis tuberosa la primera línea de tratamiento es Vigabatrina. Para este tratamiento se requiere evaluación oftalmológica ya que puede causar reducción de los campos visuales.

Si en dos semanas el paciente no mejora se deben considerar otras opciones terapéuticas como lo es la dieta cetogénica.

MI HIJO FUE DIAGNOSTICADO CON ESPASMOS INFANTILES: ¿QUÉ PUEDO ESPERAR A LARGO PLAZO?

Aunque logremos suprimir los espasmos infantiles muchos niños pueden desarrollar a largo plazo dificultades de aprendizaje y en el desarrollo. Un 60 % de los pacientes a largo plazo desarrollan otro tipo de epilepsia. Es importante tratar los espasmos infantiles con rapidez. Cuanto antes trate a su niño, más probabilidad tendrá de desarrollarse con más normalidad.

UN 60 % DE LOS PACIENTES A LARGO PLAZO DESARROLLAN OTRO TIPO DE EPILEPSIA.

¿QUÉ DEBO HACER SI SOSPECHO QUE MI HIJO TIENE ESPASMOS INFANTILES?

1. **Vea los signos: espasmos o contracciones que suceden repentinamente y duran uno o dos segundos.**
2. **Tome un video y envíeselo a su doctor y si éste lo indica, acuda a la sala de emergencia.**
3. **Obtenga un electroencefalograma para confirmar este diagnóstico.**
4. **Reciba los tratamientos adecuados.**
   Existen dos opciones de tratamientos de primera línea para espasmos infantiles: ACTH/ Prednisona o Vigabatrina.
5. **Consulte su caso con un especialista de epilepsia.**

DOLOR TESTICULAR:
Diagnósticos Comunes en la Sala de Emergencia



Por: Oscar A. Muñiz Seda, MD. 1 , Jahzel M. González Pagán, MD. 1,2
[1] Universidad de Puerto Rico - Escuela de Medicina, Departamento de Pediatría,
[2] Sección de Medicina de Emergencia

Los niños y adolescentes pueden tener quejas o molestia en el área genital durante varias etapas de su vida. Incluso podrían "aguantar" o no hablar con su cuidador de estas quejas por vergüenza a hablar del tema o porque no se sienten en confianza.

El dolor o molestia testicular es una queja común en pacientes que vemos en las salas de emergencia y los diagnósticos que suelen estar asociados a estas quejas pueden ser emergentes y deben ser tratados con prontitud. En este artículo discutiremos los diagnósticos más comunes de dolor testicular durante las evaluaciones en las salas de emergencia pediatricas.

TORSIÓN TESTICULAR

Es la complicación más seria de un dolor testicular agudo ya que podría resultar en la pérdida de un testículo. **La causa más común de torsión testicular ocurre debido a una deformidad anatómica en las estructuras que le brindan soporte al testículo.**

Esta deformidad aumenta la movilidad del testículo, causando que se enrosque en sí mismo. Cuando el testículo se tuerce, también se tuerce el cordón espermático, causando una disminución del flujo sanguíneo; aumentando la probabilidad que éste muera.

Los jóvenes presentan con un dolor testicular severo, constante e historial de náuseas y vómitos; mientras que otros podrían reportar un dolor severo que va y viene.

En la mayoría de los casos en el examen físico encontraremos un testículo hinchado, rojo, y más elevado que el testículo del lado opuesto. A su vez tendrá un dolor agudo al momento de ser palpado por el profesional de salud.

Para poder confirmar el diagnóstico se realiza un ultrasonido testicular donde veremos la ausencia de flujo sanguíneo o enredo del cordón espermático.

Puede ocurrir a cualquier edad, pero el 65% de los casos ocurre en niños de 12 a 18 años, y esto se debe a que hay un aumento en el tamaño y peso del testículo durante la pubertad.

Una vez se tenga la sospecha de torsión testicular, es importante buscar ayuda médica, ya que mientras más rápido se haga el diagnóstico, más altas son las probabilidades de mantener el testículo vivo. La meta proveer el tratamiento dentro de las primeras 6 horas.

El tratamiento es quirúrgico y consiste en "desenredar" el testículo afectado y anclar ambos testículos. En aquellos casos donde el testículo ya es no viable, el mismo se remueve.

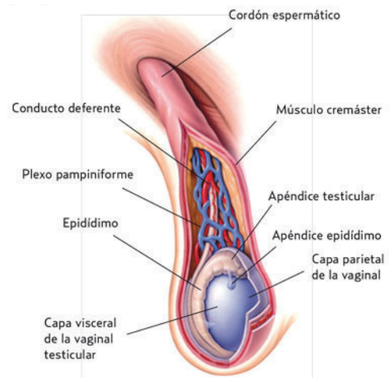


Fig. 1 Anatomia normal del testículo (Source: Masa Escrotal David Morales Perez, MD Actualizacion de Medicina de Familia https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1310)

Es más común en jóvenes de 7 a 12 años y en su examen físico veremos un testículo que no está hinchado, pero sí pudiese verse el cambio en color de esta torsión como un punto azul justo encima del testículo afectado.

TORSIÓN DEL APÉNDICE DEL EPIDÍDIMO

El apéndice del epidídimo se encuentra en el comienzo éste. Debido a su localización y forma anatómica tiene un riesgo aumentado de torcerse en su propio eje y causar dolor en el área del testículo. Este dolor puede variar de leve a severo e imitar a una torsión testicular.

Para la confirmación del diagnóstico se hace un ultrasonido en el cual veremos el apéndice torcido, con un flujo sanguíneo intacto hacia ambos testículos.

El tratamiento que se ofrece es descanso, mantener el área de los testículos elevada para aliviar el dolor y el uso de calzoncillos ajustados. De ser muy incómodo se podrían utilizar analgésicos como acetaminofén o ibuprofeno para manejo del dolor. Este dolor debería resolver en unos 5 a 10 días.

El dolor testicular debe ser considerado una emergencia pediátrica, ya que como explicamos anteriormente, algunos dependen de una intervención rápida para poder proveer el tratamiento adecuado.



Es de suma importancia que durante las visitas con el pediatra, además de una evaluación del sistema genitourinario, se debe fomentar un diálogo sobre estos temas. De esta manera creamos confianza y de ocurrir un evento como los antes mencionados, el joven se sentirá más cómodo notificándolo a sus padres para que sea evaluado rápidamente.

Este diálogo también sirve para educar respecto a un buen cuidado higiénico, orientación sobre prácticas sexuales seguras, o cualquier otra duda que el niño o adolescente pueda tener.



EPIDIDIMITIS

Es más común en los adolescentes, pero puede ocurrir a cualquier edad.

Esto es una inflamación en el epidídimo, un tubo largo y estrecho que conecta el testículo, y almacena y transporta los espermatozoides.

En el caso de adolescentes es más común que sea secundario a ejercicios físicos o bacterias relacionadas a la actividad sexual.

Mientras que en niños pequeños la causa suele ser por trauma directo al área, infecciones de orina o infecciones virales.

Los jóvenes pueden referir algún tipo de descarga o secreción, aumento en la cantidad de veces que van al baño o molestia al orinar. También pueden referir sentir alivio del dolor si se eleva el área del testículo o cuando usan calzoncillos ajustados.

Al momento del examen físico presentará un dolor testicular agudo e hinchazón visible en el área del epidídimo.

A diferencia de una torsión testicular, no veremos un testículo rojo e hinchado o con dolor a la palpación.

Para el diagnóstico se hace un ultrasonido donde veremos un aumento en el flujo sanguíneo hacia el área de los testículos y sin evidencia de torsión testicular.

El tratamiento va depender de la causa por la cual ocurrió, pero principalmente es uno de soporte y descanso.

Un curso de antibióticos se usa si es secundario a una infección bacteriana.

Referencias:
Blair, R. J. (n.d.). Testicular and Scrotal Masses. Pediatrics in Review, 35(10), 450–451. doi: 10.1542/pir.35-10-450
Brenner, J. S., & Ojo, A. (2019, October 8). Causes of Scrotal Pain in Children and Adolescents. Retrieved May 13, 2020, from https://www.uptodate.com/contents/causes-of-scrotal-pain-in-children-and-adolescents?search=testicular torsion&source=search_result&selectedTitle=1-37&usage_type=default&display_rank=1
Gatti, J. M., & Murphy, J. P. (n.d.). Acute Testicular Disorders. Pediatrics in Review, 29(7), 235–240. doi: 10.1542/pir.29-7-235
Kaplan, G. W.. Scrotal Swelling in Children. Pediatrics in Review, 21(9), 311–314. doi: 10.154/pir.21-9-311
Ramsook, C. (2020, February 21). Inguinal hernia in Children. Retrieved May 13, 202AD, from https://www.uptodate.com/contents/inguinal-hernia-in-children?source=autocomplete&index=0-2&search=inguinal hernia i



DROGAS SINTÉTICAS:

¿MÁS SEGURAS Y MENOS ADICTIVAS?



Por: José A. Gaudier Díaz, MD
Medicina Interna y Pediatría
Grupo Medico del Noreste en Canóvanas

Drogas sintéticas, o drogas de diseñador como también se conocen, se refiere a sustancias creadas en un laboratorio con propiedades similares a una droga ilegal, pero con una estructura química un poco diferente para poder clasificarlas como legales.

Existen muchos tipos de drogas sintéticas entre ellas el éxtasis, metanfetaminas, "bath salts" o sales de baño y los más comunes, los cannabinoides (marihuana) sintéticos.

La marihuana sintética es mercadeada como una alternativa barata y más segura que la marihuana, pero la realidad es que es más peligrosa y su uso puede ser fatal, algo que la mayoría de nuestros jóvenes desconoce.

Es conocida como "incienso" o "potpurrí" y la venden en gasolineras, tiendas de parafernalia de drogas y a través del internet.

La marihuana sintética se pega a los mismos receptores en el cerebro que la marihuana, pero es cientos de veces más potente y causa mucho más daño.

Entre los componentes de la marihuana sintética se ha encontrado veneno de rata y sustancias usadas para embalsamar, razón por la cual su uso es tan peligroso y hasta puede llevar a la muerte.



Los adolescentes están más susceptibles a la fascinación hacia estas drogas ya que les prometen un "viaje" legal y seguro.



Se estima que cerca de un **60%** de los usuarios de drogas sintéticas son **menores de 25 años** y mayormente varones.

En un estudio nacional de adolescentes en los Estados Unidos, ellos reportaron una prevalencia de desorden de abuso de drogas ilícitas de un **3.4% en jóvenes de 13 a 14 años y un 16.5% en jóvenes de 17-18 años.**



La razón del uso de estas drogas según múltiples encuestas a jóvenes incluye: escape de la realidad; relajación; aliviar el aburrimiento; para sentirse como adulto; experimentación; como una forma de rebeldía y por presión de grupo.

Referencias:
Robinson, Lawrence; Smith Melinda, M.A., and Segal Jeanne, Ph.D. (October 2019) Drug Abuse and Addiction. Help Guide. https://www.helpguide.org/articles/addictions/drug-abuse-and-addiction.htm
Editorial Staff (February 2020) Synthetic Drugs and Chemical Research Drugs. American Addiction Centers. https://americanaddictioncenters.org/synthetic-drugs

Factores de riesgo para drogas sintéticas son similares a otras sustancias y se pueden dividir en factores familiares, individuales, de pares y de la comunidad.

En los factores de riesgo familiares se encuentran uso de sustancias por padres, exposición intrauterina, ámbito familiar conflictivo, uso de sustancias entre hermanos, eventos familiares negativos (divorcio, pérdida de ser queridos, etc.).

Factores de riesgo individuales incluyen la irritabilidad, actitud agresiva, pobres destrezas sociales, déficit de atención e hiperactividad, baja autoestima y pobre desempeño académico.

Entre los factores de riesgo de pares se observan el uso de substancia en el grupo, adversidad social, disminución en el apoyo social y estar en la universidad.

Los factores de riesgo de la comunidad incluyen pobreza, violencia en la escuela/comunidad, acceso a otras substancias y área urbana.

No obstante, es importante señalar que no sólo son los factores de riesgo los que determinan el uso de estas substancias, sino que se entiende que hay un componente genético y/o una predisposición que puede también afectar o influenciar el acto individual.

Es de suma importancia poder detectar señales de alerta en nuestros adolescentes incluyendo cambios físicos, de conducta y psicológicos.

En cambios físicos se pueden observar cambio en tamaño de pupilas; deterioro en apariencia física; olores extraños en aliento, cuerpo y ropa; falta de coordinación; y cambios en apetito, patrón de sueño y peso.

Señales de alerta en conducta incluyen desinterés en desempeño académico o en trabajo; problemas financieros; conducta sospechosa; cambio en amistades y actividades extracurriculares, y aumento en frecuencia de eventos conflictivos como lo son peleas, accidentes y/o problemas legales.

En las señales psicológicas que preocupan podemos encontrar cambios en personalidad, irritabilidad, agitación, hiperactividad, perdida de motivación, ansiedad y paranoia.

Los efectos nocivos a la salud pueden ser tanto a corto como a largo plazo.

La mayoría de las drogas sintéticas son estimulantes y a corto plazo pueden causar pérdida de conocimiento, confusión, ataques de pánico, agresión, psicosis, ideas suicidas, paranoia, insomnio, fiebre, náusea y vómitos, sudoraciones, dolor de pecho, fallo renal, convulsiones, ataques y paros cardiacos.

Efectos a largo plazo se desconocen en su totalidad, pero al igual que otras sustancias pueden crear dependencia, adicción, síntomas de retirada que incluyen náusea y vómitos, cansancio excesivo, diarrea, insomnio, confusión, daño renal, al hígado, a los huesos y músculos y/o depresión.

Prevención del uso de drogas sintéticas en los adolescentes es responsabilidad de todos.

Las escuelas, actividades extracurriculares y/o oficinas médicas pueden ser áreas donde se pueden llevar a cabo actividades para prevenir de uso de estas sustancias.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda hacer cernimiento a niños y adolescentes para el uso de alcohol, tabaco y otras drogas anualmente comenzando a los 11 años de edad. Como padres y mentores debemos enseñar a los jóvenes de los efectos nocivos a la salud de estas sustancias desde temprano para ayudarlos a tomar la decisión correcta.

Algunas herramientas que se pueden utilizar para prevenir el uso de estas drogas y guiar a nuestros adolescentes incluyen: el diálogo; establecer reglas y consecuencias; monitoreo de actividades; estimular participación en actividades extracurriculares (deportes, baile, etc.) y mantenimiento de una comunicación abierta.

Descubrir que nuestro hijo puede estar utilizando drogas sintéticas puede causar miedo, confusión y enfado, pero como padres debemos mantener la calma.

Recuerde que su pediatra es un recurso importante para ayudarle a identificar profesionales de la salud mental con experiencia y conocimiento en el manejo del uso y abuso de estas substancias en adolescentes.

Referencias:
Bukstein, Oscar MD (April 2019). Substance use disorder in adolescents: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations and consequences, course, assessment, and diagnosis. UP to date.
https://www.uptodate.com/contents/substance-use-disorder-in-adolescents-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-and-consequences-course-assessment-and-diagnosis?search=drug%20abuse&source=search_result&selectedTitle=3-150&usage_type=default&display_rank=3#H2808800888.
The Truth about Synthetic Drugs. Foundation for a drug free world.
https://www.drugfreeworld.org/FURL/data/www.drugfreeworld.org/files/truth-about-synthetic-drugs-booklet-en.pdf
National Center for Drug Abuse Statistics: https://drugabusestatistics.org/teen-drug-use/
Top 10 Facts You Need to Know About Synthetic Cannabinoids: Not So Nice Spice. Ann M. Kemp, RPh, MD, Molly S. Clark, PhD, ABPP, Thomas Dobbs, MD, MPH, Robert Galli, MD, Justin Sherman, Pharm D, Robert Cox, MD, PhD. The American Journal of Medicine. Inc.
http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.10.008



¡El momento de vacunar a tus hijos es **AHORA**!

Necesitan tener sus vacunas al día para mantenerse saludables.

Visita: **DondeMeVacuno.com**

Puerto Rico Chapter
INCORPORATED IN PUERTO RICO
American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

VOCES
COALICIÓN DE VACUNACIÓN DE PUERTO RICO

MERCK
INVENTING FOR LIFE

Este material es gracias a una aportación educativa de Merck.