Revista Mi Pediatra

SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA

Edición 28

Cuando a mi niño lo muerde un perro

CONVULSIONES NEONATALES

Adolescentes LGBTQ+

Alergias a alimentos en los niños

Laceraciones

DORMIR SEGURO

Viajando durante la pandemia de COVID-19



+ VACUNAS AL DÍA para comenzar en la escuela

¿Desea anunciarse en las próximas ediciones de la revista?

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

787-421-0944

Búscanos en:

facebook.com/mipediatraspp

www.revistamipediatrapr.com



Abbott

EleCare®
Para infantes de 0 a 12 meses

EleCare Jr®
Para niños mayores de 1 año

Fórmulas hipoalergénicas a base de aminoácidos para el manejo dietético de alergias severas a alimentos o para la intolerancia a la proteína intacta o hidrolizada.

¿CUÁL ES EL ideal PARA ELLOS?



- Clínicamente probado que **APOYA EL CRECIMIENTO** de infantes como su fuente primaria de nutrición.*[1]
- Con **DHA & ARA** - nutrientes presentes en la leche materna para apoyar el **desarrollo del cerebro y ojos**.



- Cumple o excede el **100% de la ingesta diaria** recomendada de proteína y 25 vitaminas y minerals esenciales para **niños de 1-13 años.****
- También disponible en sabor de vainilla.

Elegible en WIC Puerto Rico†

*Estudio realizado con formulación previa de EleCare sin sabor ni DHA/ARA. 1. Borschel MW, Ziegler EE, Wedig RT, Oliver JS. Crecimiento de infants a término alimentados con formula de infante extensamente hidrolizada a base de caseína y libre de aminoácidos: una prueba controlada, aleatoria y ciega. Clin Pediatr. 2013;52(10):910-917.
**En 1000mL para edades de 1-13, 1300mL para edades 4-8 y 1700mL para edades 9-13 al alimentarse a 30 Cal/oz fl.
† Requiere documentación médica con la forma W-050. WIC (Mujeres, Infantes y Niños) es una marca registrada del Departamento de Agricultura de Estados Unidos. No está implícita ni prevista la aprobación de ninguna marca o producto por parte de USDA.
© 2021 Abbott Laboratories ANAPRELE20219017 LITHO en P.R.

EleCare®
LA FUERZA DE LA NUTRICIÓN

Ganador

DEL CONCURSO DE DIBUJO

Revista Mi Pediatra
SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA



Ángel Cruz Pérez

Para la portada de esta edición se le solicitó a los niños dibujar "Lo que significa el pediatra para ti". La Junta Editora de la Revista Mi Pediatra felicita a Ángel Cruz Pérez, un niño de 6 años de edad y vecino de Utuado, quien resultó ganador del concurso. Al preguntarle a Ángel acerca de su dibujo, nos respondió:

"Mi dibujo significa para mí protección, mi doctor me protege y no tengo que ir al hospital porque estoy saludable"

¡Muchas felicidades!

Mensaje Editorial



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

¡Saludos! Es con mucha energía positiva que les presentamos la edición de verano de la Revista Mi Pediatra de la Sociedad Puertorriqueña de Pediatría. A pesar de que es el segundo verano en tiempo de pandemia, nos sentimos esperanzados. Es momento de estar agradecidos pues contamos con la vacuna contra el COVID-19 ya disponible para nuestros niños a partir de los 12 años y esperemos que muy pronto para los más pequeños. Esta herramienta de prevención, junto con las medidas que todos conocemos, nos ayudará a retomar la normalidad poco a poco. Es por esto que aprovecho esta oportunidad para exhortar una vez más a todos los padres a vacunar a sus niños contra esta enfermedad de la que tanto hemos ido aprendiendo. Según podamos regresar a las rutinas y actividades usuales, el tener a nuestra población de niños y adolescentes debidamente vacunados nos permitirá disfrutar de las mismas con más seguridad.

Encontrarán en este volumen artículos de interés para todas las edades pediátricas desde el dormir seguro en los infantes hasta cómo hablarle a las niñas de la primera menstruación, a los adolescentes de orientación sexual o identidad de género. Podrán además, aprender de condiciones comunes que afectan a nuestros niños; emergencias que surgen a diario creando mucha angustia y manifestaciones de enfermedades crónicas que afectan el diario vivir de nuestras familias. De cara a un nuevo año escolar, es necesario repasar y enfatizar la importancia de mantener todo el itinerario de vacunación al día y la visita rutinaria al pediatra.

Es en la visita al pediatra, donde no solamente se atienden a los niños cuando se enferman, sino que se aprovecha para hacer cernimiento, identificar situaciones con las que se puede hacer intervención a tiempo y ofrecer las guías anticipatorias y de prevención de acuerdo a la edad del niño.

La portada de esta edición muestra los que significa el pediatra para un niño de 6 años de edad: salud, protección y esperanza. Disfrutemos el verano de una forma segura y aprovechemos para poner al día las visitas rutinarias al pediatra. ¡Queremos a nuestros niños saludables física y emocionalmente!

Agradezco a todos los colaboradores de la Revista Mi Pediatra y espero disfruten esta edición.

Un abrazo,

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



Mensaje de la Presidenta

Un placer volverles a saludar y agradecerles el apoyo que brindan a la Sociedad Puertorriqueña de Pediatría al permitirnos llevarles información sobre la salud de los infantes, niños y adolescentes. Finalmente, hemos comenzado a ver una disminución significativa en los casos de COVID. Felicito a la mayoría de los habitantes de esta hermosa isla por el esfuerzo y el sacrificio que han hecho con el fin de contener la pandemia. Muchos hemos acudido al llamado de la vacunación contra el COVID y el resultado ha sido evidente. Esperamos que pronto se puedan vacunar los menores y así protegerlos de esta enfermedad.

Ahora nos toca ponernos al día en aspectos importantes de la salud de los pacientes pediátricos. Debemos de retomar las visitas de rutina en donde el pediatra evalúa aspectos del desarrollo y crecimiento además de asuntos familiares, sicológicos y sociales que afectan al individuo. Debemos de poner al día las vacunas de toda la población pediátrica y de adultos. Sabemos que hay un rezago muy preocupante y debemos de hacer el mayor esfuerzo en prevenir estas enfermedades y sus secuelas que pueden incluir cáncer, discapacidades y hasta la muerte. Debemos de lidiar con las consecuencias serias que ha traído la pandemia como lo son el sobrepeso u obesidad, falta de actividad física, aumento en tiempo de pantalla o “sceen time”, depresión, ansiedad, pérdida de seres queridos y maltrato entre otros.
Debemos de prepararnos para un regreso seguro a la escuela presencial y continuar reforzando en los niños las medidas de prevención como lavado de manos, uso correcto de la mascarilla, distanciamiento físico y vacunación cuando sea recomendada para la edad correspondiente.

Los pediatras y la Sociedad Puertorriqueña de Pediatría ha continuado procurando el bienestar de nuestro mayor tesoro: los niños y los adolescentes. Espero que disfruten de los tópicos que les presentamos en esta edición.

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

Revista Mi Pediatra
SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA
Edición 28















CONTENIDO

08 / ¡Cuando mi niño tiene Fibrosis Quística: ¿Qué deben saber los padres?

10 / El dolor abdominal en los niños: ¿Qué debemos saber?

12 / Corazones en crecimiento: las arritmias en la edad pediátrica

15 / Recomendaciones para que los bebé duerman seguros y los padres duerman tranquilos

18 / Viajando durante la pandemia de COVID-19

20 / Preparando a su niña para la primera menstruación

22 / Hernias inguinales en el infante

24 / Vacunas al día para comenzar en la escuela

26 / ¿Me debo preocupar si no le han descendido los testículos a mi bebé?

28 / Protegiendo a nuestros niños de la contaminación ambiental

31 / Adolescentes LGBTQ+: ¿Qué debo saber?

33 / Laceraciones: ¿Cuándo es necesario acudir a la sala de emergencias?

35 / Alergias a alimentos en los niños: ¿Qué debemos saber?

37 / ¿Se le va a curar la dermatitis atópica a mi niño?

40 / Convulsiones Neonatales

42 / ¿Hasta cuándo debo llevar a mi hijo a su pediatra?

44 / ¡Doctora, a mi hijo le salieron unas bolitas y se le están regando! ¿Qué es el molusco contagioso?

46 / Cuando a mi niño lo muerde un perro

JUNTA EDITORA DE LA REVISTA

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

JUNTA DE LA SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA

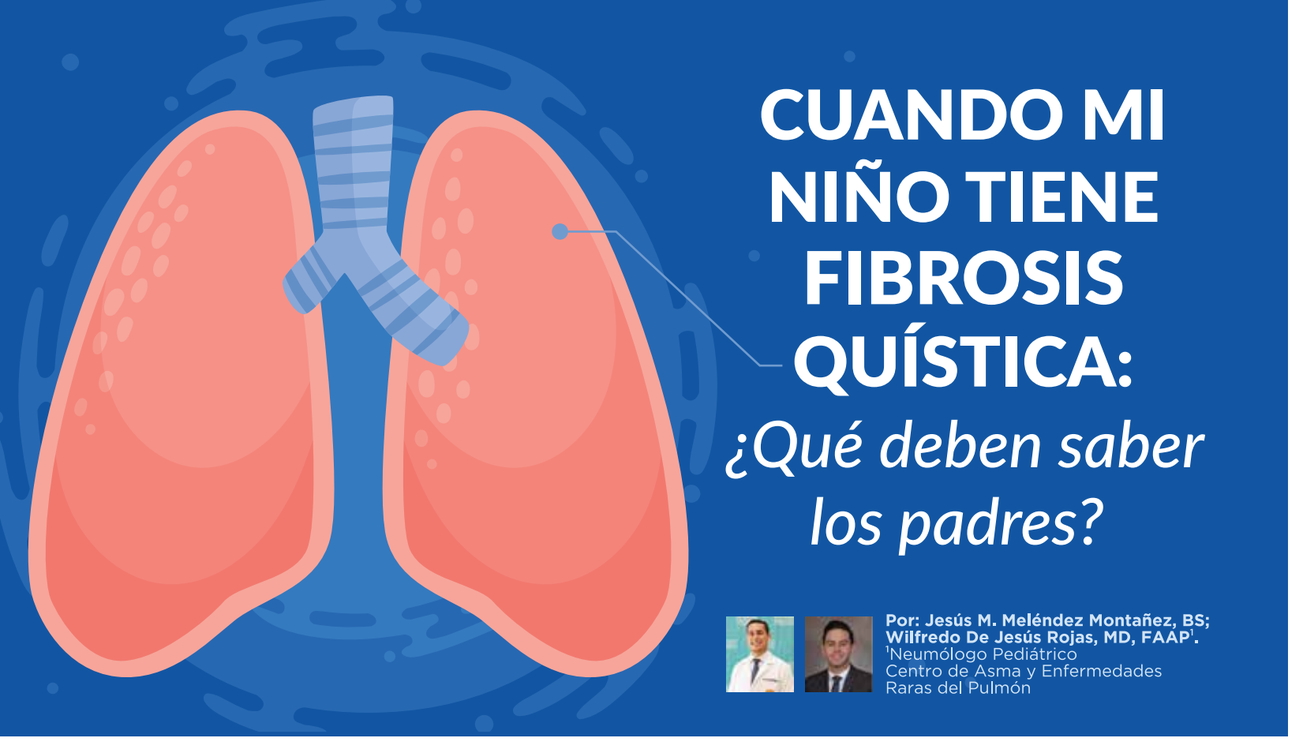
Dra. Carmen Suarez Presidenta 2020-2022
Dr. Gerardo Tosca, Presidente Electo 2022-2024
Dra. Vanessa Santini, Pasada Presidenta
Dr. Ricardo García, Tesorero
Dra. Ana Medina, Secretaria
Dra. Ana Barletta, Vocal
Dra. Ángela Suárez, Vocal
Dra. Iris Cardona, Asesora
Dr. Fernando Vega, Asesor

VENTAS

Diana M. Benítez

DISEÑO GRÁFICO

Aysha M. Berrios



CUANDO MI NIÑO TIENE FIBROSIS QUÍSTICA:

¿Qué deben saber los padres?

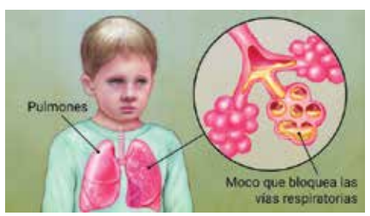
Por: Jesús M. Meléndez Montañez, BS; Wilfredo De Jesús Rojas, MD, FAAP[1].
[1]Neumólogo Pediátrico
Centro de Asma y Enfermedades Raras del Pulmón

La fibrosis quística es una enfermedad genética rara que afecta varios sistemas del cuerpo tales como el respiratorio, digestivo, reproductor y la piel.

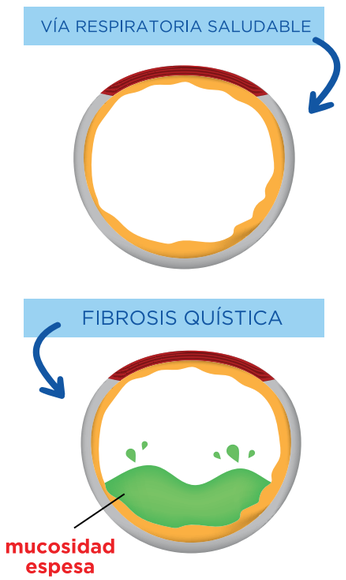
Esta enfermedad genética es causada por una mutación en el gen llamado CFTR, este gen es responsable de formar una proteína cuya función es controlar la secreción de varios minerales del cuerpo incluyendo el cloro.

Esta proteína está presente en todos los órganos del cuerpo en que se produzca mucosidad, incluyendo a los pulmones, hígado, páncreas y glándulas sudoríparas. Cuando esta proteína está defectuosa se crea y se acumula mucosidad espesa y pegajosa, causando que bacterias causen infecciones recurrentes.

En los pulmones, esta mucosidad espesa puede obstruir las vías respiratorias, provocando infecciones e inflamación.



En el sistema respiratorio podemos encontrar las complicaciones más serias y comunes de esta enfermedad, tales como infecciones respiratorias recurrentes, inflamación de las vías aéreas y en casos más severos, fallo respiratorio crónico.



De no ser tratada esta enfermedad a tiempo, ocurre daño al tejido pulmonar, lo cual puede dar paso a cicatrices pulmonares y problemas para respirar.

Es por ello, que los pacientes con Fibrosis Quística son más susceptibles a infecciones respiratorias crónicas como bronquitis, bronquiectasias, neumonías, pólipos nasales y colapso del pulmón.

A nivel digestivo, esta mucosidad puede interferir con la secreción de enzimas digestivas del páncreas que permiten la absorción de grasas y vitaminas esenciales. Por tal razón, los pacientes con Fibrosis Quística suelen mostrar dificultad para crecer y aumentar de peso.

En el hígado, debido a la obstrucción de los ductos biliares, los pacientes pueden mostrar daño y cicatrización del hígado.

Los síntomas de esta enfermedad dependen del órgano afectado y la severidad de éste.

Pero algunos de los síntomas más comunes son el sudor salado en la piel, dedos de palillo de tambor en manos y pies por falta de oxígeno, obstrucción en el intestino al nacer, estar bajo peso para su edad, dolor abdominal severo, diarreas crónicas o estreñimiento, retraso en el crecimiento, sinusitis frecuentes, falta de aire e infecciones pulmonares recurrentes.

Muchos niños pueden ser identificados mediante la prueba de cernimiento neonatal realizada al nacer (prueba del talón) para ver los niveles de tripsina inmunoreactiva en la sangre.

Tambien existen pruebas genéticas para el gen CFTR y una prueba de niveles de cloro en el sudor, conocida como la prueba de sudor.

Éstas son importante para confirmar el diagnóstico de la Fibrosis Quística.

El cuidado de un paciente con Fibrosis Quística está dirigido a humedecer y expulsar esa mucosidad de los ductos afectados.

A NIVEL RESPIRATORIO, está la terapia de limpieza de las vías aéreas mediante un chaleco que produce vibraciones en la caja torácica del paciente que le permiten despegar la mucosidad acumulada y expulsarla del tracto respiratorio.

También se utilizan medicamentos nebulizados con el propósito de mantener el pulmón en óptimas condiciones.

A NIVEL GASTROINTESTINAL se suele recurrir a terapias de reemplazo de enzimas digestivas, permitiéndole al paciente poder absorber los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo.

De ser indicado, el médico puede recetar el uso de antibióticos y antiinflamatorios para combatir infecciones bacterianas presentes en el paciente.

Algunos consejos para padres, madres o encargados de niños, niñas y jóvenes con esta enfermedad serían:

- Visitar regularmente a su pediatra y neumólogo pediátrico.
- Practicar buena higiene dentro y fuera del hogar, para minimizar el riesgo de infecciones.
- Seguir el plan de tratamiento establecido por su médico.
- Evitar exposición a humo de cigarrillo u otros contaminantes del ambiente.
- Mantenerse físicamente activo y ejercitarse frecuentemente.

Durante el ejercicio es sumamente importante mantener la hidratación ya que los niños con Fibrosis Quística son pacientes más susceptibles a deshidratación y finalmente, la importancia de mantener una dieta saludable.

Siempre discuta sus dudas con su Pediatra y su Neumólogo Pediátrico para lograr evitar complicaciones en el futuro y desarrollar al máximo el potencial de su niño con Fibrosis Quística.

Si desea aprender más sobre la Fibrosis quística le invitamos a que vea el siguiente video en YouTube: https://youtu.be/nr-fSKpcXYg

Referencias:
Dickinson KM, Collaco JM. Cystic Fibrosis. Pediatr Rev. 2021 Feb;42(2):55-67. doi: 10.1542/pir.2019-0212. PMID: 33526571.
https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/cystic-fibrosis
https://www.cff.org/What-is-CF/About-Cystic-Fibrosis/
https://www.lung.org/lung-health-diseases/lung-disease-lookup/cystic-fibrosis/treating-and-managing

EL DOLOR ABDOMINAL EN LOS NIÑOS:

¿QUÉ DEBEMOS SABER?



Por: Dra. María C. González Echeandía & Dra. María C. Jiménez MD
Gastroenteróloga Pediátrica



DOLOR ABDOMINAL ES UNA DE LAS QUEJAS MÁS COMUNES EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DESDE LOS MÁS BEBÉS HASTA LOS ADOLESCENTES.

De igual forma, es de las razones principales por las cuales los niños visitan a sus pediatras o recurren a salas de emergencia. Para poder determinar la causa del dolor abdominal es importante reconocer que hay muchos factores que debemos tener en cuenta como lo son: edad, localización del dolor, duración y patrón de síntomas, intensidad del dolor, síntomas asociados adicional al dolor abdominal, el historial médico pasado, historial de trauma, cirugías previas, historial ginecológico, entre otros.

Sin duda, existen un sin número de condiciones tanto gastrointestinales como renales, infecciosas, ginecológicas, y más; por tanto, mostraremos brevemente las más comunes y las emergentes a través de las diferentes etapas.

Cuando empezamos con los más pequeños, los neonatos e infantes hasta los 2 meses de edad, lo que más comúnmente vemos son los cólicos.

Éstos presentan con episodios recurrentes de irritabilidad y llantos prolongados, sin embargo, estos bebés toleran la dieta adecuadamente y tienen un examen físico normal.

Entre las condiciones más serias se encuentran las mal rotaciones intestinales o la enterocolitis necrotizante. Éstas son poco común y presentan con síntomas más severos.

Cuando vamos a los infantes de 3 a 12 meses de edad, las condiciones más comunes que causan dolor abdominal son estreñimiento, gastroenteritis e infecciones virales.

Dentro de estos, el estreñimiento presenta de manera crónica, con disminución en el patrón de excretas y cambio de consistencia. Las gastroenteritis e infecciones virales son más agudas y están acompañadas de otros síntomas como diarreas, vómitos, fiebres bajas y pobre apetito.

De igual forma, las infecciones de orina a esta edad pueden presentar con dolor abdominal.

También existen otras condiciones menos comunes pero serias y requieren evaluación e intervención inmediata como intususcepción. **Esta condición se presenta con episodios intermitentes de dolor agudo e intenso, pobre tolerancia de leche y vómitos.**

Los pequeños de 1 a 5 años pueden presentar con enfermedades similares a las anteriores y en adición encontramos la apendicitis como una de las causas de dolor abdominal.

Esta condición clásicamente va a presentar con dolor abdominal agudo, muchas veces localizados a lado derecho bajo del abdomen, fiebre, y/o vómitos. Esto requiere evaluación urgente para ser diagnosticado y manejado rápidamente.

YA CUANDO COMIENZA LA PUBERTAD,

torsión de ovario en las féminas o torsión testicular en los varones (testículo indurado, rojo, doloroso) pueden ocurrir. **Ambas presentan con dolores agudos, intensos, en las partes bajas abdominales y ambos son emergencias que requieren intervención quirúrgica inmediata.**

A estas edades también pueden comenzar a sufrir de enfermedad inflamatoria del intestino. Esto ya es una presentación más crónica con dolores intermitentes, diarreas con o sin sangre, pérdida de peso, fiebres, cansancio, úlceras, entre otros. El paciente debe ser evaluado por un gastroenterólogo/a pediátrico para un manejo óptimo. Ya al entrar en la adolescencia, las féminas pueden presentar con quistes de ovarios y dismenorrea (dolor asociado a la menstruación).

Otras condiciones comunes y menos serias son similares a las previamente mencionadas como el estreñimiento, gastroenteritis, gastritis, dispepsia, síndromes virales, entre otros.

EXISTEN OTRAS CONDICIONES QUE PUEDEN OCURRIR INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD.

Entre las emergentes está la ingesta de algún cuerpo extraño (juguetes, monedas, etc.), donde usualmente se quejan de dolor abdominal, problemas al tragar y/o salivación.

En el caso de que haya ingerido una batería de botón o magnetos es necesario que vaya inmediatamente a una sala de emergencias y busque ayuda ya que esto puede causar perforación y causar mucho daño.

También, cualquier niño que sufra algún trauma debe ser evaluado ya que dependiendo del mecanismo del trauma puede haber sufrido daño intra-abdominal.

El historial médico pasado es crucial conocerlo ya que cualquier niño con historial previo de alguna condición como anemia falciforme, diabetes mellitus, enfermedad renal, cáncer, cirugías previas, entre otras, pueden presentar con dolor abdominal como una manifestación de la misma condición.

SIN DUDA ALGUNA, NADIE CONOCE MEJOR A LOS PEQUEÑOS QUE SUS PADRES.

Si en algún momento su hijo presenta con un dolor abdominal agudo/intenso o persistente, con síntomas asociados que le preocupen: vómitos persistentes/biliosos/proyectiles, no tolera hidratación oral, este orinando menos, o simplemente no vea a su hijo/a como es usualmente, busque atención médica de inmediato.

De igual forma si presenta con síntomas más crónicos como pérdida de peso involuntaria, fiebres persistentes o sin explicación, evacuaciones líquidas persistentes o con sangre, síntomas urinarios, cambios en piel, busque que su hijo sea evaluado por su pediatra o médico de cabecera.

CORAZONES EN CRECIMIENTO:

LAS ARRITMIAS EN LA EDAD PEDIÁTRICA



Por: Lianela Negrón, MD, Departamento de Pediatría UPR RCM
Enrique Carrión, MD, Cardiólogo Pediátrico

El corazón es una bomba muscular cuyo propósito es circular sangre a través del cuerpo. Es un órgano pequeño, pero que trabaja mucho.
En promedio, este músculo es un poco más grande que un puño y cada día bombea o late 100,000 veces[1]. En el primer año de vida, un corazón puede latir hasta 2.5 millones de veces[2] y a través de una vida entera, más de 2.5 billones[1].

Sin embargo, ¿Qué pasa si el corazón de su hijo está latiendo muy rápido? ¿Y si late muy lento? ¿Y si late de forma irregular?

El corazón de un niño late o bombea de forma organizada, sincronizada y en intérvalos regulares. Esto es, los niños suelen tener un **ritmo cardíaco** regular. Esto se logra a través del **nódulo sino-auricular y auriculoventricular**.

Estos nódulos envían estímulos eléctricos a través de una red de nervios desde las cámaras superiores del corazón (atrios/aurículas) hasta las cámaras inferiores (ventrículos) *(Figura 1)*[3]. Así el corazón late en una secuencia y un ritmo particular.

Por otra parte, la frecuencia cardíaca o pulso es una medida de la cantidad de latidos que el corazón produce en un minuto. Las **frecuencias cardíacas** esperadas y normales cambian con la edad *(Tabla 1)*[2].

ES NORMAL QUE LA FRECUENCIA CARDÍACA DE UN NIÑO TAMBIÉN VARÍE A MEDIDA QUE SE EJERCITA, DUERME Y CRECE.

EDAD	Frecuencia (despierto)	Frecuencia (dormido)
0–1 mes	100-205	90-160
2–12 meses	100-180	90-160
1 – 3 años	98-140	80-120
3 – 5 años	80-120	65-100
5 – 12 años	75-118	58-90
>12 años	60-100	50-90

Tabla 1: Frecuencia cardíaca normal por edad

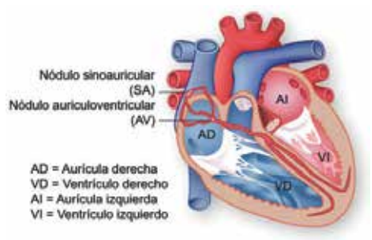


Figura 1: Anatomía normal del corazón

Una arritmia es una anormalidad en el ritmo o la frecuencia cardíaca. Las arritmias pueden ser benignas o pueden ser peligrosas. Entre las arritmias más comunes y benignas se puede incluir la **arritmia sinusal respiratoria y la taquicardia sinusal**[2,4].

La arritmia sinusal respiratoria

representa una variación normal de la frecuencia cardíaca con el acto de respirar: al inhalar se aceleran los latidos y al exhalar se deceleran los latidos del corazón.

Esta variación es lo que se espera en niños saludables. La taquicardia sinusal representa una aceleración en la frecuencia cardíaca provocada por un estímulo externo, incluyendo: fiebre, medicamentos, deshidratación, anemia, estrés, actividad física o bebidas energizantes.

Es una respuesta reversible y normal del cuerpo.

La taquicardia supraventricular

puede ser peligrosa.
Esta es la causa más común de arritmia que requiere intervención médica y ocurre en hasta 1 de cada 250 niños[2].

Esta arritmia es provocada por una sobreestimulación de la actividad eléctrica de las cámaras superiores del corazón y representa una aceleración peligrosa de la frecuencia cardíaca.

La bradicardia

en cambio, es una arritmia potencialmente peligrosa que se define como una frecuencia cardíaca por debajo de lo esperado por edad. En otras palabras, la bradicardia es una frecuencia cardiaca o pulso muy lento.

¿CÓMO SABER QUE SU HIJO ESTÁ TENIENDO UNA ARRITMIA?

Hay varios síntomas al que un padre debe estar atento.

- Si es un niño de una edad no verbal, puede observar irritabilidad, sudoraciones, cansancio o que no quiera comer.

- Si es un niño más grande, puede reportar dolor de pecho, palpitaciones, sensación de que el "corazón se quiere salir del pecho", mareos, o cansancio.

- En ambos grupos también se pudiese ver pérdida de conocimiento, cambios en coloración de la piel (azul o gris) o dificultad para respirar *(Tabla 2)*.
- Si observa algún síntoma o sospecha una arritmia, debe buscar ayuda médica con su pediatra o en una sala de emergencia si está inestable (dificultad respiratoria o pérdida de conocimiento).

El equipo médico hará un historial médico y un examen físico completo. Es importante proveer historial familiar, como por ejemplo historial de muerte súbita o enfermedad congénita o de nacimiento del corazón, ya que se puede asociar con síndromes de arritmias.

Además, se revisarán los medicamentos que toma su niño. Medicamentos para el asma (albuterol, esteroides inhalados), para la tos (pseudoefedrina, fenilefrina), antibióticos (azitromicina, amoxicilina) y suplementos dietéticos pueden causar taquicardia sinusal.

No verbal (< 2 años)	> 3 años
Irritabilidad	Dolor de pecho
Cansancio	Palpitaciones
Sudoraciones	Sensación de que "el corazón se quiere salir del pecho"
No quiere comer	Mareos
SÍNTOMAS COMUNES	
Pérdida de conocimiento	
Cambios de coloración (azul o gris)	
Dificultad respiratoria	

Tabla 2: Síntomas de arritmia



La evaluación médica establecerá, (1) qué tipo de arritmia es y (2) si hay alguna causa subyacente[5].

Durante la evaluación, se hará monitoreo cardíaco continuo o un electrocardiograma. Este último es un mapa eléctrico del corazón. Dependiendo de los hallazgos obtenidos, el médico ordenará laboratorios o estudios de imagen.

En el caso que el médico requiera más información, ordenará una sonografía del corazón o un ecocardiograma. Al recopilar toda la información mencionada, el pediatra llegará a un diagnóstico y, de ser necesario, lo referirá a un cardiólogo.

- Generalmente, las arritmias son benignas, tienen excelente pronóstico y no requieren tratamiento médico. De tener una arritmia peligrosa, hay alternativas de tratamiento.
- Usualmente se comenzará con un medicamento para controlar el ritmo y/o la frecuencia cardíaca.
- Si su niño no responde al tratamiento inicial, se considerará tratamientos más invasivos incluyendo la colocación de **aparatos cardíacos implantables o realizar una ablación cardíaca.**
- Algunos aparatos implantables incluyen: **el marcapaso y el desfibrilador.**

El marcapasos
es una máquina que mantiene un ritmo y/o una frecuencia cardíaca regular a través de continuos estímulos eléctricos de baja carga. Se usa cuando se diagnostica bradicardia, o sea, cuando el niño tiene una frecuencia cardiaca muy baja.

El desfibrilador,
por otra parte, envía una descarga eléctrica de alta carga para provocar un shock y corregir una taquicardia peligrosa cuando la perciba.

Por último, la ablación cardíaca es un procedimiento quirúrgico que destruye el tejido cardíaco que está provocando la arritmia mediante la aplicación de calor o frio extremo.

PARA MÁS INFORMACIÓN PUEDE VISITAR LA PAGINA WEB DE LA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRÍA (AAP) Y/O DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DEL CORAZÓN.

Referencias:
1. American Heart Association editorial staff. (n.d.). About Arrhythmia. www.heart.org. https://www.heart.org/en/health-topics/arrhythmia/about-arrhythmia.
2. Klininc, Orhan, and Snyder S Cristopher. "Fast, Slow and Irregular Heartbeats (Arrythmia)." HealthyChildren.org, American Academy of Pediatrics Section on Cardiology and Cardiac Surgery (Copyright © 2020), www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/heart/Pages/Irregular-Heartbeat-Arrhythmia.aspx.
3. El sistema de conducción. (2021, January 9). Texas Heart Institute. https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/el-sistema-de-conduccion/
4. Children and Arrhythmia. (2016, September 30). American Heart Association. https://www.heart.org/en/health-topics/arrhythmia/understand-your-risk-for-arrhythmia/children-and-arrhythmia
5. Wackel, P, & Cannon, B (2017). Heart Rate and Rhythm Disorders. Pediatrics in Review. 38 (6) 243-253.
6. Clausen, H., Theophilos, T., Jackno, K., & Babl, F. E. (2012). Paediatric arrhythmias in the emergency department. Emergency medicine journal, 29(9), 732-737.



Recomendaciones para que los bebé duerman seguros y los padres duerman tranquilos.



Por: Cindy Calderón MD, FAAP
Pediatra General
Presidenta Academia Americana De Pediatría, Capítulo de PR

Con la llegada de un recién nacido al hogar, la vida de la familia cambia requiriendo adaptaciones en las rutinas diarias para acomodar las necesidades del bebé.

Uno de los retos que confrontan todas las familias en el proceso de adaptación son los patrones de sueño y alimentación del bebé. Durante los primeros meses, el bebé demandará alimentación frecuente día y noche y su patrón de sueño será de corta duración despertando cada 2 a 3 horas.

La falta de horas de sueño y la necesidad de cuidados contínuos del bebé pueden ser agotadores para la madre y el resto de la familia, a la vez que la mamá también tiene cambios de adaptación luego del parto, tanto físicos como emocionales.

A la hora de los padres descansar es conveniente colocar el bebé a dormir cerca para atenderlo con el mínimo de interrupción de su propio descanso y sueño.

Para que los padres puedan dormir tranquilos es importante que conozcan cuales son las recomendaciones para colocar a su bebé a dormir de la manera más segura y evitar despertar para encontrarse con una tragedia como lo es la muerte súbita inesperada o una muerte de cuna.

La muerte súbita inesperada de un infante (MSII) es un término amplio que incluye toda muerte que ocurre a un bebé durante su periodo de dormir. **Incluye muertes de bebés clasificadas como muerte súbita del bebé o muerte de cuna, y otras causas como lo son asfixia y el estrangulamiento accidental en la cuna.**

En el año 2017 y 2018, MSII fue la causa principal de muerte reportada entre los infantes de 1 a 11 meses de edad en Puerto Rico.

Los investigadores han descubierto que existen unos factores al colocar él bebé a dormir que aportan a mayor riesgo de MSII.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda que los padres adopten prácticas de dormir seguro con sus bebés para disminuir el riesgo de MSII.



Desde 1992 se recomienda siempre acostar a los bebés boca arriba y esta practica ha resultado en un número menor de casos de MSII.

Existe la falsa noción de que el bebé acostado boca abajo o de lado está más protegido de aspirar si tuviese una regurgitación o buche.

La realidad es lo contrario. Por la anatomía humana, cuando un bebé es colocado boca arriba, la tráquea queda arriba o sobre el esófago protegido de líquidos que puedan salir y acumularse en la faringe posterior.

Cuando el bebé es acostado boca abajo, la tráquea queda debajo del esófago y cuando es acostado de lado la tráquea queda al lado del esófago.

Ambas posiciones boca bajo y de lado, permiten que los líquidos sean aspirados con mayor facilidad. Además, el bebé que duerme boca arriba responde mejor a los sonidos del ambiente, los cuales estimulan su ritmo cardiaco y respiración.



Los bebés siempre deben ser colocados boca arriba en una cuna que cumpla con las recomendaciones de la Comisión de Seguridad de Productos para el Consumidor, por lo que si se hereda una cuna de segunda mano es importante asegurar que cumpla con todas las recomendaciones.

El colocar al bebé para dormir en un cargador, sillón, sofá, u otra superficie aumenta el riego de MSII, por lo que se debe evitar y si el bebé se queda dormido en alguno de éstos, se debe transferir a su cuna.

Se recomienda el uso de un colchón firme con una sábana bien ajustada en la cuna, no colocar protectores de cuna, ni juguetes blandos, ni sabanas sueltas para disminuir el riesgo de asfixias y el estrangulamiento accidental.

Se ha identificado una incidencia mayor de MSII en bebés de madres fumadoras durante o después del embarazo, o expuestos a ambientes donde hay humo de cigarrillo, por lo que se recomienda evitar la exposición del bebé al humo de cigarrillo.



A pesar de colocar al bebé siguiendo todas las recomendaciones, ocasionalmente ocurren casos de MSII en infantes considerados más vulnerables y asociados a factores de riesgo como lo son los bebés prematuros, o nacidos de madres con pobre cuidado prenatal, y de madres que utilizan drogas, alcohol, cigarrillos durante el embarazo o postparto.

Se recomienda siempre acostar a los bebés boca arriba para dormir hasta el año, pero igualmente dedicarle tiempo para colocarlo boca abajo, de barriga cuando está despierto y bajo supervisión constante para estimular el desarrollo y fortalecimiento de los músculos del tórax, cuello y brazos. Esto ayudará para estimularlos.

Los bebés que pueden voltearse boca arriba y boca abajo no requieren ser reacomodados boca arriba si se voltean dormidos pues tienen la capacidad para moverse y corregir su posición, pero aún así se recomienda siempre colocarlos boca arriba en la cuna al acostarlos.

A medida que el bebé crece y madura, su patrón de sueño se vuelve más constante y sus periodos más prolongados. Al mismo tiempo su frecuencia de alimentación disminuye y su volumen aumenta.

Para más información sobre dormir seguro recomendamos los padres orientarse visitando:

www.healthychildren.org/spanish/ages-stages/baby/sleep/paginas/a-parents-guide-to-safe-sleep.aspx

www.praap.org/dormir-seguro-aun-cuando-no-se-esta-en-el-hogar/
www.encuentrodemivida.com

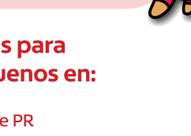
https://www.facebook.com/561544657224767/videos/825620771514206

- Otra recomendación de la AAP es que el bebé se coloque en su cuna o moisés en el mismo cuarto de los padres los primeros 6 meses de vida.
- Esto facilita que la madre lacte, otro factor que protege a los bebés de la MSII. Se debe evitar colocarle a dormir en la cama con los padres para evitar ser aplastado o asfixiado accidentalmente.
- Si al lactar se queda dormido se debe volver a colocar en su cuna cercano a la madre. Si los cuidadores están cansados deben colocarle en la cuna para evitar quedarse dormidos y causarle asfixia.

¡Logra que tus hijos tengan una Sonrisa Brillante!

5 Pasos
PARA UN BUEN CUIDADO BUCAL

1 Cepillen sus dientes 2 veces al día
- Usen un cepillo dental con cerdas suaves
- Coloquen una crema dental con fluoruro
- El cepillado debe durar 2 minutos





2 Limiten los bocadillos y las bebidas azucaradas
- Recuerden comer frutas y vegetales
- Tomar agua es saludable para sus dientes

3 Visiten su dentista cada 6 meses
- Una limpieza dental mantendrá dientes y encías sanas
- Recuerden llenar la evaluación dental requerida para la escuela





4 Usen Hilo Dental
- Desde que tengan un diente pegado a otro diente
- Ayuda a tus hijos; juntos pueden quitar la placa dental

5 Cambien su cepillo de dientes cada 3 meses
- Si las cerdas se ven desgastadas, también deben cambiarlo
- Luego de recuperarse de una enfermedad es importante cambiarlo



¡Tenemos todas las herramientas para ayudarte y motivar a tus hijos! Síguenos en:

Sonrisas Brillantes Colgate PR

Para más información visita www.colgatebsbf.com

VIAJANDO
DURANTE LA PANDEMIA
DE COVID-19







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

LA PANDEMIA CAUSADA POR EL SARS-COV-2 HA PROVOCADO MUCHOS CAMBIOS EN NUESTRO COMPORTAMIENTO AL VIAJAR.

Debemos protegernos de la temible enfermedad conocida por COVID-19. Esto incluye a nuestros niños, que también son vulnerables a enfermarse y queremos que se encuentren seguros y protegidos de contagio.

El uso de asientos de seguridad / asientos elevadores (boosters) y cinturones de seguridad adecuados para automóviles es mandatorio y salva muchas vidas. Estos elementos de seguridad se usan siguiendo las normas establecidas de edad, peso y estatura que están disponibles tanto en las guías del Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) como en las de la Academia Americana de Pediatría (AAP).

Comenzaremos discutiendo de manera resumida un poco acerca de cómo lograr que un asiento de seguridad o un vehículo estén seguros después de la exposición al COVID-19:

1. La mayoría de los asientos de seguridad para autos, asientos elevadores y cinturones de seguridad no deben ser desinfectados, sino que deben limpiarse con un detergente suave y agua. Debe leer el manual de cada uno de estos elementos protectores. **El uso de desinfectantes químicos puede causar daño a las correas, haciendo que fallen en un accidente.**

2. Si las pruebas de COVID-19 de su hijo o de alguna otra persona son positivas o si ellos han estado expuestos al COVID-19 y han estado en el auto: **Limpie y desinfecte el sitio donde viajó esa persona, incluyendo asientos, manijas de las puertas, ventanillas y botones de cierre, palanca de cambios y cualquier superficie dentro de los 6 pies del lugar donde estuvo la persona.** Ponga los asientos protectores en bolsas plásticas cerradas por varios días fuera del auto para que se desinfecten sin abrasivos. Después de varios días los limpia con agua y jabón. Ponga el auto al sol con los cristales abajos y trate evitar su uso por varios días.

3. Limite el número de pasajeros en el auto.





La prevención de la propagación del COVID-19 durante los viajes en avión también es una parte vital del transporte seguro.

LOS VIAJES AUMENTAN LA PROBABILIDAD DE PROPAGAR Y CONTAGIARSE POR EL COVID-19.

El CDC recomienda que de no ser necesario, posponga el viaje por el momento, aún si esta vacunado. No viaje si estuvo expuesto al COVID-19, está enfermo o su prueba dió positiva para COVID-19. Sepa e investigue cuándo es más seguro viajar.





SI SU VIAJE ES IMPRESCINDIBLE Y NO SE PUEDE POSPONER, TOME MEDIDAS PARA PROTEGERSE Y PROTEGER A LOS OTROS:

1. Vacunarse si es eligible.
2. Usar mascarillas y lavado de manos constantemente con jabón y agua/o alcohol ≥60%.
3. Evite grupos grandes y mantenga distanciamiento social de 6 pies.
4. Evite alojarse con personas enfermas o de alto riesgo de enfermedad severa COVID-19.
5. Trate de mantenerse en espacios abiertos mientras viaje y alejarse de personas tosiendo, cantando o gritando cerca de usted.
6. Siga y conozca todos los requisitos y recomendaciones estatales, locales e internacionales antes y después de su viaje. Son requisitos variables y cambiantes.
7. Esté pendiente a síntomas y signos de COVID-19 y a su salud en general durante y después de su viaje.
8. Evite contacto con personas vulnerables a COVID-19 severo durante y al regreso de su viaje.



Recuerde investigar cómo está la situación relacionada al COVID-19 en el área geográfica que planifica visitar. Usando nuestro sentido común, nuestro mejor juicio y evitando situaciones de posibles contagios harán que los viajes sean más seguros para todos.

Referencias:
www.cdc.gov
www.aap.org
www.oms.org

LAS RECOMENDACIONES VAN CAMBIANDO DE ACUERDO A LA SITUACIÓN DEL COVID-19, POR LO QUE LE RECOMENDAMOS DIALOGAR CON SU PEDIATRA ANTES DE VIAJAR.

Preparando a su niña para la primera menstruación



Por: Débora H. Silva, MD, FAAP, M.Ed.
Pediatra General y Medicina de Hospital
Departamento de Pediatría
Escuela de Medicina RCM

Todos los padres hemos pasado por la incertidumbre de cuándo es el momento apropiado para hablar con nuestros hijos sobre el proceso de la pubertad. En el caso de las niñas, puede ser aún más complicado, pues hay que decidir cuándo comenzar a hablarles de la menstruación.

Sí hay algo claro: debemos comenzar a preparar a nuestras hijas para la llegada de la menstruación antes de que ocurra, pues puede darles miedo el ver sangre sin saber la razón.

La mayoría de las niñas tienen su menarquia (primera menstruación) **entre los 12 y 13 años, pero algunas pueden tenerla tan temprano como a los 9 años y tan tarde como a los 16 años.**

¿Entonces, cuándo debemos comenzar a discutir la menstruación?

Usualmente, la pubertad comienza entre los 8 y 13 años con la aparición de senos que se denominan botones mamarios pues son unas masas pequeñas debajo de los pezones y pueden ser dolorosos a la palpación.

Es común que un seno comience a crecer antes que otro. Por otro lado, en el 15% de las niñas, el primer signo de pubertad es el crecimiento de vello púbico.

- **Como regla general, se puede esperar que la niña tenga su menstruación de 2 a 2½ años después del comienzo de la pubertad, pero algunas niñas comienzan más temprano.**
- Por esto, l**o indicado es comenzar a hablar sobre los cambios en su cuerpo y la menstruación a los 8 años.**
- **Ahora que ya sabemos cuándo debemos comenzar a hablar de la menstruación, repasemos entonces lo que debemos dialogar con nuestras hijas para que estén preparadas para su llegada.**
- **Debe hablar con tranquilidad, de forma honesta y contestar todas las preguntas que su hija pueda tener.**

¿Qué temas debe discutir sobre la menstruación?

- Anatomía: enséñele lo que es la vagina utilizando imágenes y asista a su hija a identificarla en ella misma.

- Fisiología: al igual que la pubertad, la menstruación es un proceso normal del cuerpo de toda mujer y es el comienzo del proceso para convertirse en mujer.

- Antes de la menstruación, es normal y esperado el observar flujo vaginal transparente o blanco por la activación de glándulas dentro de la vagina. Puede ser de consistencia líquida o más espeso. No debe ser verde, no debe picar o arder y no debe tener mal olor.

- La primera menstruación va a ocurrir de forma inesperada y usualmente no viene acompañada de síntomas. Aunque los periodos normales son cada 21 a 35 días, es normal que el primer año luego de la primera menstruación los periodos sean irregulares.

- La niña puede sentir dolores menstruales tipo cólicos ya sea antes y/o durante el periodo. Por lo general, éstos se localizan en el abdomen bajo, son leves a moderados y tienden a aparecer un año más tarde de la primera menstruación, pero, en algunas niñas ocurren antes.

- Debe cambiar las toallas sanitarias o tampones varias veces al día, por lo menos cada 4 horas. De utilizar tampones, es importante orientar las niñas a no dejarlos más de 4 horas y nunca utilizarlos para dormir.

- Se puede continuar con todas las actividades normales. La niña puede hacer deportes incluyendo natación y equitación y puede tomar sus clases de educación física.





¿Qué otros pasos podemos tomar para bajar la ansiedad que normalmente puede causar la primera menstruación?

Ayude a su hija a sentirse preparada comenzando por explicarle y enseñarle lo que son toallas sanitarias y tampones.

Enséñele cómo se ponen y supervísela mientras ella lo practica. Si desea utilizar tampones, las cajas traen instrucciones de como ponerlos y como quitarlos.



Es importante recalcarles que los tampones no van a perderse dentro de su útero pues tiende a ser una pregunta frecuente.

Enséñele a disponer de las toallas sanitarias y los tampones cubriéndolos con papel higiénico y depositándolos o en la basura, o en los recipientes designados para esto.

Prepare con ella una cartera pequeña con suficientes toallas sanitarias y/o tampones para un día completo y póngala en su bulto o su cartera.

Enséñele a siempre tener en su cartera toallas sanitarias y/o tampones. El estar preparada va a bajar la ansiedad que naturalmente las niñas pueden sentir con la llegada de la menstruación.

La mejor manera de usted estar preparado para hablar con su hija sobre la menstruación es educándose.

Si desea obtener más información sobre la menstruación y como hablar de esta con su hija, quien mejor puede contestar sus preguntas y orientarlo es su pediatra. No dude en hacer una cita.

Referencias: AAP, FDA, Nemours KidsHealth



Hernias inguinales en el infante



Por: Jorge Zequeira MD, FASB
Cirujano Pediátrico

Las hernias inguinales son la condición pediátrica quirúrgica más prevalente. Éstas son más frecuentes en varones y en el canal inguinal derecho. Se pueden encontrar en un 3-5% de infantes nacidos a término y en un 13-30% de infantes nacidos antes de las 33 semanas de edad post conceptual. Las hernias inguinales ocurren debido a una falla en el cierre natural de una comunicación fetal que existe entre el abdomen y el canal inguinal.

Esta comunicación es producto del descenso del testículo hacia su saco en varones y el descenso del ligamento redondo que suspende el útero en féminas. (Figura 1)

Todas las hernias inguinales necesitan cirugía, pues no cierran espontáneamente.

Al haber una comunicación persistente entre el abdomen y el canal inguinal, un segmento de intestino podría quedar pillado en el canal causando una obstrucción intestinal que a su vez requiera tratamiento de emergencia en vez de electivo.

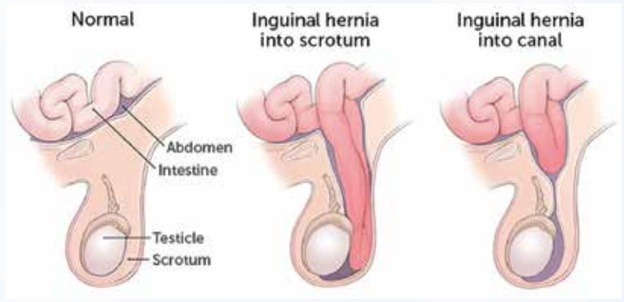


Figura 1

Piense en una manguera torcida donde el agua no pasa del grifo a su boquilla y no es hasta detorcerla que resume el flujo de agua a través de ella.

Estas incarceraciones ocurren con mayor frecuencia en infantes al ser comparados con niños de mayor edad.

Por lo general, la cirugía en el paciente pediátrico es menos complicada que en el paciente adulto pues la mayoría sólo requiere un cierre de la comunicación persistente sin necesidad de colocar mallas prostéticas para reforzar el piso del canal inguinal.

Esta cirugía se puede realizar a través de **intervenciones abiertas o laparoscópicas** siendo ambas igual de efectivas en manos experimentadas.

La cirugía abierta

consiste en una incisión de 1-2 pulgadas por debajo de la ropa interior y el paciente usualmente está de vuelta a la normalidad en 1-2 días. Este abordaje goza de una larga historia de consistencia y confiabilidad y es la estrategia más utilizada por cirujanos en Norte América.

Cuando hacemos la intervención por vía laparoscópica

el paciente tarda de 2-3 días en recuperarse por completo. No obstante, la ruta laparoscópica cuenta con la ventaja de poder examinar la ingle contralateral a través de las mismas incisiones encontrando hernias inguinales ocultas en un 10% de los infantes.

Estos pacientes pueden ser tratados para ambas hernias inguinales durante la misma intervención sin necesidad de incisiones adicionales.

Los pacientes usualmente se van para la casa el mismo día de la cirugía. **En ocasiones, los infantes permanecen hospitalizados por 12-24 horas para observación por el riesgo de apnea luego de la anestesia.**

Un episodio de apnea es cuando su bebé tiene pausas respiratorias como consecuencia de un sistema neurológico inmaduro en respuesta a una anestesia.

Estas pausas podrían ser prolongadas y por esto necesitan monitoreo.

En el evento de que una pausa sea detectada, pequeños estímulos físicos permiten que los infantes resuman su esfuerzo respiratorio natural.

Estos episodios pueden ocurrir hasta 12-24 horas después de la intervención.

Es por esta razón que aquellos con condiciones comórbidas o de edades más tempranas podrían ser mantenidos hospitalizados después de la cirugía.

Esta discusión la tendrá con su cirujano antes del procedimiento.

Si el paciente presenta con una hernia donde el intestino se encuentra atrapado a pesar del bebé estar relajado, la cirugía se hace en la misma hospitalización en vez de ser programado de manera electiva ya que la integridad del intestino corre peligro.

El riesgo de recurrencia varía dependiendo de las otras condiciones que pueda sufrir el infante y su edad.

La mayoría de los pacientes tienen extraordinarios resultados y pronta recuperación.

Cuando vaya a su cirujano para evaluación por sospecha de una hernia inguinal, no olvide llevar una lista de sus preguntas más apremiantes.



Referencias
Figura 1 - https://www.childrenshospital.org/conditions-and-treatments/conditions/i/inguinal-hernia
Brandt ML. Pediatric Hernias. Surg Clin North Am. 2008; 88(1):27-43
Grosfeld JL. Current concepts in inguinal hernia in infants and children. World J Surg. 1989; 13(5):506-515
Kasper S. Wang, Assessment and Management of inguinal hernias in infants. Pediatrics. 2012; 130(4):768-773

VACUNAS AL DÍA PARA COMENZAR EN LA ESCUELA



Por: Cristina M. Núñez Morales, MD, FAAP
Pediatría General

El primer día de clases está a la vuelta de la esquina y algo que no puede faltar en la lista de cosas por hacer es poner al día las vacunas de su niño.

Las vacunas son la mejor defensa contra enfermedades serias para los niños de edad escolar. Entre más niños están completamente vacunados, menor es el riesgo de que ocurran brotes de estas enfermedades en las escuelas. Además, el vacunar a su niño también protege a otros niños vulnerables en su comunidad.

Independientemente de que la escuela sea virtual o presencial, se recomienda que los niños continúen recibiendo las vacunas a la edad que le tocan según el itinerario del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC).

AL PONERLE SUS VACUNAS A TIEMPO EVITAMOS QUE SUFRA LOS SÍNTOMAS Y COMPLICACIONES DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

01 MMR (sarampión, paperas, y rubeola)

- **El sarampión** causa fiebre alta, erupción en la piel, tos, secreciones nasales y conjuntivitis. Puede causar pulmonía, sordera, encefalitis y hasta la muerte.
- **La paperas** causa fiebre e inflamación de las glándulas salivares. Además, puede causar meningitis, encefalitis, inflamación de los testículos o los ovarios y sordera.
- **La rubeola** mayormente causa síntomas leves, pero puede ocasionar defectos de nacimiento serios si una mujer se contagia durante el embarazo.



Las vacunas que se administran a los 4 años son: MMR, Varicela, IPV y DTaP.

Además, se recomienda la vacuna anual contra el virus de la influenza.

Estas vacunas funcionan como refuerzos para fortalecer la inmunidad que va desapareciendo con el tiempo y asegurar que su niño esté protegido antes de que se exponga a la enfermedad.

02 VARICELA

La varicela causa erupción en la piel, picor, cansancio y fiebre.

En algunos casos, puede causar encefalitis (inflamación del cerebro) y pulmonía.

03 DTAP (difteria, tétano y tosferina)

- **La difteria** es una infección de las vías respiratorias que puede causar dificultad respiratoria, fallo cardiaco, parálisis y hasta la muerte.
- **La enfermedad de tétano** es causada por una bacteria que entra al cuerpo a través de heridas en la piel. La bacteria produce una toxina que causa rigidez muscular severa y puede ocasionar la muerte.
- **La tos ferina** es causada por la bacteria Bordetella Pertussis y afecta las vías respiratorias. Los síntomas incluyen ataques de tos y dificultad respiratoria que puede causar la muerte, especialmente en infantes.

04 POLIO

El polio una enfermedad causada por un virus que invade el cerebro y el cordón espinal y puede causar parálisis permanente.

Como cualquier medicamento, las vacunas pueden tener efectos secundarios.
En la mayoría de los casos, los efectos son leves y solo duran un par de días.
Los más comunes son dolor o irritación en el lugar de la inyección, malestar general, fiebre y erupción en la piel.

Tras muchísimos años de estudio, se ha determinado que los efectos secundarios son mas seguros que las consecuencias que pudiera tener el contagiarse con alguna de estas infecciones serias. Además, en estudios científicos confiables, no se ha encontrado ninguna asociación entre la vacuna de MMR y el autismo.

Durante la pandemia de COVID-19, ha disminuido el nivel de vacunación, dejando a miles de niños vulnerables y poniendo a las comunidades a riesgo de nuevos brotes.

¡NO ESPERE MAS! ¡SAQUE SU CITA Y VACÚNELO YA!

Es de suma importancia que mantengamos saludables a nuestros niños protegiéndoles contra las enfermedades prevenibles mediante la vacunación.

La visita al pediatra para el examen anual es esencial para mantener a su niño saludable y es el momento perfecto para verificar si su hijo/a tiene todas las vacunas requeridas para comenzar en la escuela. De esta forma nos aseguramos de que su niño está saludable, protegido y listo para aprender.

Referencias: https://www.cdc.gov/vaccines/parents/by-age/years-4-6.html

¿Me debo preocupar si no le han descendido los testículos a mi bebé?



Por: Josie Fuentes MD
Pediatría General
Centro Médico Manatí & RCM

Los testículos juegan un rol importante en el desarrollo y sistema reproductor de los infantes y niños masculinos.

Durante el embarazo, mientras el bebé está en la barriga de mamá, los testículos se van desarrollando en el abdomen.

Cuando se acerca la fecha de nacer, los testículos entonces comienzan a descender y pasan por un túnel conocido como el canal inguinal que los dirige hacia afuera del cuerpo a reposar dentro del escroto. Por lo tanto, cuando el bebé masculino nace se espera que los testículos ya se encuentren en el escroto la mayor parte del tiempo.

ENTONCES, ¿QUÉ OCURRE SI LOS TESTÍCULOS DE MI BEBÉ AUN NO HAN DESCENDIDO?

Entre las condiciones más comunes del sistema genitourinario, se encuentran los testículos no descendidos, también conocido por el término criptorquidia. Aún se desconoce la causa, pero sabemos que puede afectar tanto un solo testículo como ambos. Esta condición se puede ver en aproximadamente 2 a 5% de los bebés masculinos que nacen a término, y hasta en un 30% de los que nacen prematuros.



EN LA MAYORÍA DE ESTOS BEBES LOS TESTÍCULOS HABRÁN DESCENDIDO SOLOS PARA LOS 4 MESES DE EDAD, EL RESTO REQUERIRÁN ALGÚN TIPO DE INTERVENCIÓN.

Es importante diferenciar testículos no descendidos de los testículos retráctiles.

Normalmente los testículos tienen un reflejo cremastérico donde suben rápido al canal inguinal como respuesta a estímulos sencillos, como temperatura fría.

Muy probablemente hayan notado esto cuando están bañando a su bebe y está sentado en agua fría, los testículos parecen desaparecer.

Además, puede ocurrir el día de la evaluación médica cuando el pediatra abre el pañal y nuevamente desaparecen.

ESTOS EJEMPLOS INDICAN QUE SU HIJO PROBABLEMENTE TIENE TESTÍCULOS RETRÁCTILES, Y SU REFLEJO CREMASTÉRICO SEA MÁS MARCADO QUE EN OTROS BEBÉS.

SU PEDIATRA PODRÁ IDENTIFICARLOS Y BAJARLOS AL ESCROTO DURANTE EL EXAMEN FÍSICO, CONTRARIO A LOS QUE REALMENTE NO HAN DESCENDIDO.



EVALUACIÓN Y MANEJO

Para la evaluación de testículos no descendidos solo bastará un buen examen físico, y por tal razón examinar el área genital siempre será parte de las visitas de rutina con su pediatra.

Hay ciertas maniobras que el médico realizará para ayudar a diferenciar entre testículos no descendidos, los retráctiles y cualquier otro hallazgo anormal.

Además su pediatra buscará otros hallazgos en el examen físico que requieran evaluación adicional hormonal o genética. Rara vez se necesita estudio de imagen.

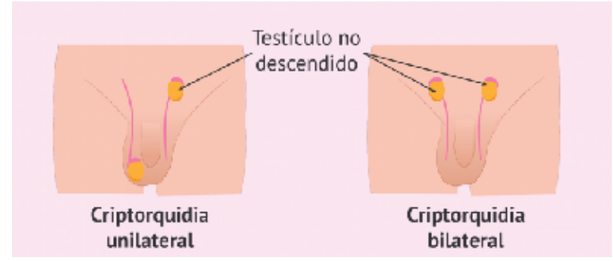
Sin embargo, su pediatra evaluará cada caso individualmente y ordenará estudio de imagen cuando entienda necesario.

¿CUÁNDO SE DEBE VISITAR AL URÓLOGO PEDIÁTRICO?

Testículos que no hayan descendido para los 4 a 6 meses de edad, probablemente no descenderán para el año tampoco. **Su pediatra lo referirá a un urólogo pediátrico,** idealmente entre los 6 a 12 meses de edad, pero si se identifica luego del año de edad, se debe referir lo más pronto posible. El tratamiento incluye inyecciones hormonales o cirugía.

El más recomendado al momento es la cirugía que debe realizarse en o antes del año de edad para así disminuir el riesgo aumentado de tumores testiculares y problemas de fertilidad en la adultez.

Testículos retráctiles se deben mantener en observación, porque en algún momento pueden necesitar intervención quirúrgica.



CONSEJOS ÚTILES PARA LOS PADRES

- Recuerde visitar a su pediatra regularmente
- Visitar a su pediatra si piensa que a su hijo no le han descendido los testículos
- Buscar atención médica si nota enrojecimiento, hinchazón y/o dolor en los testículos de su hijo.

PROTEGIENDO A NUESTROS NIÑOS DE LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL



Por: Gredia Huerta MD, FAAP
Pediatra e Investigadora en Salud Ambiental
VP Academia Americana de Pediatría- Capítulo PR

LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL

se define como la introducción de contaminantes o sustancias en el aire, suelo o agua que causan daño a la salud y bienestar de las personas y los ecosistemas.

Un ejemplo sería la **contaminación del aire** por los gases tóxicos que salen de nuestros automóviles o cuando se genera electricidad usando combustibles fósiles como la gasolina, el diésel o el gas natural.

El uso de estos combustibles genera partículas muy pequeñas y gases que llegan a los pulmones causando una gran diversidad de efectos negativos a la salud.

De hecho, la pobre calidad del aire se ha asociado a disminución en la función pulmonar, asma y otras enfermedades respiratorias; nacimiento prematuro y problemas de desarrollo; cáncer; mayor riesgo de infartos al corazón y derrames cerebrales en la adultez; y posiblemente Alzheimer y acortamiento de la vida, entre otras condiciones.

Otro ejemplo de contaminación ambiental es el plomo. **El plomo** es un elemento químico que por su uso en el pasado en productos como la pintura y la gasolina, se ha acumulado en el ambiente y todavía en el presente representa una amenaza a la salud, sobre todo para los niños pequeños.



Aún niveles bajos de plomo en la sangre pueden causar daños permanentes al cerebro afectando el desarrollo, el comportamiento y el aprendizaje de los niños.
En niveles altos puede causar inflamación del cerebro, daño a los riñones y otros órganos del cuerpo y hasta la muerte.





Otros químicos que se usan cotidianamente y que contaminan el ambiente son **los pesticidas o venenos para plagas** como las cucarachas y mosquitos y los químicos que se usan para eliminar las yerbas del jardín.

El envenenamiento con pesticidas puede causar desde síntomas agudos leves hasta severos incluyendo mareos, vómitos, convulsiones y hasta la muerte. Pero también se sabe que, aunque no se ven los efectos inmediatamente, cuando un niño se expone una y otra vez a los pesticidas cuando se fumiga en sus casas, parques, patios, centros de cuido o escuelas, los daños a la salud se acumulan y se ven a largo plazo.

Esos efectos incluyen: problemas de desarrollo y aprendizaje, cánceres como linfoma y tumores cerebrales y la exposición prenatal podría aumentar el riesgo de efectos negativos en el embarazo.

Los niños están a mayor riesgo porque sus órganos internos se están desarrollando y madurando.

También ingieren más alimentos, toman más líquido y respiran más aire por libra de peso que el adulto, por lo que si el aire, agua y alimentos están contaminados, el niño sufrirá de mayor exposición.

A ciertas edades los niños se meten las manos y los juguetes en la boca que podrían estar contaminados y al ser más pequeños están más cerca del piso donde se acumulan ciertos contaminantes.





LA MEJOR MANERA DE PROTEGER A LOS NIÑOS DE LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL ES LA PREVENCIÓN. ALGUNOS CONSEJOS ÚTILES:



1) Pregúntele a su pediatra acerca de la prueba de plomo que debe hacerse en la visita pediátrica de los 12 y 24 meses de edad.

2) Limpie su casa con regularidad usando productos menos tóxicos y ventile bien el área a limpiarse (Visite:www.epa.gov/sites/production/files/2016-10/documents/saferchoice-factsheet-schools. pdf).

3) Nunca mezcle productos de limpieza.

4) Enséñele a sus hijos a lavarse las manos sobre todo antes de comer y luego de jugar afuera.

5) Coloque una alfombra lavable en la entrada de su casa y remuevan sus zapatos antes de entrar.

6) Lave las frutas y vegetales bajo un chorro de agua fría antes de ingerirlos y si es posible consuman alimentos orgánicos.

7) Aprenda acerca de lo que es el Manejo Integrado de Plagas. (ver: Publicaciones de NIOSH - Reducción de la exposición a los pesticidas en las escuelas (2007-150)) y evite el uso de pesticidas en el hogar y sus alrededores.

8) Use un filtro de agua que remueva el plomo.

9) Guarde los químicos, incluyendo los productos de limpieza, en sus envases originales en un lugar seguro donde los niños no los pueden alcanzar.

10) De ser accesible, use un purificador de aire con filtro HEPA.

11) No caliente los alimentos en envases de plástico.

12) Evite toda exposición al humo de cigarrillo o de vapeo.

13) Controle la humedad en el hogar para prevenir el crecimiento del hongo. (Ver:http://espanol.epa.gov/cai/acerca-del-moho)

14) Instale detectores de humo y de monóxido de carbono en su hogar.

15) Aprenda acerca de lo que es el cambio climático y la salud de los niños (Cómo el cambio climático afecta a los niños: se explica la política de la AAP)

16) Enseñe a sus niños desde pequeños a cuidar y proteger el medio ambiente.



Es importante promover ambientes saludables y prevenir las exposiciones ambientales nocivas en los centros de cuido y las escuelas, ya que también son entornos en los que nuestros niños crecen y se desarrollan.

Consulte con su pediatra acerca de cómo mantener ambientes seguros y saludables libres de contaminantes para así proteger la salud y el bienestar todos los niños.



OTRAS REFERENCIAS ÚTILES:

Cómo proteger a los niños de las exposiciones ambientales - Especiales CDC

Children's Environmental Health Network (CEHN)

Exposición al plomo: medidas para proteger a su familia

Region 2 - Pediatric Environmental Health Specialty Unit (PEHSU)

Respire mejor - Cómo lidiar con la mala calidad del aire

ADOLESCENTES LGBTQ+: ¿Qué debo saber?



Por: Jean C. Rodríguez Agramonte MD
Depto de Medicina Interna y Pediatría
Escuela de Medicina RCM

La adolescencia es la etapa entre la niñez y la adultez, comenzando a los 10 años y terminando a los 21 años.

Estos jóvenes se enfrentan a cambios físicos (pubertad), cognitivos, sociales, emocionales y sexuales que suelen provocar ansiedad.

A su vez, esta etapa presenta retos para los padres ya que los jóvenes se vuelven más independientes y prefieren socializar con amistades, lo cual puede limitar la comunicación entre padre e hijos. Para un adolescente de minoría sexual, entiéndase gay, lesbiana, bisexual, transgénero, cuestionando u otros (LGBTQ+), la adolescencia puede ser aún más desafiante y pueden enfrentar retos que no necesariamente enfrenta su contraparte heterosexual.

En el 2020, se estimó que el número de personas que se identifican como LGBTQ+ aumentó, en especial en la población más joven en donde 1 de cada 6 jóvenes se identifican como "no-heterosexual".

Es por esto, la importancia de conocer cómo podemos apoyar a estos jóvenes para ayudarles a navegar esta desafiante etapa. "Salir del armario" o divulgar la orientación sexual o identidad de género es un acto de valentía que puede generar miedos, inseguridades y ansiedad en un individuo.

Este proceso de aceptación es diferente para cada individuo y el fin de hacerlo es vivir una vida más auténtica e identificar su grupo de apoyo.

Estudios han demostrado que las minorías sexuales exhiben atracción sexual tan temprano como su contraparte heterosexual, pero muchos escogen esconder o reprimir su orientación sexual por miedo al rechazo social.

Los jóvenes LGBTQ+ están a un mayor riesgo de rechazo social, acoso escolar, acoso sexual, ansiedad, depresión, intentos suicidas y abuso de sustancia; en parte por el estigma social de ser minoría sexual.

Debemos reconocer que la orientación sexual y la identidad de género es algo natural que comienza a desarrollarse tan temprano como la infancia.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) emitió declaraciones sobre el trato médico para esta población e incluye consejos para los padres. En el mismo, rechazan la intolerancia, discrimen o marginalización de los menores con expresiones de género diversa o minoría sexual.

La mejor herramienta que tienen los padres es la educación para así proveer a nuestros adolescentes espacios de comunicación en donde se intercambien ideas, sean escuchados para identificar conductas riesgosas y estresores dentro y fuera del hogar.

Debemos promover un ambiente de comunicación libre de juicios y compasión para poder proveer un ambiente seguro para nuestros hijos.

Aquí algunos consejos:

"Pienso que mi hijx es LGBTQ+ pero no me lo quiere decir...¿Qué hago?"

No todos los jóvenes se sienten preparados o están claros en sexualidad como para divulgarla. Como padres pueden crear ambientes de aceptación para facilitar el proceso:

- Hablen abiertamente en el hogar sobre personas de la comunidad LGBTQ+ de manera positiva.

- Celebren artistas LGBTQ+en el hogar.

- Utilicen libros en donde se expongan familias diversas *(dos padres, dos madres, niños trans, etc.)*

- Utilicen libros en donde los roles de género sean variados y celebren la diversidad.

- Reafirmen la incondicionalidad del amor de un padre por su hijo.

"Mi hijx me acaba de divulgar su orientación sexual... ¿Cómo lo puedo apoyar?"

- Reconozca la valentía de haber divulgado esta información y haber confiado en usted.

- Acéptale y demuéstrale que le amas independientemente de su orientación sexual.

- Edúquese sobre el tema para evitar utilizar lenguaje ofensivo.

- Defiéndale y deje claro que no se permitirá el maltrato en el hogar o en la familia.

- Deje claro que los chistes y comentarios derogatorios no serán tolerados.

- Celebre la diversidad en todas sus formas ofreciendo una variedad de libros, películas y materiales en donde se represente de manera positiva la minoría sexual.

- Ponga a su hijx en contacto con organizaciones, recursos y eventos de la comunidad LGBTQ+ para que sepan que no están solos.

- Estén atentos a señales de alerta que puedan indicar problemas de salud mental: depresión, ansiedad, baja autoestima etc.

Aprendamos los términos:

1- Sexo: se refiere a la composición genética, niveles de hormonas y las características sexuales físicas (pene o vulva).

2- Género: aspecto cultural, psicológico y social relacionado a comportamiento y expresión del individuo.

3- Orientación sexual: atracción física, emocional y romántica por un género, ambos o ninguno.

a: Homosexual: atracción sexual por el mismo género; término en desuso por sus connotaciones históricas negativas.

- ***Gay:*** término preferido para referirse a un hombre que siente atracción por su mismo género.
- ***Lesbiana:*** término preferido para referirse a una mujer que siente atracción por su mismo género.

b: Bisexual: que siente atracción sexual por más de un género.

c: Cuestionando (Cuir): que se identifica con otra o ninguna orientación sexual.

d: Heterosexual: atracción por el género opuesto.

4- Género asignado: genero que se asigna al nacer basado primordialmente en las características físicas del menor.

5- Identidad de género: sentido innato de ser hombre, mujer, los dos o ninguno.

a: Transgénero: termino sombrilla que incluye personas cuya identidad de genero es distinta al género asignado al nacer.

- ***Hombre transgénero:*** Hombre asignado mujer al nacer
- ***Mujer transgénero:*** Mujer asignada hombre al nacer
- ***Género diverso:*** persona cuya identidad de género y expresión de género es incongruente socialmente con su sexo asignado al nacer
- ***No-binario:*** persona cuya identidad de genero no se alinea con la de un hombre o una mujer.

Referencia: Healthychildren.org



Laceraciones:

¿Cuándo es necesario acudir a la sala de emergencias?



Por: Liliana Morales Pérez, MD, MPH, FAAP
Emergencióloga Pediátrica / Salud Mundial, POCUS
Departamento de Pediatría
Universidad de Puerto Rico Recinto de Ciencias Médicas

¿QUÉ SON LAS LACERACIONES O CORTADURAS Y POR QUÉ OCURREN?

Una laceración es una apertura o cortadura en la piel causada por una lesión. Las laceraciones resultan cuando la piel recibe una fuerza externa como ocurre cuando un niño se cae, recibe un golpe por un objeto, una mordedura o una cortada con un objeto punzante.

Típicamente las laceraciones en niños ocurren con más frecuencia en los meses del verano donde los niños están más activos en deportes y en actividades al aire libre. Sin embargo, durante este tiempo de pandemia donde los niños están en los hogares, hemos visto un aumento en lesiones por trauma.

EPIDEMIOLOGÍA

Las heridas son la causa número uno de enfermedades graves en los niños y adolescentes.

Aproximadamente 20% de las visitas a las salas de emergencias pediátricas son debido a heridas y una tercera parte de éstas envuelven una laceración.

La causa más común de una laceración en un niño es una caída. Los lugares más comunes donde los niños sufren una laceración son en la cara y en las extremidades superiores.



EVALUACIÓN Y MANEJO

Luego de que un niño sufre una laceración es importante considerar las siguientes características:

el lugar en el cuerpo, el mecanismo de la lesión, el tamaño y la profundidad de ésta.

La localización en el cuerpo nos ayuda a determinar riesgos de complicaciones y daño cosmético. Por ejemplo, laceraciones en el rostro deben ser reparadas lo más rápido posible para prevenir cicatrices mientras que laceraciones en extremidades o cerca de las coyunturas tienen un riesgo mayor de daño a estructuras profundas.

El mecanismo y la profundidad de la laceración nos ayuda a determinar si existe un riesgo de daño a estructuras adyacentes como lo son los nervios, los vasos sanguíneos, huesos y el tejido.



La localización en el cuerpo nos ayuda a determinar riesgos de complicaciones y daño cosmético.

El manejo de una laceración depende de las características de ésta y el tratamiento debe ser determinado por un doctor.

Algunas laceraciones necesitan intervención médica que puede variar desde la aplicación de tiras adhesivas, pega médica o suturas.

¿Cómo sabemos si es necesario acudir a la sala de emergencias?

Si una laceración es pequeña o superficial, el tratamiento puede ser cuidado de la herida en la casa. Sin embargo, si la laceración es grande o profunda puede necesitar atención en la sala de emergencias. **Su niño debe acudir a la sala de emergencia si:**

1. Presenta con sangrado severo o persistente que no se detiene luego de 5 a 10 minutos de presión constante.

2. Sufre una laceración profunda o mayor de ½ pulgada en tamaño.

3. Sufre una laceración localizada en la cara, cerca de los ojos o a través del borde del labio.

4. Sufre una laceración causada por una herida punzante, un objeto sucio o con moho.

5. Usted nota que la herida está sucia (tierra, piedra, arenilla, entre otros).

6. Sufre una laceración con bordes separados o irregulares.

7. Sufre una laceración causada por una mordedura de animal o de humano.

8. Sufre una herida excesivamente dolorosa.

9. La laceración presenta señales de infección: enrojecimiento, hinchazón, descarga o calentura a la palpación.

10. Su niño(a) no ha recibido la vacuna del tétano en los últimos 5 años.

Consejos útiles para padres

(herramientas básicas de primeros auxilios)

SI SU NIÑO SUFRE UNA LACERACIÓN, LE RECOMENDAMOS QUE SIGA LOS SIGUIENTES PASOS:

1. Calme a su niño (a) y déjele saber que usted lo puede ayudar.

2. Aplique presión con un paño limpio o con una gaza por varios minutos para detener el sangrado. Si el sangrado es profuso, mantenga la presión por 5-10 minutos constante sin remover el paño. Si este se llena de sangre coloque un paño o gaza nueva encima del otro sin remover el paño original.

3. Una vez que el sangrado haya parado, lave sus manos y lave el área bien con agua y jabón. No estriegue la herida. Remueva cualquier partícula de sucio o tierra visible del área y deje que el agua corra sobre la herida por varios minutos.

4. Cubra el área con una gaza o coloque un vendaje adhesivo.

5. Llame a su médico para recomendaciones específicas; si el sangrado es severo, llame al 9-1-1 o lleve a su niño a la sala de emergencias más cercana para evaluación.

6. Asegúrese que su hijo (a) tiene todas sus vacunas al día especialmente la de tétano.

Alergias a alimentos en los niños: ¿Qué debemos saber?



Por: María del M. Álvarez Montes MD
Neumología Pediátrica
Alergia e Inmunología
Departamento de Pediatría
Escuela de Medicina RCM



Las alergias a alimentos han ido en aumento en los últimos veinte a treinta años en los países industrializados. En Estados Unidos pueden afectar hasta un 10% de la población. En Puerto Rico también ha aumentado su incidencia. Éstas son más comunes en los niños.

Un alimento, para efectos de definir la alergia, es cualquier substancia que se pueda ingerir, incluyendo aditivos, suplementos, bebidas y goma de mascar.

Las alergias en general se desarrollan en quien tenga la predisposición genética para ello. En otras palabras, la tendencia a las alergias usualmente corre en la familia.

Existen otras reacciones adversas a alimentos como la intolerancia.

Los alimentos alergénicos más comunes son leche, huevo, soya, trigo, nueces, maní, crustáceos y pescado.

Para nosotros en Puerto Rico el maíz también es común, así como alergia a los frutos cítricos.



Los síntomas más comunes incluyen:



Erupción en la piel ("rash" o ronchas)

Dolor de estómago o cólicos





Diarreas y/o vómitos

En infantes podría estar asociada a eczema o dermatitis atópica.



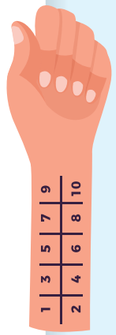
Alimentos como el maní y los crustáceos podrían provocar una reacción más severa, conocida como reacción anafiláctica, que incluye sibilancias (pitos), dificultad para respirar, baja presión arterial.
Esta podría ser mortal.

La evaluación de un paciente en el cual sospechamos alergia a alimentos incluye un historial completo del consumo de alimentos ya que las reacciones ocurren usualmente quince a veinte minutos después de la ingesta.

Hacemos pruebas de alergia para identificar él o los alimentos que causan alergias.

El método más sensitivo es el de pruebas de alergia en piel.

Éstas consisten en poner una gota de un extracto que cada alimentos con un pequeño aditamento plástico en la espalda o el brazo del paciente.



Ya no usamos agujas para hacer estas pruebas. Se pueden hacer pruebas de sangre cuando no podemos hacer pruebas en piel.

Contamos con una diversidad de opciones para sustituir los diferentes alimentos tales como leche o harinas.



Esto nos ayuda a modificar la dieta del paciente sin afectar sus gustos y su nutrición.



La eliminación de los alimentos debe ser completa.

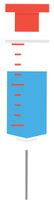


La mayoría de los niños superan estas alergias luego de uno o más años en la dieta de eliminación, tomando mas tiempo a aquellos que sean más alérgicos.



En el caso de un lactante mamá también debe eliminar los alimentos a los que el niño es alérgico.

- Si se consume el alimentos ocasionalmente aunque sea en cantidades pequeñas, la alergia se puede seguir observando.
- La alergia a crustáceos y maní suele ser más duradera, por lo que éstos se deben eliminar a largo plazo.
- En estos últimos se recomienda tener un auto-inyector de epinefrina en caso de una exposición accidental.
- **Hay otros posibles tratamientos bajo investigación, pero en estos momentos el único tratamiento es eliminarlo de la dieta.**



Es importante notar que los pacientes alérgicos a huevo pueden recibir su vacuna de influenza y de MMR (sarampión, paperas y rubela) ya que actualmente el producto final de éstas no contiene huevo.

El niño debe conocer sus alergia a alimentos para que no consuma éstos cuando esté la escuela o en alguna otra actividad en la cual los padres o tutores no estén presentes.



De la misma manera, si su edad lo permite, debe aprender a usar el **auto-inyector de epinefrina** si es alérgico a crustáceos o maní.



Si sospecha que su niño tiene alergias a alimentos consulte con un alergista.

¿Se le va a curar la dermatitis atópica a mi niño?

Por: Ángela Súarez MD, FAAP
Pediatría General



Esta condición afecta entre el 10 al 20% de los infantes y al 3% de niños y adultos en los Estados Unidos. Es la enfermedad de la piel más común en la edad pediátrica.

La dermatitis y eczema atópico son términos que se usan indistintamente para referirse a la misma condición.

Atópico se refiere a la tendencia de producir una respuesta exagerada, a circunstancias no necesariamente ofensivas. **La dermatitis atópica** es una enfermedad inflamatoria de la piel, nuestro órgano más grande. La piel se ve afectada por una serie de factores genéticos, inmunológicos y ambientales que la imposibilitan en su función principal de barrera.

La piel sana es una barrera que ayuda a conservar la humedad y nos ofrece protección contra el exterior.

La dermatitis atópica por sí sola, no es una enfermedad contagiosa, y aunque no existe una cura, es altamente tratable.

La dermatitis atópica está asociada a niveles elevados de Inmunoglobulina E. Estos pacientes exhiben una variación genética que afecta la capacidad de la piel de proporcionar protección contra bacterias, particularmente el estafilococo y algunos virus, irritantes y alérgenos.

El 90% de las personas presentan síntomas antes de los 5 años, particularmente entre los primeros 2 a 6 meses de edad.

En el 75% de las personas ocurre una mejoría significativa en o antes de los 14 años de edad. Con frecuencia existe un historial personal y/o familiar de otras condiciones alérgicas como lo son la rinitis, la conjuntivitis alérgica, y el asma. Muchos también presentan alergias alimentarias como agravantes del problema en la piel.

¿Cuáles son los síntomas y signos claves de la dermatitis atópica?

La dermatitis atópica se presenta con episodios o exacerbaciones que luego desaparecen por un tiempo, para luego aparecer usualmente en el mismo lugar y por ello se le considera una condición crónica.

El síntoma para el diagnóstico, y el peor de todos, es el intenso picor de algunas áreas en nuestra piel. Esta picazón provoca que nos rasquemos y esto a su vez desencadena en una de las complicaciones más comunes de esta condición: las infecciones por bacterias. Este picor es típicamente peor en las noches y afecta la calidad de vida del que la padece y de los que le rodean.



Además del picor, deberán estar presentes tres o más de estos:

1) afección de los pliegues de las coyunturas, cuello y alrededor de los ojos

2) asma, rinitis, o conjuntivitis alérgica

3) presencia de parchos de piel seca o en general tener la piel seca

4) síntomas comenzando antes de la edad de 2 años.

La presentación clínica varía por grupos de edad.



En el infante se presenta en la cara o el rostro, el cuero cabelludo, el tronco y en las superficies extensoras de las extremidades (codos y rodillas).



En la niñez veremos lesiones en el cuello, en las superficies flexoras de las extremidades (fosa cubital o parte delante del codo, muñeca, y parte posterior de las rodillas) y en los pies y tobillos.



Los jóvenes y adultos presentan lesiones en los brazos, la espalda, las muñecas, manos, pies y dedos, particularmente en áreas de flexuras.

No existe una prueba específica para diagnosticar la dermatitis atópica. Es más bien un diagnóstico clínico. En casos particulares por ser más severos en su presentación, más complejos o menos responsivos a tratamiento, su pediatra o médico primario podría ordenar algunas pruebas, o consultar otras especialidades, como dermatología, alergia-inmunología, psicología, etc.

El paciente con dermatitis atópica mejora significativamente cuando su manejo incluye un plan que atiende cada uno de los factores desencadenantes, así que la prevención es clave.

Algunas de las medidas preventivas son:

1) baños diarios con jabones hipoalergénicos y con pH neutral.

2) aplicarse un emoliente en ungüento o en crema (evitar lociones) en todo el cuerpo inmediatamente después del baño con la piel todavía mojada.

3) lavar la ropa nueva, antes de usarla, y la sucia con detergentes líquidos hipoalergénicos.

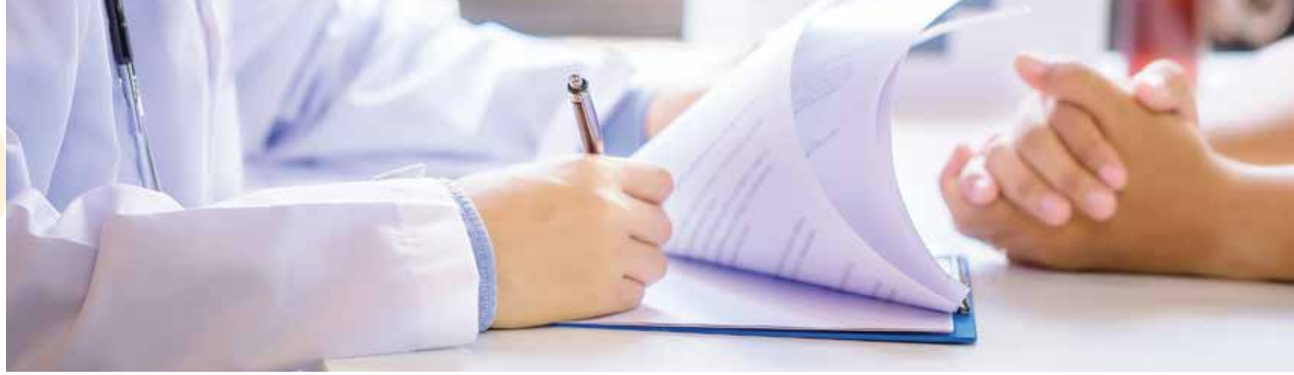
4) evitar los extremos de temperatura, el frío por la resequedad que causa y el calor por el sudor que provoca.

5) evitar alérgenos ambientales como los ácaros, usando forros hipoalergénicos en las almohadas y colchones, evitando peluches, alfombras y cortinas, (estas medidas contribuyen a mantener una buena higiene al dormir).

6) evitar o eliminar de la dieta, algunos alimentos (los más implicados siendo los huevos, la soya, la leche, el trigo, el pescado, los crustáceos, y el maní) sólo si activan o provocan exacerbaciones de la condición.

7) evitar mascotas en las habitaciones.

8) mantener las uñas de las manos limpias y cortas siempre, para evitar abrirse la piel al rascarse.



El manejo médico es según el grado de severidad.



La primera línea es el cuidado de la piel con emolientes y humectantes como ya hemos mencionado. No se debe esperar que la piel esté inflamada y que el picor sea intolerable para manejar esta condición.



Antihistamínicos orales que causan sueño, sólo se recomiendan esporádicamente en las noches cuando hay mucho picor, para conciliar el sueño.

Como **tratamiento inicial**, el pediatra recomendará agentes **tópicos esteroidales** como la hidrocortisona, pero de diferentes tipos (más o menos potentes) y en distintas preparaciones (en ungüento, crema, loción o espuma) de acuerdo con la edad, fase de la condición, duración de los síntomas, y por último de acuerdo con la respuesta individual de cada paciente.



Estos agentes deberán de utilizarse siguiendo estrictamente las recomendaciones del médico.

Antibiótico tópico intranasal se recomienda en algunos pacientes con evidencia de infección bacteriana por estafilococo recurrente.

Para casos más severos o refractarios a tratamientos tópicos existen muchos otros, generalmente prescritos por expertos dermatólogos.

* Todas estas estrategias redundan en una mejor calidad de vida para el paciente con dermatitis atópica, enfatizando la importancia en la continuidad del buen manejo por los padres, la educación para el auto cuidado y en el seguimiento con su médico.

Recuerda la dermatitis atópica no tiene cura pero está en tus manos controlarla.

References:
Eichenfield LF, Tom WL, Chamlin SL, Feldman SR, Hanifin JM, Simpson EL, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2014 Feb. 70(2):338-51.

Echenfield LF, Tom WL, Berger TG, Krol A, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2 Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. J Am Acad Dermatol. 2014; July;71(1):116-32

Sidbury D, Davis DM, Cohen DE, Cordoro KM, et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 3 Management and treatment with phototherapy and systemic agents. J Am Acad Dermatol. 2014 Aug; 71(2): 327-49
FCAAP Conference on Atopic Dermatitis by Dr. Lawrence Schachner on Oct 4, 2020.

Convulsiones Neonatales



Por: Natalia Rodríguez Vázquez, MD, FAAP & Janice Rodríguez Hernández, MD, DABPN
Neuróloga Pediátrica Especialista en Epilepsia

¿Qué son las convulsiones neonatales?

Las convulsiones en un recién nacido son la manifestación clínica más indicativa de que hay algo afectando el cerebro. **Las convulsiones son causadas por una actividad eléctrica anormal excesiva en el cerebro.**

Usualmente las convulsiones en esta etapa tienden a ser sintomáticas, es decir, que ese cerebro no está trabajando de forma adecuada, o ha sufrido algún insulto.

Cuando se comparan las convulsiones en neonatos con las de niños más grandes, sabemos que su apariencia clínica, su patrón en el electroencefalograma, las causas y el manejo tienden a ser diferentes a su contraparte en niños y adultos.

Usualmente las convulsiones neonatales tienden a ocurrir en los primeros días de vida.

¿Qué causa las convulsiones en neonatos?

A nivel molecular, sabemos que, en esta etapa, el cerebro está en pleno desarrollo.

Debido a esto, no cuenta con todos los mecanismos innatos con los que cuentan los niños más grandes y los adultos para detener una convulsión.

Esta inmadurez trae consigo ciertas desventajas que causan diferentes mecanismos de daño como cambios en el flujo sanguíneo que llevan a su vez a falta de oxígeno, produciendo una disminución en energía celular (ATP), por lo que aumenta el estado acidótico en el cerebro y esto nos lleva al daño a mayor escala como algún tipo de sangrado o de áreas con pobre perfusión sanguínea.

A mayor escala, la causa principal de convulsiones neonatales es algún insulto hipóxico-isquémico. Esto significa que no llegó suficiente oxígeno (hipoxia) por disminución del flujo sanguíneo (isquemia) en un periodo de tiempo que puede ocurrir durante el embarazo, durante el parto o luego del parto. Esto causa un estado de encefalopatía, lo que significa que el bebé no va a hacer las cosas que un recién nacido debería: no llora, hipoactividad, no chupa, no come, y podría llegar a convulsar.

Las otras causas asociadas a convulsiones en el neonato son hemorragias, infecciones, causas en la estructura del cerebro y problemas metabólicos.

Los niños prematuros, o de bajo peso, tienden a estar más a riesgo de sufrir de este padecimiento.



El electroencefalograma es el estudio de elección para poder correlacionar completamente los hallazgos clínicos con ese malfuncionamiento cerebral.

¿Cómo sé si mi bebé está convulsando?

Es importante recordar, que las convulsiones neonatales se manifiestan de manera distinta a lo que observaríamos en un niño o un adulto.

Esto se debe a esa misma inmadurez cerebral. Ya que ese cerebro está desarrollando conexiones nuevas, usualmente lo que vemos son movimientos focales.

¿Qué quiere decir eso?
Que podrían ser movimientos repetitivos de un bracito, con la pierna contraria, o la carita y un brazo, la carita y una pierna, etc.

En ocasiones, no vemos movimiento alguno, pero sí un cambio abrupto en el comportamiento donde el bebé disminuye su actividad significativamente.

¿Cómo se diagnostican las convulsiones neonatales?

Debido a que muchas de las manifestaciones visibles de una convulsión en la etapa neonatal parecen movimientos normales que ocurrirían en un bebé, la mejor manera de poder evaluar si en efecto este es el diagnóstico, es llevándolo donde un **Neurólogo Pediátrico.**

Este le hará el historial médico completo, un examen neurológico y las pruebas de rigor requeridas como serían:

- **electroencefalograma (EEG)**
- **estudio de resonancia magnética (MRI).**

Adicional a esto, se investigarían las posibles causas que incluyen desde lo infeccioso (punción lumbar), lo metabólico, y lo genético.

¿Cómo voy a tratar a mi bebé?

Es importante determinar la causa para dar un manejo adecuado.

Los medicamentos antiepilépticos disponibles para uso en neonatos son limitados.

De los mas utilizados se encuentran el Fenobarbital (Luminal) o el Levetiracetam (Keppra). **Se utilizan de acuerdo con la necesidad del paciente, tomando en cuenta sus comorbilidades, efectos adversos, e interacciones con otros medicamentos.**

El tiempo en que el neonato va a estar utilizando este tipo de medicamentos va a depender de la causa de sus convulsiones.

A veces no sólo se necesitan este tipo de medicamentos, sino también suplementos vitamínicos, o hasta algún tipo de dieta especializada.

¿Cómo consigo más información?

- **Visitando al neurólogo Pediátrico**
- **Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE)**
- **HealthyChildren.org**



¿HASTA CUÁNDO DEBO LLEVAR A MI HIJO A SU PEDIATRA?



Por: Dahima Cintrón, MD, MSc
Medicina Interna-Pediatría
Recinto de Ciencias Médicas

EL PEDIATRA ES EL PRIMER ALIADO DE SALUD DE TODO PADRE EN EL CUIDADO DE SU MÁS PRECIADO TESORO, SU HIJO/A.

Esto es aún más real para padres con hijos que tienen alguna condición de salud diagnosticada durante la infancia o adolescencia. Estas condiciones pueden variar desde eczema o asma, a condiciones multisistémicas como enfermedad inflamatoria intestinal, lupus sistémico, diabetes mellitus, o síndromes genéticos.

Gracias a los adelantos en la medicina, 90% de los pacientes con enfermedades crónicas que aparecen en la infancia/adolescencia llegarán a la adultez.[1]

Estos pacientes tienen antecedentes médicos complejos, requieren polifarmacia, tienen restricciones a ciertos medicamentos o procedimientos, y tienen resultados a largo plazo que afectan la calidad de vida de manera diferente en comparación con otros niños de edad similar.

Aunque los padres quisieran continuar las visitas con su pediatra o subespecialista pediátrico toda la vida, sabemos que nuestros niños se convertirán en adultos, y tendrán que aventurarse a continuar su cuidado con un internista o médico de familia.

ESTE PERIODO SE CONOCE COMO LA TRANSICIÓN DE CUIDADO DE SALUD, DE UN ENFOQUE PEDIÁTRICO A UNO ADULTO.

Está definido como "el movimiento intencional y planificado de adolescentes, adultos jóvenes con enfermedades físicas y crónicas, de sistemas de atención médica centrado en los niños hacia los sistemas de atención médica orientados a adultos."[2]



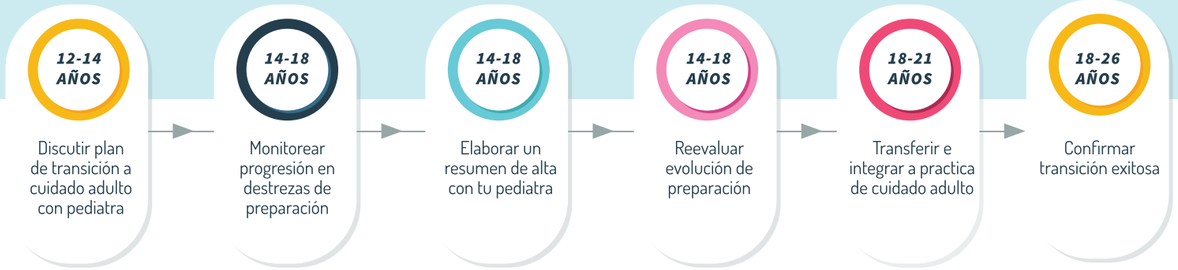


Figura 1. Adaptación y simplificación de los seis elementos básicos de la transición de la salud ™ 3,0 establecidos por el centro de recursos educativos "GotTransition". [3]

El proceso de transición ha sido detallado y estructurado **(Figura 1).** Este modelo ha mostrado beneficios significativos en el conocimiento de los pacientes sobre su condición, mejoras en su autoeficacia/ autoestima, y reducción en la utilización de los recursos de salud.[2]

LA PREPARACIÓN DE TRANSICIÓN A CUIDADO ADULTO PUEDE COMENZAR DESDE TAN TEMPRANO COMO LOS 12-14 AÑOS.

Aunque en teoría suena ideal, reconocemos que la población adolescente tiene sus retos. La evidencia muestra que durante la adolescencia y la edad adulta temprana hasta el 20% de las visitas programadas ambulatorias se pierden. [2]

Los adolescentes pasan por un periodo de evolución en identidad, exploran su sexualidad e independencia, y cambian su entorno social.

Estos cambios pueden ser un mayor reto cuando se vive con una condición crónica de salud. Por ende, es esencial que tanto el pediatra como los padres compartan el mismo esfuerzo para lograr aprovechar esos años de preparación sin perder de perspectiva las necesidades de ese adolescente.

COMO PADRE PUEDES APORTAR A LA TRANSICIÓN A CUIDADO ADULTO DE TU HIJO TOMANDO SIMPLES INICIATIVAS COMO:

1) Dejar que sea evaluado sin compañía en su visita

2) Incentivar que aprenda el nombre de su diagnóstico y medicamentos

3) Darle la tarea de que saque su cita y recoja sus medicamentos

4) Preparar una lista de posibles médicos primarios de adulto con ayuda de tu pediatra

5) Aclarar con tu plan médico la fecha límite de la cubierta de tu hijo y dirigirlo a sacar su propio plan de salud

6) Solicitar hablar con tu pediatra sobre la transición al cuidado adulto de tu hijo/a.

Nuestros adolescentes y adultos jóvenes tienen la capacidad de convertirse en adultos con empoderamiento de sus condiciones de salud. Empecemos una discusión en conjunto entre pacientes, pediatras, padres e internistas para apoyarlos en su camino a la adultez.

Referencias:
(1) National Survey of Children's Health. Bureau MaCH (ed), census.gov; 2019
(2) Blum RW et al. Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. The Journal of adolescent health. 1993, 14:570-576. 10.1016/1054-139x(93)90143-d
(3) https://www.gottransition.org/

¡Doctora, a mi hijo le salieron unas bolitas y se le están regando!

Por: Mariel Medina MD, FAAP
Pediatra General
Torrimar Pediatrics

¿Qué es el molusco contagioso?

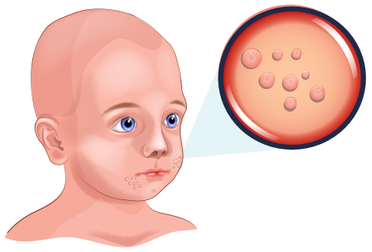
El molusco contagioso es una infección en la piel causada por un virus. Su apariencia es de unas vesículas (“las famosas bolitas”) del color de la piel o rosadas, con un centro, en su mayoría, umbilicadas (es decir bordes elevados y una pequeña depresión central). No es necesario hacer una biopsia o enviar a un/a subespecialista para llegar a un diagnóstico.

Visualmente se pueden distinguir las lesiones y su pediatra le puede ayudar.
Las lesiones pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo, como la cara, tronco, extremidades y área genital. Bien comúnmente, se ven en el cuello, axilas y detrás de las rodillas.

No se ven en las palmas de las manos, ni en las plantas de los pies. Se estima que el periodo de incubación pudiera ser entre 2 a 6 semanas desde que se tuvo contacto con un/una paciente infectado/a.

Las lesiones pueden durar semanas, meses o hasta años. Una vez desaparecen las lesiones, la infectividad desaparece.

El molusco contagioso no es una enfermedad seria, mas bien se convierte en una situación de preocupación estética, dependiendo del lugar en el cuerpo donde se encuentran, su tamaño y cantidad. Las lesiones se pueden encontrar aisladas o en grupos.





Doctora, ¿y eso se pega?

El molusco se propaga con facilidad por contacto directo.

Es sumamente común que el/la paciente se autoinfecte por tocarse o rascarse las lesiones. Contacto con el área expuesta de otro/a niño/a o con alguna superficie, que haya tenido contacto con el área infectada, son modos comunes de propagación.

Para evitar su fácil transmisión se recomienda no compartir toallas, rasuradoras, productos de aseo personal, entre otros.

No es necesario excluir a un niño(a) del centro de cuido, escuela o deporte, ni del uso de piscinas.

En deportes de contacto se pudieran cubrir las áreas infectadas.

Doctora, ¿Eso le pica y/o le duele?

Por lo general, el molusco es mas molestoso a la vista que al paciente.

Sí, hay ocasiones que puede estar acompañado de picor (lo cual facilita la propagación e infección bacteriana del área, por el niño(a) rascarse) e inflamación. No siempre la inflamación alrededor de la lesión significa infección, por lo que no es necesario usar antibióticos como primera línea.

Se conoce que la inflamación puede indicar pronta regresión de la lesión. En ocasiones, podemos ver dermatitis en áreas cercanas al molusco.

Doctora, ¿Qué le pongo?

La infección con molusco es autolimitante, es decir, con el tiempo las lesiones desaparecen sin necesitar tratamiento médico.

Aunque sí existen varias modalidades de tratamiento, al momento se reservan para lesiones solitarias, deformantes o para pacientes inmunosuprimidos.

De necesitar tratamiento un dermatólogo nos pudiera ayudar.

Cabe recalcar que los tratamientos disponibles tienden a ser dolorosos, descoloran la piel y en ocasiones dejar una cicatriz.

Los tratamientos disponibles envuelven métodos invasivos, como raspe de piel, o medicamentos a base de ácido salicílico, entre otros. Esto se pudiera evitar dejando que las lesiones desaparezcan por si solas.

Sí, podemos dar tratamiento para la dermatitis o antibiótico en caso de una infección bacteriana asociada.



EN RESUMEN:

- El molusco contagioso es una infección viral autolimitante.
- Se pega por contacto directo.
- No es necesario excluir al paciente de cuidos, escuelas o deportes.
- El tratamiento se reserva para lesiones estéticamente deformantes. Sí tratamos infecciones y dermatitis asociadas.
- Paciencia, y como dice una buena amiga y colega: “jarabe de tiempo.”



Cuando a mi niño lo muerde un perro

Por: Ly A. Garcia Duprey, MD & Ana García Puebla MD, FAAP
Pediatría General
Departamento de Pediatría RCM

Las mordeduras de perro representan un número significativo de visitas a la sala de emergencia.

Cada año se reportan alrededor de 4.7 millones de mordeduras caninas en los Estados Unidos, incluyendo Puerto Rico. Incluso, se ha reportado un aumento en la incidencia de mordeduras de perros durante el pasado año 2020, asociado con la pandemia de COVID-19 y la cuarentena.

Es por esta razón que queremos educar acerca de cómo identificar señales de alerta en las mascotas y de cómo prevenir o actuar en caso de una mordedura.

Los niños son la población más a riesgo de sufrir daños severos, por lo que educación y prevención son sumamente importantes.



¿Qué debemos saber acerca de las mordeduras de perros a niños?

Los perros muerden por muchas razones, pero principalmente reaccionando a un estímulo, ya sea porque se sienten amenazados o porque se encuentran en una situación de estrés.

Contrario a lo que se pensaba antes, cualquier raza o tamaño de perro puede ser capaz de morder.

Las lesiones causadas por mordeduras de perro en niños ocurren con frecuencia en la cara y el cuello, ya que la cara de los pequeños queda a la altura del perro usualmente.

Además, los niños no saben defenderse de un ataque.



¿Qué debemos hacer cuando su hijo sufre una mordedura de perro?

Si se trata de arañazos o mordeduras pequeñas, los padres deben limpiar el área con agua abundante y jabón. Puede cubrir el área con gasas o toallitas limpias.

Si la mordedura es profunda o envuelve la cara o cuello, es importante una visita a sala de emergencias.

No todas las heridas por mordedura de perro se cierran con suturas (puntos) ya que hay casos que el hecho de cerrar una herida podría aumentar el riesgo de infecciones.

Su médico lo evaluará y le recomendará tomar antibióticos de ser necesario.

Recuerde siempre mantener las vacunas de su niño al día. De tener que acudir a la sala de emergencia, es importante que tenga a la mano la tarjeta de vacunas de su niño y de ser posible, la información de vacunación del perro que ha mordido.

Educar a nuestros niños sobre la prevención de mordeduras de perro es vital.

¿Cuándo es importante buscar ayuda médica?

1. Si la mordedura es grande o envuelve cabeza, cara, cuello, las manos o los pies.
2. Si no para de sangrar luego de hacerle presión fuerte por al menos 5 minutos.
3. Si el niño presenta dolor severo.
4. Si el niño presenta dificultad para mover partes del cuerpo o articulaciones cercanas a la mordida.
5. Si se observan signos de infección como: área roja, caliente, hinchada o con secreciones amarillentas.
6. Si el niño presenta con fiebre (temperatura mayor a 38° C o 100.4° F).

Medidas de precaución y prevención ante una mordida de perro.

Algunos consejos importantes para la prevención de mordeduras:

• Debe evitar dejar a los niños o infantes solos con un perro, ya que interacciones sencillas a modo de juego pueden terminar en una mordedura.

• Tampoco se debe permitir que el niño juegue con el perro si éste está comiendo o durmiendo, ya que podrían tomar cualquier estímulo como una amenaza.

• Evite que su niño moleste o juegue de manera brusca con su mascota (ej. halarle la cola).

• Enséñele a sus niños a ser cuidadoso con los perros y a no intentar tocarlos a través de una verja o si el dueño del perro no está cerca.

• Nunca besar o poner su cara cerca de la boca de un perro.

• Discuta con los niños más grandes las señales que pueden alertar que un perro no es seguro. Por ejemplo, que no pare de ladrarle, que no mueva su cola o que su cuerpo se mantenga rígido. Si se identifica alguna de estas señales, el niño debe de alejarse del perro de manera calmada, evitando movimientos rápidos.

• Si se les acerca un perro desconocido debe de mirarlos tranquilamente, evitar correr, evitar movimientos rápidos o agresivos, permitir que el perro los huela y alejarse de manera suave.

Es necesario explicar desde temprana edad los cuidados que se deben de tener con los perros y otras mascotas. Esto nos ayudará a que nuestros niños puedan continuar disfrutando de sus mascotas de una forma segura.

Referencias:
Cronan, K., 2019. Cómo prevenir las mordeduras de perro (para Padres) - Nemours KidsHealth. [online] Kidshealth.org. Available at: <https://kidshealth.org/es/parents/dog-bites-esp.html?WT.ac=p-ra>
Dog Bite Prevention Tips. HealthyChildren.org. https://www.healthychildren.org/English/safety-prevention/all-around/Pages/Dog-Bite-Prevention-Tips.aspx. Published 2018. Accessed May 4, 2021.
Texaschildrens.org. 2015. Dog Bites 101: What Parents Need To Know | Texas Children's Hospital. [online] Available at: <https://www.texaschildrens.org/blog/2015/08/dog-bites-101-what-parents-need-know>

BACK TO SCHOOL



¿Ya hiciste la **cita** de tu hijo con el **dentista** para el regreso a clases?

Si tu hijo va a cursar los grados de Kinder, 2do, 4to, 6to, 8vo o 10mo grado, recuerda que debes llevarlo al dentista para que le realice su examen oral y obtener el Certificado de Examen Oral para su inicio de clases.

Baja el Certificado de Examen Oral aquí

Su sonrisa es contagiosa. Protégela.

DEPARTAMENTO DE SALUD