Revista Mi Pediatra

SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA

Edición 27

¿PORQUÉ LE PICA LA PIEL A MI HIJO?

TICS EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Dolor de pecho en los niños y adolescentes

Vacunas en los Adolescentes

¡MAMÁ!
No puedo caminar y siento cosquillitas en los pies.

MIS-C: ¿Está mi hijo a riesgo?

¿NECESITA MI NIÑO TERAPIA DEL HABLA?



facebook.com/mipediatraspp

www.revistamipediatrapr.com

¿Desea anunciarse en las próximas ediciones de la revista?

Para los detalles de espacios, costos y calendario de publicación, puede comunicarse con nuestra división de ventas al siguiente número:
787-421-0944

Búscanos en:
facebook.com/mipediatraspp
www.revistamipediatrapr.com





Ganadora
DEL CONCURSO DE DIBUJO

Daniela E. Colón Fonseca

es la feliz ganadora del concurso que se llevó a cabo para seleccionar la portada de esta edición de la revista Mi Pediatra. Se le solicitó a los participantes, estudiantes de Vimenti, Boys & Girls Club de Puerto Rico, que dibujaran lo que significa la escuela para ellos. Daniela es una niña de 7 años de edad que al preguntarle el significado que tiene su dibujo nos respondió:

"Lo más que me gusta de la escuela es estar con mis compañeros, también en el salón cuando la maestra está dando clases y educación física."

¡Muchas felicidades!

Agradecemos a todos los niños que participaron y mostraron sus talentos a través del dibujo.

Compartimos frases que acompañan algunos dibujos recibidos, las cuales validan una vez más el rol tan importante que tiene la escuela en el crecimiento y desarrollo de nuestros niños.
Esperamos pronto puedan regresar de forma segura.

"Me gusta la escuela porque es vida para mí" - *Daylan Núñez*
"La escuela es para mí como un deseo hecho realidad y una oportunidad"- *Leyra Pilarte*
"La escuela es mi alegría"- *Kenniel Curet*
"La escuela es para aprender y hacer amigos"- *Shalierys Burgos*

Revista Mi Pediatra
SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA

Mensaje Editorial



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

Reciban un saludo en el nuevo año con los mejores deseos de que sea uno lleno de esperanza, salud y herramientas para enfrentar los retos existentes. Luego de casi un año de pandemia, tiempo difícil en el que hemos visto seres queridos enfermar y sufrir pérdidas, vivimos con la esperanza de que la población tome las medidas necesarias de prevención, incluyendo la vacunación. Esto definitivamente nos ayudará a regresar a un diario vivir con menos restricciones, pero de una forma ordenada y segura.

Sabiendo que, debido a todo lo vivido, es posible que se haya descuidado el mantenimiento de salud, compartimos en esta edición temas que ayuden a los padres y cuidadores a conocer cómo se desarrollan los niños, así como aprender sobre condiciones que pudiéramos observar en las distintas edades, desde la infancia hasta la adolescencia. El poder entender lo que significa la dificultad respiratoria en un infante, el por qué un niño pudiera tener hematomas en su cuerpo y el saber a qué se debe que un niño presente espuma o sangre al orinar son solo algunos de los temas de interés que les presentamos.

¿Por qué nuestros niños podrían desarrollar movimientos anormales o llegar a ser obesos? ¿Qué ayudas podemos ofrecer a padres con niños dependientes de la tecnología? ¿Necesitará mi niño terapia del habla? En esta edición, podrán encontrar respuestas para estas preguntas y muchas otras que surgen a diario y más aún en este tiempo de pandemia en que se ha afectado nuestra población pediátrica tanto física como emocionalmente.

La portada de esta edición muestra lo que significa la escuela para una niña de siete años. Su dibujo expresa no solo la estructura de un salón de clases, sino el contacto con su maestro, el amor y felicidad que siente al estar de forma presencial en su entorno escolar. Miramos al futuro cercano esperanzados de que nuestros niños puedan regresar de una forma segura y con salud al ambiente escolar. La educación es esencial y un derecho por el que tenemos que seguir luchando para nuestros niños.

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

Estimados lectores:

Es con mucha emoción y esperanza que comenzamos el 2021 esperando que logremos a través de la vacunación, comenzar a retomar la vida como la conocíamos antes de la pandemia por el coronavirus. Aún haciendo énfasis en que tendremos que continuar con mascarillas y distanciamiento social hasta que logremos inmunidad de rebaño, estaremos reduciendo significativamente la mortalidad y las hospitalizaciones.

Es muy importante trabajar juntos en controlar esta pandemia. Les exhorto a vacunarse a medida que se haga disponible a la población. Démosle un voto de confianza a la ciencia y vacunemos a los adolescentes y niños una vez se vaya aprobando su uso en esta población. Es demasiado importante para el desarrollo físico, social, emocional y sicológico el que nuestros niños y adolescentes regresen a la escuela y al juego lo antes posible y de una forma segura.

Aunque agradecemos a Dios que la pandemia no ha cobrado muchas vidas pediátricas, una sola muerte es demasiado. La pérdida de colegas pediatras a consecuencia del COVID ha sido muy difícil de sobrellevar para todos los que cuidamos de la salud de los niños y adolescentes. Quiero dedicarle esta edición de la Revista Mi Pediatra a todos los pediatras que con valentía y dedicación han expuesto sus vidas por el bien de los niños y adolescentes y especialmente a los pediatras que han fallecido por causa de esta pandemia. HONOR A QUIEN HONOR MERECE.

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

Revista Mi Pediatra
SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA
Edición 27















CONTENIDO

06 / ¡Mamá! No puedo caminar y siento cosquillitas en los pies

10 / Obesidad pediátrica: un reto para todos

12 / Telesalud: ¿Es una alternativa en tiempos de pandemia?

15 / ¿Conoce usted el rol de la radiografía en la evaluación del paciente pediátrico con COVID-19?

17 / Mi hijo tiene puntitos rojos en todo el cuerpo... ¿Qué es la trombocitopenia?

20 / Hidronefrosis en infantes y niños

22 / Dolor de pecho en los niños y adolescentes: No siempre es el corazón

26 / ¿Necesita mi niño terapia del habla?

30 / Vacunas en los Adolescentes

34 / ¡Mis primeros dos años!

37 / ¿Porqué le pica la piel a mi hijo? La sarna y el impétigo: infecciones comunes que causan picor

42 / Tics en la edad pediátrica: ¿Cuándo pueden ser causa de preocupación?

44 / Cuidando del niño asistido por tecnología y su familia

50 / ¿Cómo crece la cabeza del bebé?

53 / Síndrome Multi -Sistémico Inflamatorio en los niños: MIS-C: ¿Está mi hijo a riesgo?

55 / Las masas abdominales en la población pediátrica

57 / Mi bebé respira diferente: dificultad respiratoria en el infante

60 / Neurodiversidad en bebés recién nacidos y la relación de su familia con ellos

62 / Diarrea en niños: cuando ponen a los padres de carrerita preocupados

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

¡MAMÁ!

No puedo caminar y siento cosquillitas en los pies



Por: Alexandra Montalvo MD & Janice Rodríguez MD, DABPN
Neurología Pediátrica
Escuela de Medicina RCM



¿Qué es el Síndrome de Guillain Barré?

EL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ (SGB) se caracteriza por debilidad muscular, dolor, e incluso parálisis de los músculos. Frecuentemente la debilidad comienza en músculos de las piernas y progresa hacia músculos de extremidades superiores como los brazos y cuello.

- **En algunos casos se pueden afectar los músculos respiratorios causando problemas para respirar.**
- **Los niños suelen quejarse de sensación de hormigueo o adormecimiento en los dedos de las manos y pies.**
- **Otros de los síntomas que podrían presentar lo son el desbalance al caminar y/o la debilidad facial.**

Es importante saber que hasta un 50% de los pacientes presenta alteraciones en su sistema autonómico que es el que controla, entre otras cosas, nuestra presión arterial y pulso cardíaco.

ESTE SÍNDROME TIENE 3 FASES:

FASE PRECLÍNICA:

2/3 de los pacientes presenta con un antecedente de enfermedad gastrointestinal o respiratoria de 4 a 6 semanas antes de los síntomas neurológicos.

FASE CLÍNICA PROGRESIVA:

Se caracteriza por la presentación progresiva de sensación de hormigueo y adormecimiento en manos y pies, seguida por debilidad simétrica en extremidades inferiores que puede ascender en horas y días a extremidades superiores.

FASE DE RECUPERACIÓN:

Típicamente comienza entre 2 a 4 semanas luego de la fase clínica progresiva, pero puede tardar hasta 6 meses.

¿Por qué ocurre el Síndrome de Guillain Barré?

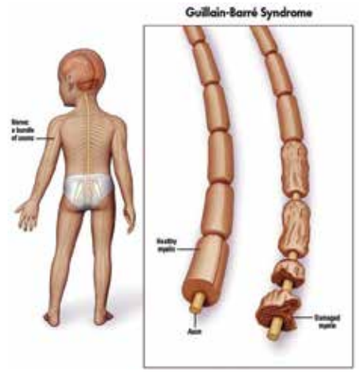
La causa exacta del síndrome se desconoce, pero se cree que el sistema inmune de nuestro cuerpo ataca al sistema nervioso periférico, es decir, a nuestros nervios.

Los niños, al igual que los adultos, tienen nervios periféricos cubiertos de una capa llamada mielina. Estos nervios periféricos controlan la función del movimiento y sensación. En la forma clásica del síndrome se cree que esta mielina es atacada por el sistema inmune causando así los síntomas de debilidad y dolor.

En dos terceras partes de los pacientes el SGB se asocia con un historial de infecciones respiratorias o intestinal de 2 a 6 semanas previo al inicio de síntomas. La gastroenteritis de Campylobacter jejuni es el antecedente infeccioso más frecuente que se ha visto.

También en el pasado se ha implicado el síndrome a algunas vacunas como la de influenza.

Recientemente con la pandemia del COVID-19 se han reportado casos de niños y adultos con el Síndrome de Guillan Barré luego de haber tenido el COVID-19.



El Síndrome de Guillain Barré puede ocurrir en cualquier edad, siendo más frecuente en adultos que en niños, y extremadamente raro en niños menores de 2 años de edad.

Se estima que la incidencia oscila entre 0.5 a 1.5 casos por 100,000 individuos en la población pediátrica.

¿Cómo se diagnostica el Síndrome de Guillain Barré?

Cuando hay sospecha de que su hijo puede tener el Síndrome de Guillain Barré es importante tener una evaluación inmediata con su pediatra o acudir a una sala de emergencia.

El historial médico y examen físico son esenciales para el diagnóstico.

La punción lumbar es un procedimiento importante que nos ayuda a esclarecer el diagnóstico. En este procedimiento, una aguja especial se coloca en la espalda baja, en el canal espinal, para así poder retirar una pequeña cantidad del fluido espinal cerebral y enviar pruebas para analizarlo.

En el SGB se produce un aumento característico en la concentración de proteínas en este líquido, con un contaje normal de células blancas.



¿Se va a recuperar mi hijo de esta condición?

- El pronóstico en los niños es generalmente bueno comparado con adultos.
- La mayoría de los niños vuelve adquirir su función motora entre 6 meses y un año.
- A pesar de esto, a largo plazo es común que algunos niños continúen con síntomas sensoriales como la sensación de hormigueo o adormecimiento.

¿HAY TRATAMIENTO PARA ESTA CONDICIÓN?

El tratamiento especifico para el SGB se determina junto a los padres y el neurólogo.

La clave del manejo médico es la detección y tratamiento rápido.

Un niño con SGB necesita hospitalización inmediata a la unidad de cuidados intensivos y monitoreo cercano.

La meta del tratamiento es prevenir problemas de la respiración y brindar alivio de síntomas a su hijo.

Existen dos posibles tratamientos:

las inmunoglobulinas (IVIGs) o plasmaferesis.





LAS INMUNOGLOBULINAS

son un producto de la sangre que ayuda a disminuir el ataque del sistema inmune en el sistema nervioso.

LA PLASMAFERESIS

es un procedimiento que filtra la sangre para así eliminar los anticuerpos que causan los síntomas de la enfermedad.



Obesidad pediátrica: un reto para todos



Por: Lisette Lugo-Calzada MD FAAP
Pediatra General
Depto Pediatría
Escuela de Medicina RCM

La obesidad pediátrica es uno de los retos más serios de salud pública del siglo 21. El problema es uno global y el número de niños y adolescentes está aumentando a una velocidad alarmante. En Estados Unidos ha alcanzado niveles de epidemia, afectando a millones de personas.

La obesidad infantil afecta más a ciertas poblaciones siendo las hispanas unas de las más afectadas.

Puerto Rico no es la excepción, ya que estudios han demostrado que la obesidad en nuestra niñez es significativa.

Se definen como obesos los niños y jóvenes de 2 años en adelante cuyo índice de masa corporal o BMI, por sus siglas en inglés, es mayor que la 95 percentila por peso.

El BMI es calculado preferiblemente por un profesional de la salud, usando el peso y la estatura del niño o adolescente.

Es una medida **indirecta** del estado del peso (bajo peso, normal, sobrepeso, obeso) y se traza usando percentilas específicas para edad y sexo.

Si tienes dudas si tu hijo está o no está obeso, te recomendamos que visites al pediatra ya que él/ella podrá contestar tus preguntas y preocupaciones sobre el peso de tu hijo.





Factores de riesgo y la pandemia del COVID-19:

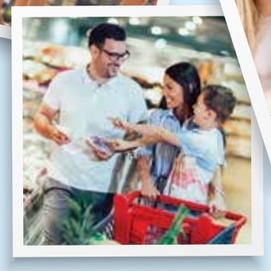
Entre los factores de riesgo que se han identificado para la obesidad infantil se encuentran:

- que al menos uno de los padres sea obeso
- el desuso de la cena familiar
- el aumento en el consumo de comidas rápidas (fast food)
- aumento en el consumo de comidas altamente procesadas
- menos consumo y disponibilidad de frutas y vegetales
- escasez de lugares seguros para jugar al aire libre
- aumento en estilos de vida sedentaria con un aumento en el *screen time* o "tiempo pasado frente a la pantalla" como el televisor, computadora, tabletas, etc.
- y menos requisitos de actividad física en las escuelas.

Si tomamos en cuenta algunos de estos factores, no nos debería de sorprender que los cambios en los estilos de vida que ha causado la pandemia por COVID-19 en nuestros niños y adolescentes los han puesto más a riesgo.

La alimentación, la actividad física y el sueño se han visto afectados negativamente, causando aumento en peso en esta población.







EFECTOS EN LA SALUD:

Es preocupante saber que estudios han demostrado la relación de la obesidad pediátrica con condiciones de salud serias en esta población tales como alta presión, elevación de grasas en la sangre, diabetes tipo 2, apnea del sueño, varios tipos de cáncer, pobre autoestima y depresión.

Muchas de éstas son condiciones de salud que antes sólo encontrábamos en los adultos pero que ahora, por el aumento en la obesidad pediátrica, lamentablemente las estamos diagnosticando en nuestros niños y adolescentes.

PREVENCIÓN: NUESTRA MEJOR HERRAMIENTA.

Recomendamos las visitas regulares al pediatra a través de toda la niñez y adolescencia ya que él/ella puede ejercer una influencia positiva en la prevención de la obesidad.

Otras recomendaciones son promover: la lactancia; la actividad física, comenzando por el modelaje de los padres; la cena familiar, mientras más días de la semana mejor; el limitar el *screen time* o tiempo pasado frente a la pantalla que mencionamos anteriormente; la educación a los niños y adolescentes sobre los mensajes que envían los medios para que sepan cómo no escoger comidas altas en calorías, bajas en valor nutricional; y el recompensar con regalos que no sean comida.

Es importante señalar que en muchas culturas, incluyendo la nuestra, dar comida es dar amor, por lo que debemos buscar otras maneras de expresar nuestro amor a nuestros niños y adolescentes.



PROMOVER DENTRO DE NUESTRO NÚCLEO FAMILIAR CAMBIOS EN NUESTROS ESTILOS DE VIDA QUE AYUDEN A PREVENIR LA OBESIDAD PEDIÁTRICA ES RESPONSABILIDAD DE TODOS.

¡ACEPTEMOS EL RETO!

TELESALUD: ¿Es una alternativa en tiempos de pandemia?





Por: Carmen Suárez MD FAAP
Pediatra
Presidenta Sociedad
Puertorriqueña de Pediatría

Debido a la pandemia causada por el coronavirus, el acceso a la consulta médica tradicional ha tenido que ser modificada. Se ha vuelto muy importante buscar estrategias que faciliten el encuentro entre profesionales de la salud y los pacientes.

Telesalud ha contribuido grandemente a permitir este acceso a la consulta.

Cuando hablamos de telesalud, nos referimos al uso de la tecnología de telecomunicación para llevar a cabo servicios relacionados a la salud e información de salud para apoyar tratamiento médico, educación en salud y salud pública.

Un ejemplo de telesalud es la telemedicina, la que permite hacer una visita virtual con el proveedor de salud. Por lo tanto, en telemedicina, hay una comunicación interactiva y al momento entre un paciente y su proveedor de salud mediante el equipo de telecomunicación.

Entre las ventajas de este tipo de visita se encuentra el poder obtener el servicio médico desde cualquier lugar.

Además, elimina el tiempo de espera en las oficinas médicas, reduciendo a la vez la posible exposición a infecciones.

Estas visitas requieren ser programadas con la oficina del médico o proveedor de salud.



No sustituyen completamente una visita presencial, pues el examen físico no puede hacerse tal cual en la oficina médica y, no debe de utilizarse para visitas de rutina o mantenimiento de salud.

Además, en caso de una emergencia, se debe llamar al 9-1-1 o acudir a la sala de emergencia más cercana.



Es importante prepararnos correctamente para que la visita virtual sea efectiva.

- Primeramente, coordinamos la visita con la oficina. Algunas oficinas requerirán algún tipo de documento que debe de ser llenado y enviado previo al encuentro.
- Escogemos qué tipo de tecnología utilizaremos como por ejemplo, el teléfono celular, computadoras o tabletas. Debemos de tener disponibilidad de internet.
- Preparamos el lugar de encuentro escogiendo uno que sea tranquilo, privado, con buena iluminación y poco ruido.

Debemos:

- Conocer el historial médico y de alergias
- Conocer qué medicamentos está utilizando el paciente y las dosis
- Tener escritas las preguntas que necesitamos aclarar para que no se nos olviden.

- Al momento de la visita, debemos tratar de dar al médico información como edad, peso, estatura y algunos signos vitales como la temperatura y, de ser posible el pulso y la frecuencia respiratoria.
- Debemos procurar vestirnos apropiadamente para la visita.

Es importante que en el caso de los niños, permitamos que la cámara pueda moverse de lugar con facilidad para mejor observación del niño. *Por ejemplo, poderle mostrar al médico cómo está respirando el niño enseñando el área de nariz, boca, pecho y abdomen.*

Las consultas sobre erupciones de piel, vómitos, diarreas, deshidratación, infecciones del tracto urinario, conjuntivitis, catarros, alergias, sinusitis, influenza y COVID-19 son algunas en las cuales la telemedicina puede ser de gran ayuda.

El seguimiento a los pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes, asma, enfermedades reumatológicas, renales, etc., también puede ofrecerse utilizando esta modalidad.



No deje de obtener cuidado médico aún en tiempos de pandemia.
Existe la tecnología para poder obtener servicios de salud de una manera adecuada y segura.



Abbott

SU TAMAÑO
NO DETERMINA
SU fuerza



Aunque no estuvo en tu barriguita el tiempo necesario, con **Similac® NeoSure** tu bebé puede alcanzar un crecimiento y desarrollo saludable en sus primeros 12 meses. Es una fórmula enriquecida en nutrientes que provee más proteína, vitaminas y minerales comparado a la fórmula a término.



OptiGRO®
Brain DHA Nourishing
Eye LUTEIN Health
Growth & VITAMIN E Development

Similac® NEOSURE®
LA FUERZA DE LA NUTRICIÓN

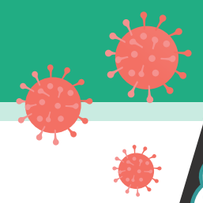
WIC†
Elegible§ EN P.R.

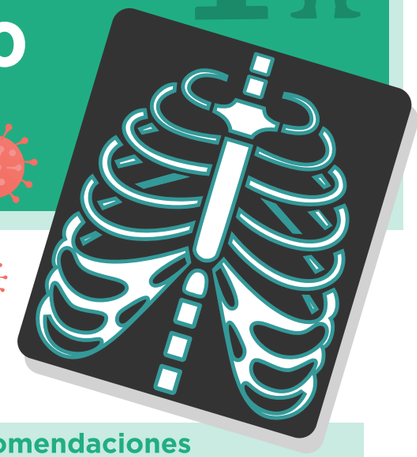
†WIC es una marca registrada del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA por sus siglas en inglés) y una abreviación del Programa Especial de Suplementación Nutricional para Mujeres, Infantes y Niños. No se implica ningún endoso a marcas o productos por el USDA.
§Requiere documentación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

©2020 Abbott Laboratories ANAPRSIM20205870 Noviembre, 2020

¿Conoce usted el rol de la radiografía en la evaluación del paciente pediátrico con COVID-19?









Por: Brendáliz Rivera Vélez MD, FACR
Radióloga Pediátrica
Manatí Medical Center

La rápida diseminación del coronavirus ha resultado en una pandemia global que ha infectado a individuos de todas las edades en prácticamente todos los países del mundo. Sin embargo, la población pediátrica parece ser afectada en menos proporción que los adultos.

Aunque el diagnóstico inicial debe hacerse utilizando la presentación clínica del paciente y las pruebas de laboratorio, los estudios de imágenes también tienen un rol en la evaluación inicial y pronóstico de los pacientes pediátricos con COVID-19.

El rol de la radiología pediátrica en estos pacientes es actualmente un área de estudio y un asunto de discusión tanto en la investigación como en la comunidad médica.

Factores como la sensitividad, especificidad del estudio y la exposición a radiación, tomando en cuenta de que se trata de pacientes pediátricos, son algunos de los factores a considerar para el uso de imágenes diagnósticas en esa población. Además, la disponibilidad y confiabilidad de la prueba molecular (PCR) deben considerarse a la hora de tomar una decisión para realizar una radiografía de tórax.

Sin embargo, las recomendaciones del Colegio Americano de Radiología (ACR) han sido precisas y son las siguientes:

1. *La radiografía simple del tórax o la tomografía computadorizada de tórax no se recomiendan para diagnosticar COVID-19.*
2. *La prueba molecular (PCR) sigue siendo el único método específico para el diagnóstico.*
3. *Los hallazgos de las imágenes de tórax en COVID-19 no son específicos y se superponen con otras infecciones lo que limita aún más la especificidad de la tomografía computadorizada o CT.*

Como Radióloga Pediátrica y madre de dos, reconozco la carga emocional que conlleva a los padres y a los pediatras llevar a su hijo a la oficina médica o a la sala de emergencia ante la posibilidad de tener síntomas del virus COVID-19.

El primer paso en la evaluación de un niño con la sospecha de COVID-19, es sin duda alguna, considerar el cuadro clínico general.

Hay determinados hallazgos en las radiografías de pecho que son más específicos de neumonía por COVID-19 mientras que la tomografía computadorizada es mejor para caracterizar, confirmar y diferenciar una infección pulmonar de otra.

La presentación de COVID-19 en los estudios por imágenes de niños se puede parecer a algunas otras enfermedades que son también típicas de esta época como la influenza, entre otras.

RECOMENDACIONES PARA LOS ESTUDIOS POR IMÁGENES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.

Las radiografías de tórax por lo general no se recomiendan para la detección sistemática de niños sintomáticos o asintomáticos con sospecha de COVID-19 ni para niños con síntomas clínicos leves.

La radiografía de tórax inicial puede ser adecuada para los niños con síntomas moderados a graves y en este caso en particular se pudiera considerar hasta la posibilidad de someter al paciente a una tomografía computadorizada o CT.

Esto último se considera tomando en cuenta el que los resultados de este estudio pudieran ayudar en la decisión terapéutica del paciente.

Por otro lado, pudiera ser adecuado realizar exámenes de radiografías de tórax secuenciales en pacientes pediátricos con COVID-19 para evaluar la respuesta terapéutica o el progreso de la enfermedad.

No obstante, las imágenes de tórax no se recomiendan a modo de seguimiento para pacientes pediátricos que sean realmente asintomáticos luego que se restablecen de una enfermedad que siguió un curso leve.

Solo se reservan las imágenes de seguimiento en pacientes que tuvieron una enfermedad moderada o grave, ya que implica exponer al paciente a radiación.



Sin duda alguna, la pandemia del COVID-19 nos ha tomado por sorpresa a todos. Los radiólogos pediátricos y los pediatras continuamos estudiando los hallazgos, tanto clínicos como radiográficos, que causa este novel virus y continuamos trabajando en equipo para el bienestar del paciente.



Todavía nos queda mucho por aprender en el diagnóstico y tratamiento del COVID-19, pero seguiremos cada día en alerta y recopilando data y hallazgos clínicos o radiográficos para poder ofrecer cada día un mejor tratamiento a los pacientes y sus padres.

Mi hijo tiene puntitos rojos en todo el cuerpo…

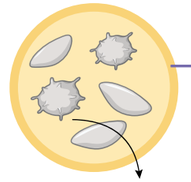
¿Qué es la trombocitopenia?



Por: Leslie A Soto Vélez MD, FAAP
Hematóloga Oncóloga Pediátrica
Hospital Pediátrico Universitario

¿Alguna vez han notado diminutos puntos color rojo intenso en la piel de sus hijos que aparecieron de repente?

Estos pequeños puntos rojos se conocen como petequias y son causados por pequeñas hemorragias (sangrados) en la piel secundario a niveles bajos de plaquetas en la sangre.



LAS PLAQUETAS son las células de la sangre que ayudan a formar los coágulos que detienen los sangrados.

Los niveles normales de plaquetas en niños son de 150,000 a 300,000. Cuando las plaquetas están en niveles bajos se le conoce con el término **trombocitopenia.**

Los síntomas o manifestaciones que podemos encontrar cuando se tienen plaquetas bajas son:

- aparición de moretones o hematomas que se forman fácilmente, ya sea espontáneos o con trauma o golpes leves
- sangrado en las encías
- sangrado nasal que se conoce como epistaxis (usualmente prolongado, es decir, más de 10 minutos)
- pequeños puntos color rojo intenso en la piel conocidos como petequias
- manchas oscuras color morado en la piel que se conocen como púrpura
- sangrado prolongado cuando tienen heridas
- sangrado en la excreta u orina
- vómitos con sangre

En situaciones extremas donde se tienen conteos muy bajos de plaquetas, hay riesgo de tener sangrados cerebrales, usualmente asociados a trauma o golpes.

Hay muchas razones por las cuales ocurre trombocitopenia, algunas de estas causas pueden ser no tan graves y no requerir ningún tratamiento médico. Hay otras causas de trombocitopenia que son muy serias y sí se requiere tratamiento médico. **Por tal razón, siempre que se identifique un número bajo (menor a los niveles normales de referencia) de plaquetas es importante consultar a su pediatra.**

Las posibles causas de trombocitopenias pueden ser:

• Infecciones virales: cualquier virus puede causar que bajen las plaquetas

• Causas autoinmunes: esto ocurre cuando nuestros propios anticuerpos (las células que atacan a los virus y bacterias que nos afectan) se alteran y comienza a atacar y destruir nuestras plaquetas. Esta condición se conoce como Trombocitopenia Inmune Púrpura y le llamamos así por sus siglas en inglés ITP. Esto es muy común en la edad pediátrica.

• Condiciones familiares o genéticas

• Leucemia

• Fallo de médula ósea

• Algunos medicamentos

• Otras condiciones autoinmunes como lupus y artritis reumatoide

• Otras condiciones médicas que pueden causar destrucción de plaquetas o aumentar la demanda de uso de plaquetas

• Tratamientos de quimioterapia

Es sumamente importante que su pediatra evalúe a su niño, le realice un historial y examen físico completo si presenta algunos de estos síntomas antes mencionados.



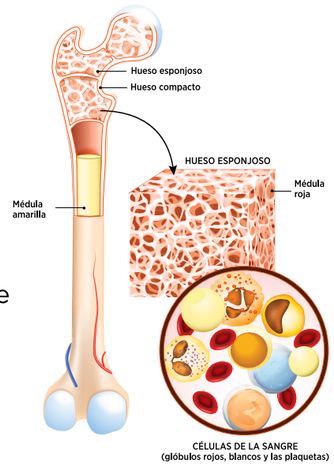
Su médico le ordenará unos análisis de sangre entre los que está un hemograma (CBC), el cual nos indica el contaje de plaquetas, hemoglobina y glóbulos blancos. Muchas veces puede requerirse repetir estas pruebas para monitorear la tendencia del contaje de plaquetas y decidir si es necesario realizar otras evaluaciones y exámenes más detallados.

Si estos contajes de plaquetas persisten bajando progresivamente o están por debajo de los 130,000 es recomendado una evaluación por un hematólogo pediátrico. Si los contajes están por debajo de 50,000 es importante que esta evaluación sea lo antes posible y muchas veces podría requerirse evaluación en sala de emergencias o monitoreo en el hospital.

Para determinar la causa de esta trombocitopenia se pueden requerir múltiples análisis de sangre, estudios de imagen y en algunos casos puede ser ncesario realizar un aspirado y biopsia de médula ósea.

La médula ósea está en el interior de los huesos.

Popularmente le llamamos el tuétano del hueso y es donde se producen las células de la sangre tales como los glóbulos rojos, los glóbulos blancos y las plaquetas.



EL TRATAMIENTO PARA LA TROMBOCITOPENIA VA A VARIAR Y DEPENDE DE:

Qué es lo que está causando la trombocitopenia; cuál es el contaje de plaquetas del paciente; cuán rápido bajan y, si el paciente está presentando algún sangrado o hemorragia.

Algunas causas comunes y menos graves pueden ser observadas y monitoreadas de cerca por su pediatra.

Otras de las causas pueden requerir tratamientos inmediatos y más invasivos como terapia con medicamentos inmunosupresores (esteroides, inmunoglobulinas, etc.), transfusiones de plaquetas o quimioterapia, entre otras.

Por tal razón, lo más importante en caso de que su hijo/a presente con alguna de las manifestaciones clínicas antes discutidas usted debe comunicarse con su pediatra para una consulta y una evaluación médica.



En familia, podemos inspirar pequeños grandes pasos.

Juntos, podemos inspirar lo maravilloso.™

Enfamil

PREBIÓTICOS PARA EL SISTEMA INMUNE

DESARROLLO DEL CEREBRO MFGM Y DHA

MFGM PUEDE AYUDAR A MEJORAR EL DESARROLLO



Hidronefrosis en infantes y niños



Por: Michel García Crespo MD[1] & Marta Suárez MD MPH[2]
[1]Residente tercer nivel;
[2]Nefróloga pediátrica
Depto de Pediatría RCM

¿Qué es el sistema urinario humano y cómo funciona?

Es un grupo de órganos que se conectan entre sí, con la función de producir, acumular, y desechar la orina fuera del cuerpo. La orina se produce en los riñones y baja mediante los uréteres hacia la vejiga. Luego es expulsada fuera del cuerpo mediante la uretra.

¿Qué es la hidronefrosis y cuán común es?

La hidronefrosis es una hinchazón de uno o ambos riñones que se produce por acumulación de orina.

Es una condición médica que se estima puede ocurrir en 1 de cada 100 bebés al nacer. Puede ser identificada antes del parto o después del mismo. (Fig.1)

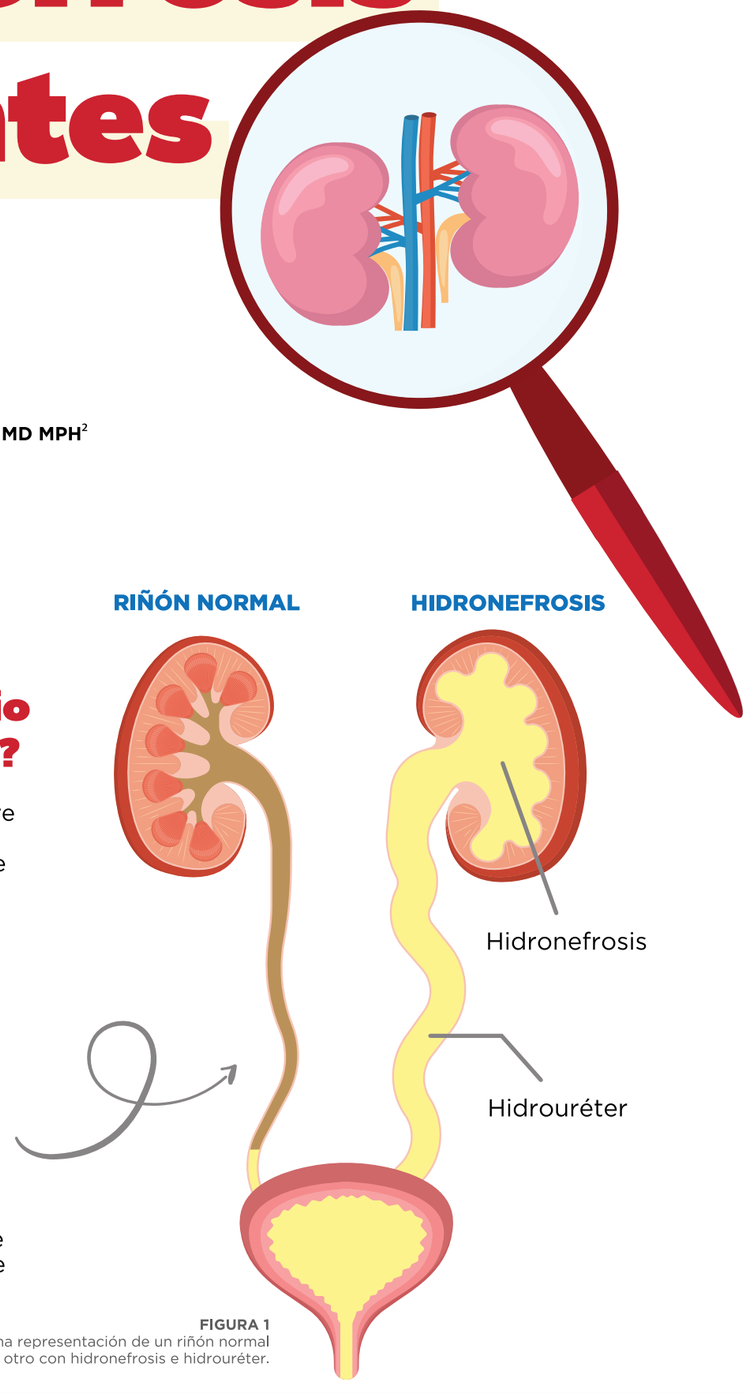


FIGURA 1
Es una representación de un riñón normal y otro con hidronefrosis e hidrouréter.

¿Cómo los médicos determinan cuando hay hidronefrosis?

La hidronefrosis se puede detectar tan temprano como en el segundo trimestre del embarazo. Se puede identificar mediante el uso del ultrasonido. **Sin embargo, durante el período antes del parto este diagnóstico no es muy preciso.**

Una vez que el bebé nace, el uso del ultrasonido es mucho más eficaz y ofrece información importante para la clasificación de la hidronefrosis desde leve hasta severa.

Además, el ultrasonido ayuda a determinar si otros estudios más específicos son necesarios.

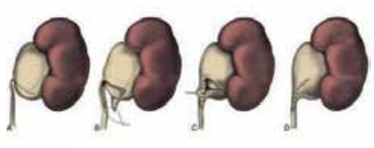


¿POR QUÉ OCURRE?

Existen varias causas que explican la hidronefrosis en niños. De éstas, las más importantes son **obstrucción y reflujo**; y en muchas ocasiones no tenemos una explicación clara de por qué ocurre (a lo cual llamamos hidronefrosis idiopática).

En casos donde la **obstrucción** es la causa, la orina que se produce en el riñón no puede salir del mismo. En los infantes, la obstrucción uretero-pélvica es la razón más común. (Fig.2) Ésta ocurre cuando hay una estrechez entre el riñón y el uréter.

En casos donde el **reflujo** es la causa, la orina regresa desde la vejiga hacia el riñón y como consecuencia se produce la hinchazón de este órgano. Existen muchas otras causas de hidronefrosis las cuales ocurren con menos frecuencia; aun así, requieren la evaluación de nefrólogos pediátricos.



Es una representación del procedimiento de la Pieloplastia. La figura A muestra la estrechez urtero-pelvica que es la causa más común de obstrucción en niños con hidronefrosis.

FIGURA 2
Foto tomada de: https://cateterdoblejota.com/pieloplastia-anderson-hynes-en-ninos/

¿Cuáles son los síntomas?

La hidronefrosis en infantes generalmente no produce síntomas. Cuando la hinchazón es significativamente grande y existe obstrucción del flujo de la orina (hidronefrosis severa); un bebé puede desarrollar infecciones del riñón con mucha frecuencia.

Éstas pueden presentar con fiebre, vómitos, irritabilidad, y cambios en la consistencia de la orina. En niños más grandes los síntomas pueden incluir dolor abdominal, dolor en los costados, y/o sangre en la orina.

¿CÓMO SE TRATA?

Generalmente **los casos más severos de hidronefrosis** que causan los síntomas antes mencionados requieren cirugía. Un equipo multidisciplinario compuesto por pediatras, nefrólogos y urólogos pediátricos evalúa estos infantes y determinan el momento y el proceder quirúrgico requerido.

La cirugía más común que se practica para tratar la hidronefrosis severa por obstrucción se denomina “Pieloplastia” (Fig.2)

Es una cirugía donde la estrechez entre el riñón y el uréter es reparada mediante el uso de laparoscopia (un procedimiento quirúrgico mínimo invasivo, de bajo riesgo en el cual los órganos dentro del abdomen se examinan con una pequeña cámara mediante pequeñas incisiones en el abdomen)

La hidronefrosis leve a moderada es una condición que generalmente no requiere intervención. La opción más aceptada es esperar y monitorear la función del riñón del bebé. Esto se logra mediante exámenes de sangre y repitiendo los ultrasonidos. En la mayoría de los casos se resuelve por si sola.

¿Qué hacer si mi bebé es diagnosticado con hidronefrosis?

Es siempre importante que los padres consideren todas las opciones de diagnóstico y tratamiento en consenso con especialistas con conocimiento de esta condición.

Los urólogos y nefrólogos pediátricos son los profesionales más indicados para manejar la hidronefrosis en infantes.

Referencias
Chow, J. S., & Darge, K. (2015). Multidisciplinary consensus on the classification of antenatal and postnatal urinary tract dilation (UTD classification system). Pediatric Radiology, 45(6), 787–789. https://doi.org/10.1007/s00247-015-3305-0

Rao, P. K., & Palmer, J. S. (2009). Prenatal and Postnatal Management of Hydronephrosis. The Scientific World JOURNAL, 9, 606–614. https://doi.org/10.1100/tsw.2009.85
Vemulakonda, V., Yiee, J., & Wilcox, D. T. (2014). Prenatal Hydronephrosis: Postnatal Evaluation and Management. Current Urology Reports, 15(8), 1. https://doi.org/10.1007/s11934-014-0430-5

Dolor de pecho en los niños y adolescentes: No siempre es el corazón





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

El dolor de pecho es una queja común en la población pediátrica y una que puede provocar ansiedad en el paciente, familiar y en los profesionales de la salud.

La ansiedad relacionada a la queja usualmente se asocia a la preocupación de que el dolor de pecho represente una condición cardíaca que atente contra la vida del paciente.

Sólo 1-6% de las quejas de dolor de pecho en esta población representan una condición peligrosa para la vida.

Entonces, ¿qué produce dolor de pecho?

Los dolores de pecho se pueden agrupar en:

- musculoesquelético
- pulmonar
- gastroenterológico
- cardíaco
- psicogénico o trauma

CAUSAS MUSCULOESQUELETALES:

Son dolores de pecho que usualmente son reproducibles a la palpación o empeorados con movimiento.

Por lo general, son dolores benignos y su tratamiento es sintomático. Entre ellos se encuentra la costocondritis, el síndrome de tietze, las contracturas musculares, síndrome de captura precordial y el síndrome de la costilla deslizante.

La mayoría de estos dolores se diagnostican con un historial y examen físico.

En el caso del síndrome de la costilla deslizante, radiografías pueden ser necesarias para descartar fracturas si hay historial de un trauma.

El tratamiento usualmente es descanso, ejercicios de estiramiento, antiinflamatorios no esteroideos y en ocasiones, anestesia local.

CAUSAS PULMONARES:

Dolor de pecho asociado a tos y falta de aire.

Por ejemplo, asma puede producir dolor de pecho, particularmente en el asma inducida por el ejercicio.



Este dolor se alivia con broncodilatadores (Ej. albuterol) y es importante que utilicen su broncodilatador 15 minutos antes de comenzar los ejercicios y comenzar con ejercicios de calentamiento.

Por otra parte, **las infecciones pulmonares** producen dolor de pecho debido a irritación de la capa que recubre el pulmón (pleura). **Infecciones pulmonares usualmente son acompañados por falta de aire, tos y fiebre.**

El diagnóstico requiere tomar un historial, examen físico y radiografías de pecho. Los laboratorios ayudan en el diagnóstico y en ocasiones imágenes más especializadas pueden ser requeridas. **El tratamiento consiste en dar antibióticos.**

Por último, **pleurodinia** es un dolor tipo espasmo que se debe a inflamación de los músculos entre las costillas y usualmente es secundario a infecciones por virus, el tratamiento es sintomático.

CAUSAS GASTROINTESTINALES:

Dolor de pecho asociado a la ingestión de comidas, caracterizados por la sensación de quemazón, inhabilidad de tragar y dolor al tragar.

Se estima que aproximadamente 1-5% de los pacientes con reflujo gastroesofágico presentarán con dolor de pecho en vez de dolor abdominal.

Usualmente es descrito como un dolor en el centro del pecho y se asocia a una sensación de quemazón. **El dolor se debe al acido gástrico causando irritación del esófago.**

EL DIAGNÓSTICO se hace con historial y examen físico.
Esto no se considera una enfermedad a no ser que el paciente esté perdiendo peso, no pueda ganar peso o tenga dolor que no se alivia.



EL TRATAMIENTO CONSISTE
en usar medicamentos anti-reflujo (supresión de ácido) **y medidas anti-reflujo** (comer sentado, reposo luego de comer y no acostarse inmediatamente después de comer).

Si el paciente no mejora, el médico primario debe considerar una evaluación del gastroenterólogo pediátrico para identificar causas como esofagitis.

Esta es una inflamación del esófago secundario a reflujo, medicamentos, infecciones o esofagitis eosinofílica.

La esofagitis eosinofílica presenta similar al reflujo gastroesofágico con la distinción de que el paciente describe la sensación de tener comida atorada en el medio del pecho.

EL DIAGNÓSTICO de la esofagitis eosinofílica se hace a través de endoscopia con biopsia.



El tratamiento consiste en modificar la dieta para evitar alérgenos y esteroides.

Por último, LA INGESTIÓN DE OBJETO EXTRAÑO es común en niños menores de 5 años, pero no produce dolor de pecho en su mayoría ya que van esófago.



Sin embargo, cuando producen síntomas los mismos son: dolor de pecho, salivación, dolor al tragar y evitar el tragado.



Debe acudir a una sala de emergencias si sospecha una ingestión de objeto extraño particularmente si es un objeto punzante, imanes o baterías de botón o si el paciente presenta dificultad respiratoria o con los labios morados.

Se le harán radiografías para ubicar el objeto e identificar lo que es, para determinar si se tiene que remover o se espera a que se expulse en la excreta.

CAUSAS CARDÍACAS:

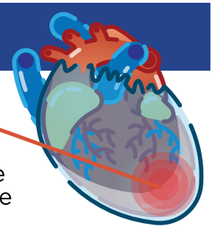
Son las menos comunes en los pacientes pediátricos.



Éstas requieren evaluación por un cardiólogo pediátrico e incluye:

- PERICARDITIS
- MIOCARDITIS
- ARRITMIAS E INFARTOS

PERICARDITIS



es una inflamación del saco que recubre el corazón.

Esto presenta como un fuerte dolor de pecho repentino, que empeora con inspiración y al acostarse, y asociado a fiebre.

El diagnóstico requiere un electrocardiograma y usualmente una muestra de sangre para ver el conteo de células blancas.

El tratamiento consiste en anti inflamatorios no esteroideos y aspirina.

MIOCARDITIS

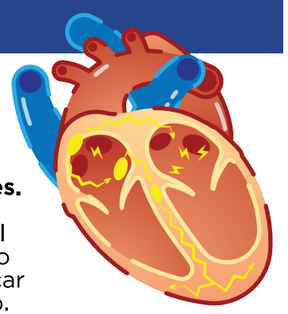
Por otra parte, la miocarditis es una inflamación del corazón.

La misma presenta como dolor de pecho, fiebre en un paciente con síntomas catarrales recientes.

El diagnóstico requiere electrocardiograma y muestras de sangre para medir las enzimas cardíacas. Los pacientes requieren evaluación por un cardiólogo pediátrico y admisión al hospital para ser monitoreados.



ARRITMIAS



Las arritmias, pueden causar sensación de molestia o dolor de pecho, cabeza liviana, náuseas y palpitaciones.

Usualmente se siente el corazón latiendo rápido con simplemente colocar la mano sobre el pecho.

En esos casos debe acudir a una sala de emergencias para ser evaluados.

ISQUEMIA (INFARTO)

es la causa más temida, pero menos común.

Este presenta como un dolor opresivo justo en el centro del pecho, que se irradia al brazo izquierdo, se empeora con ejercicio y mejora con reposo.

El mismo puede ser considerado en paciente con riesgo aumentado:

- HISTORIAL DE CIRUGÍAS Y ANOMALÍAS CARDÍACAS
- DIABÉTICOS
- HISTORIAL DE KAWASAKI
- USO DE COCAÍNA
- ANEMIAS
- HISTORIAL FAMILIAR DE MUERTE REPENTINA.

¿Cuándo debo acudir a una sala de emergencias?

- **Dolor de pecho opresivo que se mueve o irradia al brazo izquierdo**
- **Dolor de pecho que comienza o empeora con el ejercicio**
- **Dolor de pecho asociado a falta de aire**
- **Dolor de pecho con alteración al estado mental o pérdida de conocimiento**
- **Dolor de pecho después de un trauma fuerte al pecho**
- **Dolor de pecho luego de usar cocaína, anfetaminas, sal de baño o marihuana sintética**
- **Ingestión de objeto extraño punzante, baterías de botón, imanes**
- **Ingestión de objeto extraño con falta de aire, labios azulados o alteración al estado mental**



La clave para una vida saludable es alimentarse bien física y emocionalmente. Por eso decidimos hacer un recetario en el que no solo encontrarás recetas deliciosas, sino también recetas que te ayudarán a saborear más de la vida.

Descárgalo gratis en alimentatepuertorico.com

FUNDACIÓN TRIPLE-S

¿NECESITA MI NIÑO TERAPIA DEL HABLA?



Por: Lourdes García Tormos Ed.D, CCC-SLP, IBCLC
Patóloga del habla y lenguaje
Escuela de Medicina RCM

Durante los primeros meses de vida comenzamos a escuchar al niño(a) producir sonidos solitos o aislados de vocales como “a” “u”. A medida que pasa el tiempo escuchamos que va uniendo sonidos de vocales y consonantes como “pa” “ma”, estos sonidos van aumentando en producción.

Continúa con la producción de nuevos sonidos combinados, imitando cada vez más producciones combinadas de sonidos, ampliando la producción espontánea de palabras de una, dos silabas y así va aumentando en complejidad hasta formar palabras, frases y oraciones.

Oraciones que continuarán aumentando en complejidad, permitiendo que el niño(a) responda a preguntas complejas, y logre más tarde integrar las destrezas de lectura y escritura.

Sin embargo, algunos padres no observan destrezas similares en el desarrollo de la comunicación de su hijo(a) por lo que se recomienda consultar al Patólogo del habla – lenguaje (PHL).

El PHL es el profesional que cuenta con las competencias necesarias para: evaluar, diagnosticar y tratar problemas del habla, tales como:

- articulación
- voz
- fluidez

Además, problemas de lenguaje hablado o escrito.

El terapista del habla-lenguaje, es aquel profesional que trabaja bajo la supervisión directa del PHL, ofreciendo tratamiento en las áreas previamente mencionadas.





El PHL continúa con un proceso evaluativo centrado en la familia donde combinará observaciones clínicas con instrumentos normalizados de evaluación, que contribuirán a la identificación de fortalezas y necesidades en las áreas evaluadas.

El clínico evaluará las destrezas de comunicación relacionadas con habla y con el lenguaje.

En las destrezas de habla, se evaluarán las estructuras, la planificación motora y la ejecución del movimiento del mecanismo oral, por ejemplo, si el niño(a) permanece con la boca abierta en descanso, mientras está comiendo o mientras produce sonidos.

Luego completará un historial de alimentación, que permitirá al clínico realizar un referido a algún PHL especialista en el área de tragado.

- **Se evaluará el repertorio de sonidos,** donde identificará, según la edad cronológica, la producción de los sonidos del habla como por ejemplo a los dos años un niño(a) produce variados sonidos consonánticos como la /p/ /m/, entre otros.
- También, si esos sonidos que produce los cambia o los elimina cuando produce palabras, frases y oraciones, considerando su proceso natural de desarrollo como, por ejemplo, cuando omite la consonante inicial consistentemente en palabras como / vaca/ por / aca/.
- Además, identificará sí reconoce que la palabra se compone de sílabas y las rimas.

Otro aspecto que evaluará en el área de habla será la calidad, tono, volumen y resonancia de su voz, donde identificará si se percibe una voz ronca o como congestión nasal que pudiera afectar la claridad para hablar.

- Evaluará la fluidez, según el desarrollo de la comunicación, durante las verbalizaciones en habla espontánea. Por ejemplo, si al hablar repite constantemente la primera silaba de la palabra con un movimiento de sus ojos mientras las repite, que afecta su comunicación.
- Evaluará las destrezas pre-lingüísticas como atención (según la edad), contacto visual, respuesta a los estímulos auditivos, imitación de sonidos y palabras, imitación de gestos y acciones, permanencia de objetos (sabe que el objeto existe, aunque no lo esté viendo, por ejemplo, “peek a boo”), causa y efecto (una acción tiene una reacción, por ejemplo, aprieto un botón y se prende la música del juguete), solución de problemas (por ejemplo, se le cae un juguete debajo de la cama que no puede alcanzar y busca un palo o algún objeta hasta lograrlo), entre otras.
- Evaluará el área receptiva o la comprensión del niño(a) de la información que recibe, por ejemplo, el seguir instrucciones de un paso.





También se evalúa el área expresiva o lo que verbalmente expresa el niño (a). Para esto evaluará el vocabulario que comprende como el que expresa, así cómo ese vocabulario es utilizado de manera funcional para comprender y con razonamiento verbal compartir sus ideas, sentimientos o necesidades.

Estas áreas son evaluadas tanto a nivel verbal como escrito, enfocando el orden de las palabras en la oración, el significado de cada palabra y la forma gramatical de cada palabra en la oración.

Luego del análisis de toda la información recopilada, el clínico, mediante un informe discutirá con la familia la interpretación de los resultados.

El diagnóstico indicará el tipo, la severidad y el pronóstico del desorden diagnosticado.

Luego ofrecerá recomendaciones según la necesidad del niño(a). Si se recomienda tratamiento, el clínico proveerá la frecuencia (cantidad de veces en la semana), la duración (tiempo en la terapia) y la modalidad del servicio (individual, grupal, programa para el hogar entre otros) que incluirá el lugar donde se ofrecerá el servicio (la escuela, el centro de cuido o el hogar) considerando un servicio centrado en la familia.

El servicio, dependiendo de la necesidad del niño(a), podría ser integrado durante la rutina del hogar.

Una vez que inicie el servicio directo de tratamiento es recomendable que la familia mantenga una comunicación directa con el PHL, quien elaborará un plan de tratamiento. Hable y pregunte al profesional que está ofreciendo el servicio como continuar trabajando en el hogar las destrezas trabajadas.

Existen escalas de la comunicación que dirigen a las familias a reconocer que cada niño(a) se desarrolla a su tiempo, pero las mismas son muy efectivas ya que le ofrece información sobre las destrezas que bajo, la norma en que fue redactada la escala, nos sugiere lo que debería estar haciendo por edad.

Recuerde que las destrezas aumentan en complejidad por lo que la integración durante la vida diaria es de suma importancia.



Si usted entiende que su niño(a) está presentando alguna dificultad para comunicarse, no dude en consultar a un Patólogo del Habla Lenguaje.

Referencias:

American Speech-Language-Hearing Association. (2004). Preferred Practice Patterns for the Profession of Speech-Language Pathology. Recuperado de https://www.asha.org/policy/pp2004-00191/#sec1.3.11
American Speech-Language-Hearing Association. (n.d). Speech-Language Pathology. Recuperado de https://www.asha.org/Students/Speech-Language-Pathologists/.
American Speech-Language-Hearing Association. (n.d.). Typical Speech and Language Development. Recuperado de www.asha.org/public/speech/development

Gerber Good Start

¿Tu bebé tiene alguno de estos síntomas?



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

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

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



Vacunas en los Adolescentes



Por: Gerardo J. Tosca Claudio, MD, FAAP
Pediatra General
Centro Pediátrico Los Paseos

El "Advisory Committee" en Prácticas de Vacunación (ACIP), la Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Academia Americana de Médicos de Familia (AAFP) recomiendan vacunas específicas para proteger a los adolescentes contra de las infecciones que pueden causar enfermedades graves e inclusive la muerte.

Ciertas enfermedades, las maneras para compartir la vivienda en grupos (dormitorios/hospedajes en las universidades), la participación en deportes y los comportamientos de alto riesgo, pueden poner a los adolescentes en un mayor riesgo de contraer estas infecciones.

Desde que los niños comienzan en la escuela hasta la etapa de adolescencia, es necesario verificar el estatus de vacunación:

- Antes de comenzar la escuela intermedia y/o secundaria (middle school y high school)
- Antes de la universidad (o cerca de la fecha en que la comenzará)

Es importante verificar el certificado de vacunación del adolescente en cada visita preventiva y en cualquier visita a la sala de urgencias.

Cabe señalar, que en estos tiempos de la pandemia de COVID-19, el estar al día con la vacunación se torna más importante todavía.

A continuación, mencionaremos las vacunas para los adolescentes:

Hepatitis B (Hep B)

La hepatitis B puede causar daños al hígado, cáncer y muerte.

Esta infección viral se transmite de persona a persona, a través del contacto con sangre infectada. Esto puede suceder por contacto sexual o por compartir agujas que fueron usadas en "body piercing", en tatuajes o en drogadicción.

La hepatitis B también la puede transmitir una madre infectada a su bebé en el momento del parto. Una persona puede no presentar ningún síntoma y, sin saberlo, pasar la hepatitis B a otros.

Todos los estudiantes que asisten a centros de cuido y escuelas necesitan una serie de tres vacunas. Para asistir a las universidades, los estudiantes necesitan tener las tres vacunas de la hepatitis B.

Sarampión, paperas y rubella

(MMR—measles, mumps and rubella—por su siglas y nombre en inglés)

SARAMPIÓN- produce fiebre alta y erupción. También causa infección del oído medio, edema (hinchazón) del cerebro y neumonía.

PAPERAS- produce inflamación dolorosa de las mejillas y de la quijada. También pueden causar edema del cerebro o de las membranas de la médula espinal.

RUBELLA- causa inflamación de ganglios y erupción rojiza de la piel. En mujeres embarazadas puede ocasionarle daños al feto.

El sarampión, las paperas y la rubella se transmiten al entrar en contacto cercano con personas infectadas y, al toser o estornudar.

Todos los estudiantes que van a entrar a la escuela o a la universidad, necesitan dos dosis de la vacuna contra el sarampión, la papera y una dosis de la vacuna contra la rubella.

Varicela

La varicela puede causar serios problemas de salud, como infecciones de la piel, neumonía y, en casos raros, edema cerebral.

La varicela se transmite por el aire, por medio de las gotitas de saliva o moco infectados que se encuentran flotando, o por contacto con el líquido del interior de las vesículas rojas.

Estas vesículas causan mucho picor.
La persona es más contagiosa inmediatamente después de que los síntomas han comenzado, y permanece contagiosa hasta que todas las lesiones formen costras o estén secas.

Todos los estudiantes que van a escuelas, incluyendo centros de cuido, escuelas y universidades, deben tener la evidencia de haber recibido dos dosis de vacunación.

Los adolescentes que no han tenido la varicela o que no se han vacunado, deben recibir dos dosis de la vacuna en un lapso de cuatro a ocho semanas.



Tétano, difteria y pertussis (Tdap)

TÉTANO produce violentos espasmos musculares y tiene la tasa de mortalidad más alta entre las enfermedades que pueden prevenirse con una vacuna.

Se puede desarrollar cuando una herida abierta se infecta con bacterias.

DIFTERIA produce una severa infección de la garganta que dificulta la respiración y el tragado. Puede causar también insuficiencia cardíaca o parálisis.

¿Cómo se transmite? Al toser o estornudar.

PERTUSSIS produce episodios violentos de tos que pueden dificultar la respiración y la ingestión de comidas y bebidas. Puede causar neumonía, convulsiones o coma, y puede ser mortal en los infantes que no están totalmente protegidos.

Esta enfermedad es más leve en adolescentes y en adultos, semejando una tos y catarro severos que pueden perdurar por meses. **Pertussis se transmite fácilmente al toser o estornudar.**

- Si su adolescente no recibió la dosis de refuerzo contra el tétanos, la difteria y la pertussis (Tdap) antes de comenzar la escuela intermedia, se le debe administrar inmediatamente.
- Si su adolescente recibió la vacuna contra el tétano y la difteria (Td) debe esperar cinco (5) años para administrarle la vacuna de (Tdap) que es la que todo adolescente debe de tener.
- Importante también es que las mujeres embarazadas deben de consultar a su obstetra para asegurar que reciban la vacuna correspondiente.

Enfermedad meningocóccica

(meningitis, septicemia) (MenACWY Meningitis Tipo B)* Son dos vacunas diferentes*

La enfermedad meningocóccica es causada por una bacteria llamada Neisseria meningitidis, o meningococo.

LAS FORMAS MÁS COMUNES SON:

MENINGITIS- una inflamación de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal (La meningitis también tiene otras causas, la más común es una infección viral.)

SEPTICEMIA- una infección del torrente sanguíneo.

Esta infección se transmite por contacto personal cercano. Esto incluye compartir artículos que han tocado la boca de una persona (utensilios, bebidas o lápiz labial) **y al besar, toser o estornudar.**

HAY DOS VACUNAS DISPONIBLES PARA PROTEGER CONTRA LOS CUATRO TIPOS COMUNES (serotipos A, C, Y y W (MCV-Menveo o Menactra), responsable de las dos terceras partes de los casos de meningitis en adolescentes y dos del serotipo B (Trumenba y Bexsero)

Se recomienda que los adolescentes reciban la vacuna meningocóccica. La mayoría de las universidades exigen que los estudiantes que viven en las residencias en el campus universitario documenten que han sido vacunados y que han revisado información sobre la enfermedad meningocóccica.

La MCV se administra a los 11 y la segunda dosis a 5 años de la primera. La edad preferida para la vacuna para meningococo B es 16-18 años.

Algunos pacientes tienen un riesgo aumentado de contraer enfermedades meningocóccicas y pueden requerir dosis adicionales de estas vacunas. **Su pediatra le puede orientar.**

Virus del papiloma humano (VPH)

El virus del papiloma humano puede causar cáncer cervical en las mujeres. Otros cánceres invasivos que el VPH puede causar son: vagina, vulva, pene, ano y orofaringe. Puede causar verrugas genitales (condilomas) en hombres y mujeres.

El virus del papiloma humano se transmite por relaciones sexuales o contacto sexual. La mayoría de las personas no presenta síntomas de infección.

Aunque está aprobada de 9 a 45 años, se recomienda comenzar las dosis a los 11 años.

Si el chico o chica es menor de 15 años se recomiendan dos (2) dosis. Si es mayor de 15 años serian tres (3) dosis.

Influenza

La influenza (gripe) es una infección de la nariz, la garganta y los pulmones causada por los virus de la influenza. La influenza puede causar enfermedades leves o graves, neumonía y otras complicaciones.

La influenza se transmite a través de gotitas respiratorias que se emiten al toser o estornudar. Generalmente se transmite de persona a persona, aunque de vez en cuando una persona se puede infectar al tocar un objeto contaminado con el virus y luego tocarse la nariz o la boca.

La vacuna de Influenza se administra anualmente. Los meses ideales para vacunar son septiembre y/o octubre de cada año, es decir, antes del comienzo de la temporada. **Se debe vacunar desde los 6 meses de edad.**

Recuerde que la prevención es lo más importante.
Y que mejor que vacunando sus hijos adolescentes.

*El autor es pediatra y presidente electo de la Sociedad Puertorriqueña de Pediatría (2022-2024).
Para más información puede comunicarse al Centro Pediátrico Paseos al 787-999-0889.

Vital Salud en tus manos
GOBIERNO DE PUERTO RICO
ASES ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO



Unidad Multisalud te ofrece un área dedicada en el Hospital San Cristóbal para beneficiarios del Plan Vital y acompañantes:

Seguimiento clínico durante tu estadía	*Coordinación de citas pos alta*	*Sales con tus medicamentos en mano*

1-844-336-3331 LIBRE DE CARGOS | **787-999-4411** TTY (AUDIO IMPEDIDOS)

LUNES A VIERNES: 7:00 A.M. A 7:00 P.M.

Hospital San Cristóbal | MMM multihealth UNIDAD MULTISALUD

PLANVITALPR.COM
www.multihealth-vital.com

¿Ayuda con su Plan de Salud del Gobierno?
ASES
Línea libre de cargos
1-800-981-2737
TTY 787-474-3389

10-20-027



¡Mis primeros dos años!

Por: Geisla Zayas Santiago MD
Pediatría General
Residente de tercer nivel
Depto de Pediatría RCM

LA INFANCIA ES UNA DE LAS ETAPAS MÁS EMOCIONANTES DEL DESARROLLO DE UN NIÑO.

Podemos ver cómo pasan de ser completamente dependientes, a adquirir destrezas con las que desarrollarán su autonomía, habilidades y personalidad.

Su cerebro está en el momento óptimo para adquirir esas destrezas y, aunque de forma innata los niños tienen la inteligencia para desarrollarlas, es importante que reciba los estímulos, atención y nutrición adecuada para que alcance su potencial máximo.

Desarrollo Físico

En los primeros dos meses de vida un bebé tiene pobre control de sus movimientos y éstos, mayormente carecen de propósito. Con el pasar de los meses van ganando fuerza y coordinación.

Entre los tres y los cuatro meses desaparece el reflejo de agarre, en el cual estimular la palma de la mano provoca que involuntariamente ésta se cierre. La pérdida de este reflejo permite que pueda agarrar cosas. Como consecuencia, veremos cómo comienza a manipular objetos con sus manos y a jugar con ellas. **Adquieren además mayor control del torso, lo cual les permite voltearse. A esta edad, un niño debe ser capaz de sostener su cabeza.**

Ya entre los 6 a 7 meses se espera que se siente, primero con apoyo y luego, según va ganado fuerza, pueda hacerlo solo.

Entre los 8-9 meses surge el agarre entre pulgar e índice, lo cual refina su habilidad de agarrar objetos. Ya muchos comienzan a gatear y apoyarse para ponerse de pie, seguido por el caminar ya sea apoyado en muebles o agarrado de sus manos.

La mayoría comienza a dar sus primeros pasos independientes entre los 12- 15 meses. Estas destrezas se fortalecen rápidamente y ya, entre los 18 y 24 meses, adquieren mejor balance y aprenden a correr e incluso a subir escaleras.

Desarrollo Cognoscitivo

Desde el nacimiento un bebé busca encontrarle el sentido al mundo que lo rodea.

Desde antes de los dos meses de vida comienzan a diferenciar patrones, colores y consonantes, así como ciertas expresiones faciales.

Sin embargo, es a los 4 meses que florece su interés por descubrir tanto su entorno como a sí mismo. Es común que en esta etapa se distraiga durante las comidas. También hará cosas curiosas como tocar distintas partes de su cuerpo, aumentará la vocalización de sonidos y hasta hará trompetillas.

Entre los 6 a 12 meses, ya es más diestro en manipular objetos, así que comenzará a interpretar sus propósitos o usos. En esta etapa todo irá a la boca, luego aprenderá a golpearlos, pasarlos de una mano a la otra o tirarlos para descubrir e interpretar sus funciones. Por ejemplo, a los 6 meses, un infante llevará un cepillo a la boca.

Ya a los 12 meses, pasará el cepillo por su cabeza, pues sabe que el objeto tiene una función en particular.

Es de suma importancia no dejar a su alcance nada que ponga en riesgo su seguridad, y así evitar lesiones no intencionales como atragantamientos o intoxicaciones.



Según va creciendo, la imitación es su forma principal de aprendizaje.

El juego simbólico es una excelente manera de enseñar y divertirse con su pequeño.

Desarrollo Emocional y Comunicación

Durante los primeros meses de vida el llanto es su principal forma de comunicación.

En la medida que el niño perciba que sus necesidades son consistentemente atendidas, se promueve su seguridad y apego a sus padres. **Desde muy pequeños son capaces de imitar expresiones faciales o conductas para comunicarse.**

Se espera que la primera palabra formal sea cerca de los 12 meses y puede que no sea entendible a extraños.

Leerle libros con láminas y la repetición fomenta la adquisición de vocabulario.

Entre los 18-24 meses el vocabulario adquirido se dispara, alcanzando entre 50-100 palabras.



UNA FASE RETANTE es cuando comienza la ansiedad con personas extrañas, que ocurre entre los 6 meses hasta los dos años, siendo su pico a los 18 meses.

En ésta se vuelve difícil separarse de sus padres y algunos pequeños que ya dormían durante la noche comienzan a despertarse y llorar más seguido.

- A pesar de la necesidad de tener a sus padres constantemente cerca, también comienzan a demandar su autonomía e independencia.
- Con esto llega el interés por tratar de alimentarse solos y las famosas rabietas.

Entre los 12 a 18 meses, el uso frecuente de la palabra “no” es una forma de declarar su independencia.

Aunque bien es cierto que cada niño se desarrolla a su propio ritmo, hay ciertos marcadores que permiten identificar rezagos en cualquiera de estas áreas.

Algunas destrezas esperadas o piedras angulares del desarrollo a los dos años de edad son los siguientes:

MOTOR GRUESO
- -Patea una bola
- -Salta con ambas piernas
- -Corre coordinadamente

MOTOR FINO
- -Hace torres de objetos
- -Pasa las páginas de un libro
- -Gira objetos con sus manos (juguetes, perilla de la puerta, tapas)

LENGUAJE SOCIAL
- - Juega paralelo a otros niños
- - Se quita piezas de ropa
- - Utiliza una cuchara

LENGUAJE VERBAL
- - Conoce 50 palabras
- - Forma frases de 2 palabras
- - Sigue comandos complejos o de dos pasos
- - Un extraño le entiende un 50%

Es importante evaluar todos los componentes del desarrollo durante el crecimiento del infante.

Por esto, recuerde que es necesario que visite regularmente a su pediatra para identificar a tiempo necesidades o deficiencias y se puedan realizar las intervenciones para así maximizar el potencial del niño.

Referencias:
Kliegman, R., (2016) Nelson Textbook of Pediatrics, Philadelphia: Elsevier. pp 65-76.
Hagan, J., Shaw, J., Duncan, P., (2017)Bright Futures. Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents 4th Ed. AAP. pp 60-63.

Ellos están deseosos de crecer.

Sigue de cerca el desarrollo de su estatura.
La mayoría de los niños han duplicado la estatura que tenían al nacer al llegar a los 4 años de edad. Si sientes que tu niño o niña no está siguiendo este patrón, **habla con tu médico**. Hay nuevos tratamientos que pueden ayudarlos a alcanzar su potencial de crecimiento.

Más información en voyacrecer.com



Pfizer

© 2021 Pfizer Inc. Todos los derechos reservados.
PP-GEN-USA-0927-01 enero 2021

¿PORQUÉ LE PICA LA PIEL A MI HIJO?





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

LA SARNA Y EL IMPÉTIGO: INFECCIONES COMUNES QUE CAUSAN PICOR

El picor es uno de los síntomas más molestoso que puede sentir un niño. La sarna y el impétigo son dos causas comunes de picor en nuestros niños.

¿QUÉ ES LA SARNA?

La sarna o escabiosis humana es una infección de piel causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei*. El ácaro infecta la piel causando una erupción. La sarna es altamente contagiosa y se ve en todas las edades.

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE LA SARNA?

Los síntomas más comunes son picor, el cual tiende a ser más intenso en la noche, y una erupción parecida a granos o salpullido.

Se pueden ver también unas líneas grises o blancas finas e irregulares en la piel que son los tractos que ocasiona el ácaro al moverse.

- En niños menores de 2 años, la erupción es más frecuente en las palmas de las manos, plantas de los pies, cara, cabeza y cuello.
- En niños mayores de 2 años, adolescentes y adultos es más común en los pliegues de las muñecas y los codos, los muslos, glúteos, área genital y entre los dedos.

En este último, se ven frecuentemente los tractos. **El picor intenso causa que los niños se rasquen y se abran la piel propiciando el que se infecten con bacterias.**

PARA PREVENIR QUE ESTO OCURRA PUEDE CORTARLES LAS UÑAS A LOS NIÑOS Y CUBRIRLE LAS MANOS A LOS BEBÉS.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA Y SE TRATA LA SARNA?

Su pediatra es quien va a diagnosticar y tratar la sarna. Para esto va a tomar un historial pertinente y examinar la piel de su hijo. Al ser un diagnóstico típicamente clínico, no requiere de ninguna prueba o muestra de laboratorio. La sarna se trata con lociones y cremas recetadas por su pediatra, quien además le indicará cómo utilizarlas.

SU HIJO PUEDE REGRESAR A LA ESCUELA O AL CUIDO UNA VEZ COMPLETE EL TRATAMIENTO.

¿QUÉ PODEMOS HACER PARA PREVENIR UNA INFESTACIÓN CON SARNA?

Al ser tan contagiosa, la sarna se pega entre todos los que viven juntos. Es importante tratar a todos en la familia y también lavar con agua caliente toda la ropa de cama, la ropa del niño y de sus contactos.

Artículos que no se puedan lavar se deben poner en una bolsa plástica sellada por tres días a una semana. Por último, limpie bien la casa.



IMPÉTIGO:

¿QUÉ ES EL IMPÉTIGO?

El impétigo es también una infección de piel, pero a diferencia de la sarna, es causada por bacterias. Las bacterias de las familias estafilococo y estreptococo entran a la piel por cortaduras o raspaduras como, por ejemplo, a consecuencia de rascado frecuente por sarna.

De hecho, es frecuente ver a un niño con sana que también tiene impétigo. Una vez infectan la piel, causan una erupción que, a su vez, también pica, pero levemente. **Es una infección común en áreas húmedas y calientes.**

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DEL IMPÉTIGO?

La erupción del impétigo comienza con ampollas rojizas llenas de líquido que pican. Estas ampollas se abren y crean una llaga con costra color amarillo miel. Al tocar la llaga, se transfiere la bacteria y se propaga la infección a diferentes partes del cuerpo. Así también se pega de niño a niño sobre todo en los cuidos y escuelas.

Es más frecuente en niños pequeños entre 2 y 5 años y casi siempre se ve alrededor de la boca y nariz y en las extremidades.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA Y SE TRATA EL IMPÉTIGO?

El impétigo se diagnostica clínicamente por un pediatra y, al igual que la sarna, no requiere de pruebas de laboratorio.

El pediatra va a evaluar al niño y decidir qué antibióticos recetarle. Por lo general se le receta antibióticos en crema, pero dependiendo de la severidad el pediatra puede decidir también dar antibióticos orales. Es posible que el pediatra también le recomiende quitar la costra y lavar las llagas con agua y jabón y mantenerlas tapadas en lo que sanan.

Es imperativo cumplir con el tratamiento recetado para evitar complicaciones tales como una celulitis o problemas del riñón.

¿QUÉ PODEMOS HACER PARA PREVENIR EL IMPÉTIGO?

El impétigo es altamente contagioso y se ven brotes en cuidos y escuelas.

Es importante educar a los niños a lavarse las manos y evitar contacto físico incluyendo los deportes de contacto cuando tienen la infección. **Si su hijo tiene impétigo, debe buscar atención del pediatra, limpiar las superficies que el niño toque y lavarse las manos luego de tocarlo.**

El niño puede volver al cuido o escuela una vez haya completado 24 horas de tratamiento.

Referencias: AAP, CDC, FDA, Red Book



Puerto Rico Women and Children's Hospital

Entrevista a Onix Reyes, MD
Cirujano Ortopeda Pediátrico del Puerto Rico Women and Children's.

¿A qué se debe el que a mi hijo le duela la espalda?

¿Cuáles son las causas más comunes de dolor de espalda en los niños y adolescentes?

En los últimos veinte años la incidencia de dolor de espalda en niños y adolescentes ha aumentado dramáticamente. Existen dos poblaciones que presentan dolor de espalda con mayor frecuencia: los que no hacen nada de ejercicio y llevan una vida muy sedentaria y los que hacen demasiado ejercicio sin tener suficiente descanso y se someten a mucho estrés de competencia deportiva y académico. Entre ambos, es más común en aquellos con pobre condición física y fortaleza muscular en la espalda. Aun así, siempre es importante considerar que pueden existir algunas condiciones en la espalda como desviaciones y deformidades que pueden causar dolor y que deben ser descartadas con la evaluación y estudios adecuados.

¿Pensaría usted que el hecho de tener a los niños y adolescentes estudiando a distancia puede ser factor de riesgo para el dolor de espalda?

Durante este periodo del último año, hemos visto un aumento en las quejas de dolor de espalda que están intrínsecamente ligado al tiempo que pasan sentados en computadoras asociado al estudio a distancia. Más aun, los demás aspectos de la vida como la socialización se dan también a través de una computadora o aparato móvil, lo que incrementa la cantidad de tiempo que pasan sentados, muchas veces en malas posturas. Como agravante, el no tener acceso a actividades deportivas que nos ayuden a fortalecer los músculos contribuye a que aumente la incidencia de dolor de espalda.

¿En qué niños estamos viendo el dolor de espalda con más frecuencia?

Usualmente en las poblaciones de adolescentes es más común.

¿Qué deben hacer los padres si el niño se queja de dolor de espalda?

Lo primero siempre debe ser la evaluación con su pediatra. Este conoce mejor al paciente, lo ve con frecuencia, conoce su historial médico y puede discernir mejor si requiere algún estudio. El pediatra determinará si debe referirlo a un especialista, que puede ser tanto el ortopeda como el fisiatra, dependiendo de cuales sean los hallazgos clínicos.

¿Qué recomendaciones ofrecería usted como medida de prevención?

Definitivamente la prevención. Buscar espacios de descanso durante el día que interrumpan la cantidad continua que permanecen sentados. Escoger adecuadamente los escritorios y sillas que se usan. Éstas deben ajustarse a el cuerpo del niño de forma cómoda y con buen soporte. Además, proveer al menos tres veces en semana actividades físicas o deportivas que nos ayuden a fortalecer la musculatura de la espalda.



If signs and symptoms of hypersensitivity occur, discontinue EUCRISA immediately and initiate appropriate therapy.[1]
*The specific mechanism(s) by which EUCRISA exerts its therapeutic action for the treatment of AD is not well defined.[1]
†Studied as part of a 48-week, open-label, safety extension study in patients 2 years and older.[5]

INDICATION

EUCRISA is indicated for topical treatment of mild-to-moderate atopic dermatitis in adult and pediatric patients 3 months of age and older.

IMPORTANT SAFETY INFORMATION

Contraindications

EUCRISA is contraindicated in patients with known hypersensitivity to crisaborole or any component of the formulation.

Warnings and Precautions

Hypersensitivity reactions, including contact urticaria, have occurred in patients treated with EUCRISA and should be suspected in the event of severe pruritus, swelling, and erythema at the application site or at a distant site. Discontinue EUCRISA immediately and initiate appropriate therapy if signs and symptoms of hypersensitivity occur.

Adverse Reactions

The most common treatment-related adverse reaction occurring in clinical trials was application site pain, such as burning or stinging.

Please see brief summary of full Prescribing Information on reverse page.

Learn more at **eucrisahcp.com**

References: 1. EUCRISA® [prescribing information]. New York, NY: Pfizer Labs; March 2020. **2.** Dong C, Virtucio C, Zemska O, et al. Treatment of skin inflammation with benzoxaborole phosphodiesterase inhibitors: selectivity, cellular activity, and effect on cytokines associated with skin inflammation and skin architecture changes. *J Pharmacol Exp Ther*. 2016;358(3):413-422. **3.** Data on file. Pfizer Inc., New York, NY. **4.** Data on file. IQVIA Total Patient Tracker (Jan 2017-Dec 2019). Pfizer, Inc. **5.** Eichenfield LF, Call RS, Forsha, DW, et al. Long-term safety of crisaborole ointment 2% in children and adults with mild to moderate atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2017;77(4):641-649.

PP-CRI-USA-2675
©2020 Pfizer Inc. All rights reserved.
Printed in USA/October 2020

EUCRISA® (crisaborole) ointment, 2%
Brief Summary of Prescribing Information

INDICATIONS AND USAGE
EUCRISA is indicated for topical treatment of mild to moderate atopic dermatitis in adult and pediatric patients 3 months of age and older.

DOSAGE AND ADMINISTRATION
Apply a thin layer of EUCRISA twice daily to affected areas. EUCRISA is for topical use only and not for ophthalmic, oral, or intravaginal use.

DOSAGE FORMS AND STRENGTHS
Ointment: 20 mg of crisaborole per gram (2%) of white to off-white ointment.

CONTRAINDICATIONS
EUCRISA is contraindicated in patients with known hypersensitivity to crisaborole or any component of the formulation. [*see Warnings and Precautions*]

WARNINGS AND PRECAUTIONS
Hypersensitivity Reactions Hypersensitivity reactions, including contact urticaria, have occurred in patients treated with EUCRISA. Hypersensitivity should be suspected in the event of severe pruritus, swelling and erythema at the application site or at a distant site. If signs and symptoms of hypersensitivity occur, discontinue EUCRISA immediately and initiate appropriate therapy.

ADVERSE REACTIONS
Clinical Trials Experience Because clinical trials are conducted under widely varying conditions, adverse reaction rates observed in the clinical trials of a drug cannot be directly compared to rates in the clinical trials of another drug and may not reflect the rates observed in practice. In two double-blind, vehicle-controlled clinical trials (Trial 1 and Trial 2), 1012 subjects 2 to 79 years of age with mild to moderate atopic dermatitis were treated with EUCRISA twice daily for 4 weeks. The adverse reaction reported by ≥1% of EUCRISA-treated subjects is listed in Table 1.

Table 1: Adverse Reaction Occurring in ≥1% of Subjects in Atopic Dermatitis Trials through Week 4

Adverse Reaction	EUCRISA N=1012 n (%)	Vehicle N=499 n (%)
Application site pain[a]	45 (4)	6 (1)

[a] Refers to skin sensations such as burning or stinging.

Less common (<1%) adverse reactions in subjects treated with EUCRISA included contact urticaria [*see Warnings and Precautions*].

Postmarketing Experience The following adverse reactions have been identified during postapproval use of EUCRISA. Because these reactions are reported voluntarily from a population of uncertain size, it is not always possible to reliably estimate their frequency or establish a causal relationship to drug exposure: *Skin and Subcutaneous: allergic contact dermatitis*.

USE IN SPECIFIC POPULATIONS
Pregnancy Risk Summary There is no available data with EUCRISA in pregnant women to inform the drug-associated risk for major birth defects and miscarriage. In animal reproduction studies, there were no adverse developmental effects observed with oral administration of crisaborole in pregnant rats and rabbits during organogenesis at doses up to 3 and 2 times, respectively, the maximum recommended human dose (MRHD) [*see Data*]. The background risk of major birth defects and miscarriage for the indicated population is unknown. All pregnancies carry some risk of birth defect, loss, or other adverse outcomes. The background risk of major birth defects in the U.S. general population is 2% to 4% and of miscarriage is 15% to 20% of clinically recognized pregnancies. Data *Animal Data* Rat and rabbit embryo-fetal development was assessed after oral administration of crisaborole. Crisaborole did not cause adverse effects to the fetus at oral doses up to 300 mg/kg/day in pregnant rats during the period of organogenesis (3 times the MRHD on an area under the curve AUC comparison basis). No crisaborole-related fetal malformations were noted after oral treatment with crisaborole in pregnant rats at doses up to 600 mg/kg/day (13 times the MRHD on an AUC comparison basis) during the period of organogenesis. Maternal toxicity was produced at this high dose of 600 mg/kg/day in pregnant rats and was associated with decreased fetal body weight and delayed skeletal ossification. Crisaborole did not cause adverse effects to the fetus at oral doses up to the highest dose tested of 100 mg/kg/day in pregnant rabbits during the period of organogenesis (2 times the MRHD on an AUC comparison basis). In a prenatal/postnatal development study, pregnant rats were treated with crisaborole at doses of 150, 300, or 600 mg/kg/day by oral gavage during gestation and lactation (from gestation day 7 through day 20 of lactation). Crisaborole did not have any adverse effects on fetal development at doses up to 300 mg/kg/day (3 times the MRHD on an AUC comparison basis). Maternal toxicity was produced at the high dose of 600 mg/kg/day in pregnant rats and was associated with findings of stillbirths, pup mortality, and reduced pup weights.

Lactation Risk Summary There is no information available on the presence of EUCRISA in human milk, the effects of the drug on the breastfed infant or the effects of the drug on milk production after topical application of EUCRISA to women who are breastfeeding. EUCRISA is systemically absorbed. The lack of clinical data during lactation precludes a clear determination of the risk of EUCRISA to a breastfed infant. Therefore, the developmental and health benefits of breastfeeding should be considered along with the mother's clinical need for EUCRISA and any potential adverse effects on the breastfed infant from EUCRISA or from the underlying maternal condition.

Pediatric Use The safety and effectiveness of EUCRISA have been established in pediatric patients age 3 months and older for topical treatment of mild to moderate atopic dermatitis. Use of EUCRISA in this age group is supported by data from two 28-day adequate, vehicle-controlled safety and efficacy trials which included 1,313 pediatric subjects 2 years and older. Additionally, use of EUCRISA in pediatric patients ages 3 months to less than 2 years was supported by data from a 28-day open-label, safety and pharmacokinetics (PK) trial in 137 subjects. No new safety signals were identified [*see Adverse Reactions, Clinical Pharmacology and Clinical Studies in Full Prescribing Information*]. The safety and effectiveness of EUCRISA in pediatric patients below the age of 3 months have not been established.

Geriatric Use Clinical studies of EUCRISA did not include sufficient numbers of subjects age 65 and over to determine whether they respond differently from younger subjects.

NONCLINICAL TOXICOLOGY
Carcinogenesis, Mutagenesis, Impairment of Fertility In an oral carcinogenicity study in Sprague-Dawley rats, oral doses of 30, 100, and 300 mg/kg/day crisaborole were administered to rats once daily. A drug-related increased incidence of benign granular cell tumors in the uterus with cervix or vagina (combined) was noted in 300 mg/kg/day crisaborole treated female rats (2 times the MRHD on an AUC comparison basis). The clinical relevance of this finding is unknown. In a dermal carcinogenicity study in CD-1 mice, topical doses of 2%, 5% and 7% crisaborole ointment were administered once daily. No drug-related neoplastic findings were noted at topical doses up to 7% crisaborole ointment (1 times the MRHD on an AUC comparison basis). Crisaborole revealed no evidence of mutagenic or clastogenic potential based on the results of two in vitro genotoxicity tests (Ames assay and human lymphocyte chromosomal aberration assay) and one in vivo genotoxicity test (rat micronucleus assay). No effects on fertility were observed in male or female rats that were administered oral doses up to 600 mg/kg/day crisaborole (13 times the MRHD on an AUC comparison basis) prior to and during early pregnancy.

PATIENT COUNSELING INFORMATION
Advise the patient or caregivers to read the FDA-approved patient labeling (Patient Information). Hypersensitivity Reactions: Advise patients to discontinue EUCRISA and seek medical attention immediately if signs or symptoms of hypersensitivity occur [*see Warnings and Precautions*]. Administration Instructions: Advise patients or caregivers that EUCRISA is for external use only and is not for ophthalmic, oral, or intravaginal use.

Rx only This product's label may have been updated. For current full Prescribing Information, visit EucrisaHCP.com. This Brief Summary is based on EUCRISA Prescribing Information LAB-0916-5.0, issued April 2020.

© 2020 Pfizer Inc. All rights reserved.
October 2020

TICS EN LA EDAD PEDIÁTRICA: ¿Cuándo pueden ser causa de preocupación?



Por: Karen G. Martínez González MD MSc
Psiquiatra de niños y adolescentes
Escuela de Medicina RCM & Hospital San Jorge

Los tics son una condición neurológica en los cuales una parte del cuerpo se mueve sin control, consciente y repetidamente.

Estos movimientos pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo, pero comúnmente ocurren en la cara, los hombros, las manos o las piernas. Hay ocasiones donde estos movimientos se pueden controlar por episodios cortos, pero en general, el niño o niña expresará no poder controlar el movimiento.

Estos tics pueden ser motores (movimientos de algún músculo) **al igual que vocales,** incluyendo sonidos con la nariz o la garganta.

Muchos de los niños y niñas presentan estos tics de una manera leve que apenas se notan, pero hay algunos casos que pueden causar dificultad en la escuela o con las amistades.

Hay diferentes condiciones que causan tics.

El trastorno más común es el trastorno de tic transitorio.

En esta condición, los tics ocurren solo por un período corto y suelen mejorar por sí solos. **Es común que esta condición ocurra debido a estrés o ansiedad.**

Usualmente se ven asociados al niño o la niña estar cansado o estar experimentando ansiedad por alguna situación nueva.

En esta condición, no se necesitaría un tratamiento para el tic como tal, pero sí ameritaría evaluar si hay algún problema de ansiedad.

Otra condición más complicada es el trastorno de tics crónico, en el cual estos movimientos ocurren por más de seis meses.

Agraciadamente, esta es una condición mucho más rara.

Dentro de las condiciones de tics crónico, también existe la condición de **Trastorno de Tourette** donde hay tics motores en el cuerpo y vocales por seis meses o más.





El Trastorno de Tourette

es importante identificarlo ya que ocurre comúnmente con otras condiciones como el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad y Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

Esto significa que esta condición puede ser mucho más complicada ya que puede presentar con impulsividad, obsesiones y compulsiones. En ocasiones, los tics no causan tantos problemas, pero las dificultades con atención, concentración o ansiedad sí pueden causar mucha molestia y necesitar tratamiento.

En términos de ansiedad, pueden presentar específicamente con pensamientos intrusivos (obsesiones) que no pueden controlar y conductas repetitivas (compulsiones) que deben hacer para contrarrestar los pensamientos obsesivos.

Los niños y niñas con Trastorno de Tourette también presentan típicamente con un pensamiento rígido, poco flexible donde las situaciones tienen que ocurrir tal y como lo tienen pensado. Estas expectativas pueden causar problemas familiares, escolares e interpersonales.

Aunque la gente asocia el Trastorno de Tourette con que los niños y niñas digan palabras soeces o hagan movimientos obscenos, estos síntomas no son comunes. Sí los pacientes pediátricos con esta condición pueden tener problemas en la escuela o pueden sufrir bromas de sus compañeros por los movimientos y tics vocales.

PARA CONSIDERAR SI NECESITA COMENZARSE TRATAMIENTO PARA LOS TICS, se tomará en consideración si éstos están causando algún problema en la función del niño o la niña o en su autoestima.

- Si su hijo o hija está presentando tics, debe primero considerar cuánto tiempo lleva con ellos.
- Se debe preocupar si los tics llevan presentes por seis meses o más.
- Además, debe evaluar si su hijo o hija presenta problemas asociados a los tics como dificultades con su autoestima, ansiedad, aprendizaje o problemas de atención o concentración.

El tratamiento **puede incluir medicamentos para los tics o para las condiciones asociadas a éstos, al igual que terapia que ayude a controlar los movimientos.**

- Hay una terapia psicológica que se llama Terapia de Reversión de Hábitos que puede ayudar a controlar los movimientos y sonidos.
- Además, se pueden considerar acomodos en la escuela para disminuir la ansiedad y terapia psicológica para el manejo del estrés y la ansiedad.

Para hacer una evaluación completa del niño o la niña con tics, se debe incluir una visita al pediatra con una consulta con un neurólogo y un psiquiatra de niños y adolescentes.

De esta manera, el pediatra podrá determinar la severidad y disfunción causada por la condición. **El neurólogo** evaluará todos los posibles diagnósticos neurológicos asociados con tics y **el psiquiatra** de niños y adolescentes podrá evaluar las dificultades con atención, concentración y ansiedad.

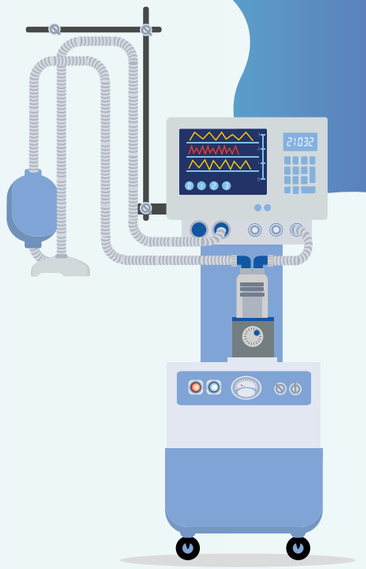
La gran mayoría de los niños y niñas con tics mejoran rápidamente, pero se necesita evaluar que estos movimientos y/o sonidos no le causen dificultad en su desarrollo emocional, social y en su aprendizaje.

UNA EVALUACIÓN TEMPRANA CON SU PEDIATRA puede ayudar a identificar los problemas asociados con los tics y realizar los referidos pertinentes para manejar la situación de manera que tenga el menor impacto posible en el niño o niña.



Referencias:
Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (Quinta edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Cuidando del niño asistido por tecnología y su familia





Por: Gabriella Morantes, BS; Wilfredo De Jesús Rojas, MD, FAAP
Pneumología Pediátrica
Instituto Pediátrico de Asma y Enfermedades Raras del Pulmón

¿Es mi niño un paciente asistido por tecnología?

Los niños asistidos de tecnología son aquéllos que necesitan de algún equipo médico para compensar las funciones vitales del cuerpo como respirar, alimentarse, movilizarse, entre otras.

Las tecnologías que más suelen ser utilizadas son aquellas dirigidas principalmente al cuidado respiratorio.

ENTRE LOS EQUIPOS TECNOLÓGICOS MÁS UTILIZADOS SE ENCUENTRAN:

los ventiladores mecánicos, concentradores de oxígeno, equipo de succión, alimentación y otros equipos de asistencia en el hogar.

Gracias al avance de la tecnología, los niños son capaces de salir del entorno hospitalario y realizar una transición al hogar de forma exitosa.

Entre todos los equipos tecnológicos, el más conocido es el **ventilador mecánico.**

Este equipo suele utilizarse en niños con dificultad respiratoria en enfermedades que afectan los músculos, el cerebro, el pulmón o condiciones metabólicas y genéticas.

Ejemplos de estas enfermedades son la atrofia muscular espinal, distrofia muscular de Duchenne y síndrome de hipoventilación congénita central, entre otras.

El avance de la tecnología no sólo ha permitido que niños puedan estar en el hogar si no que también puedan salir de su casa utilizando ventiladores portátiles.



Estos equipos permiten que los niños puedan disfrutar del exterior y continúen desarrollándose en el aspecto social junto a su familia.

El cuidar a un niño asistido por tecnología puede conllevar muchos sacrificios y retos. **Sin embargo, estos cuidadores son los que ayudarán a brindarles a nuestros pequeños una vida saludable y feliz.**



Cuidar de un de un niño asistido por tecnología implica una atención más especializada.

Como padres nos podemos sentir ansiosos y abrumados por los cuidados de nuestro niño en la casa.

Es importante que los padres se sientan capaces y seguros del cuidado de su hijo y se familiaricen con la tecnología que su niño utiliza.

Además, es recomendable que los padres sean adiestrados a poder reaccionar correctamente en el caso de una emergencia, signos de enfermedad o malfuncionamiento tecnológico.

Sabemos que es una gran responsabilidad y un reto socioeconómico cuidar de un niño asistido por tecnología, por lo que esto puede ser un gran impacto en los padres desde el inicio.

Algunas familias con niños asistidos por tecnología cuentan con el apoyo necesario de asistentes en el hogar o servicio de enfermería para el niño, por lo que es importante que **los padres también dediquen tiempo a su salud mental y física.**

El cuidar de niños asistidos por tecnología puede afectar el bienestar emocional y psicológico de los padres, siendo los síntomas más frecuentes la ansiedad y depresión.

TAMBIÉN LOS PADRES PUEDEN VERSE AFECTADOS FÍSICAMENTE Y CON CANSANCIO.

Por lo tanto, es importante que los padres puedan reconocer los cambios en su salud y buscar las ayudas necesarias a tiempo.

Durante las visitas a su pediatra o especialista pediátrico, debe comunicar las dificultades que podría estar enfrentando.

Existen diferentes ayudas que se le podrían ofrecer tales como grupos de apoyo, asistencia de enfermería y programas dedicados a asistir a padres con niños dependientes de tecnología en el hogar.

El cuidar de un niño asistido por tecnología puede alterar la rutina de vida de sus cuidadores y toda la familia.

Pero gracias a la tecnología, con el pasar del tiempo se ha podido proveer a los niños y a sus familiares las herramientas necesarias para garantizar el éxito en el cuidado en el hogar, la escuela e incorporase a nuestra sociedad.



Es importante recodar que los cuidadores deben dedicar tiempo a su *salud emocional y física*, y consultar al pediatra y su especialista pediátrico cuando enfrenten nuevas dificultades en el cuidado de sus hijos.

Recursos para padres:
•www.pediatrics.columbia.edu/file/71793/download?token=5f_-Y1sW
•www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/spanish/mechanical-ventilation.pdf

Recursos:
• www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352646719301127
• www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3271785/

HUMIRA® (adalimumab) puede ayudarle a alcanzar sus metas en el manejo de la enfermedad de Crohn de moderada a severa

✓ Alcanzar la remisión (pocos o ningún síntoma)

✓ Mantener la remisión

HUMIRA no es adecuado para todos. Solamente su doctor puede decidir si HUMIRA es adecuado para usted.

Usos de HUMIRA[1]

HUMIRA es un medicamento de venta bajo receta que se utiliza para reducir los signos y síntomas, y para alcanzar y mantener una remisión clínica en los adultos con enfermedad de Crohn de moderada a grave que no respondieron de manera adecuada a los tratamientos convencionales, y en aquellos adultos que tampoco responden o no toleran infliximab.

Información importante de seguridad sobre HUMIRA® (adalimumab)

¿Cuál es la información más importante que debo saber sobre HUMIRA?

Analice con su médico los posibles beneficios y riesgos del tratamiento con HUMIRA. HUMIRA es un medicamento bloqueador del TNF que puede reducir la capacidad del sistema inmunitario para combatir infecciones. No debe comenzar a usar HUMIRA si tiene algún tipo de infección, a menos que su médico se lo haya indicado.

- **Se han producido infecciones graves en personas que recibían HUMIRA. Entre estas infecciones graves se encuentran la tuberculosis (TB) e infecciones causadas por virus, hongos o bacterias que se han diseminado por todo el cuerpo. Algunas personas murieron debido a estas infecciones.** El médico debe hacerle una prueba de TB antes de que usted comience a recibir HUMIRA, y evaluaciones estrictas para detectar signos y síntomas de TB durante su tratamiento con HUMIRA, incluso si el resultado de su prueba de TB fue negativo. Si su médico piensa que usted corre un riesgo, quizás le indique un tratamiento con medicamentos contra la TB.
- **Cáncer.** En niños y adultos que reciben bloqueadores del TNF, incluido HUMIRA, la posibilidad de presentar linfoma u otros tipos de cáncer puede aumentar. Ha habido casos de ciertos tipos poco comunes de cáncer en niños, adolescentes y adultos jóvenes tratados con bloqueadores del TNF. Algunas personas han presentado un tipo raro de cáncer llamado linfoma hepatoesplénico de linfocitos T, el cual suele ser mortal. Las personas que reciben bloqueadores del TNF como HUMIRA podrían ser más propensas a presentar dos tipos de cáncer de piel (de células basales y de células escamosas). Estos tumores no suelen ser potencialmente mortales si se recibe un tratamiento; informe a su médico si tiene un bulto o una llaga abierta que no cicatriza.

¿Qué debo decirle a mi médico ANTES de comenzar a recibir HUMIRA?

Informe a su médico sobre todas sus afecciones, incluido si:

- Tiene una infección, está bajo tratamiento por una infección o tiene síntomas de una infección.
- Contrae muchas infecciones o tiene infecciones recurrentes.
- Tiene diabetes.
- Tiene TB o ha estado en contacto cercano con una persona con TB, o si nació, vivió o viajó a lugares donde el riesgo de contraer TB es mayor.
- Vive o vivió en una zona (como los valles de los ríos Misisipi y Ohio) donde hay un mayor riesgo de contraer ciertos tipos de infecciones por hongos, como histoplasmosis, coccidioidomicosis o blastomicosis. Estas infecciones pueden producirse o agravarse si utiliza HUMIRA. Hable con el médico si no está seguro si ha vivido en estas zonas.
- Tiene o ha tenido hepatitis B.
- Tiene programada una cirugía importante.
- Tiene o ha tenido cáncer.
- Siente un entumecimiento u hormigueo, o padece una enfermedad del sistema nervioso, como la esclerosis múltiple o el síndrome de Guillain-Barré.
- Tiene o ha tenido insuficiencia cardíaca.
- Ha recibido recientemente una vacuna o tiene programado recibirla. Los pacientes que usan HUMIRA pueden recibir vacunas, a excepción de las vacunas atenuadas. Deben ponerse al día las vacunas de los niños antes del inicio del tratamiento con HUMIRA.
- Le tiene alergia al caucho, al látex o a cualquiera de los componentes de HUMIRA.
- Está embarazada, planea quedar embarazada, está amamantando o planea amamantar.
- Tiene un bebé y recibió HUMIRA durante el embarazo. Infórmeselo al médico de su bebé antes de que el niño reciba cualquier vacuna.

También informe a su médico acerca de todos los medicamentos que usa. No debe utilizar HUMIRA junto con ORENCIA® (abatacept), KINERET® (anakinra), REMICADE® (infliximab), ENBREL® (etanercept), CIMZIA® (certolizumab pegol) o SIMPONI® (golimumab). Informe a su médico si alguna vez utilizó RITUXAN® (rituximab), IMURAN® (azatioprina) o PURINETHOL® (mercaptopurina, 6-MP).

¿A qué debo prestar atención DESPUÉS de comenzar el tratamiento con HUMIRA?

HUMIRA puede provocar efectos secundarios graves, tales como:

- **Infecciones graves.** Estas comprenden TB e infecciones causadas por virus, hongos o bacterias. Los síntomas asociados a la TB comprenden tos, fiebre de bajo grado, pérdida de peso o pérdida de grasa corporal y masa muscular.
- **Infección por hepatitis B en portadores de este virus.** Los síntomas comprenden dolores musculares, sensación de cansancio extremo, orina oscura, ojos o piel amarillentos, poco apetito o falta de apetito, vómitos, heces de color arcilloso, fiebre, escalofríos, malestar estomacal y erupción cutánea.
- **Reacciones alérgicas.** Los síntomas de una reacción alérgica grave comprenden urticaria, dificultad para respirar e hinchazón de la cara, los ojos, los labios o la boca.
- **Problemas del sistema nervioso.** Los signos y síntomas comprenden entumecimiento u hormigueo, problemas en la vista, debilidad de los brazos o las piernas, y mareos.
- **Problemas sanguíneos** (disminución de las células sanguíneas que ayudan a combatir las infecciones y detener el sangrado). Los síntomas comprenden fiebre persistente, hematomas o sangrado que se producen con mucha facilidad, o palidez excesiva.
- **Insuficiencia cardíaca** (aparición o agudización). Los síntomas comprenden falta de aliento, hinchazón de los tobillos o los pies, y aumento de peso repentino.
- **Reacciones inmunitarias, entre ellas, un síndrome similar al lupus.** Los síntomas comprenden dolor o molestias persistentes en el pecho, falta de aliento, dolor en las articulaciones o erupción en las mejillas o los brazos que empeora con la exposición al sol.
- **Problemas hepáticos.** Los síntomas comprenden sensación de cansancio extremo, ojos y piel amarillentos, falta de apetito o vómitos, y dolor en el lado derecho del estómago (abdomen). Estos problemas pueden dar lugar a insuficiencia hepática y la muerte.
- **Psoriasis** (aparición o agudización). Los síntomas comprenden parches rojos de descamación o protuberancias en la piel que están llenas de pus.

Llame al médico o busque atención médica de inmediato si tiene cualquiera de los síntomas descritos anteriormente.

Los efectos secundarios frecuentes de HUMIRA comprenden reacciones en el lugar de inyección (dolor, enrojecimiento, erupción, hinchazón, picazón o hematomas), **infecciones de las vías respiratorias superiores** (sinusitis), **dolores de cabeza, erupción y náuseas.** Estos no son todos los efectos secundarios posibles de HUMIRA. Informe a su médico si presenta algún efecto secundario que le produzca molestias o que persista.

Recuerde que debe informar a su médico de inmediato si tiene una infección o síntomas de una infección, por ejemplo:

- Fiebre, sudores o escalofríos
- Dolores musculares
- Tos
- Falta de aliento
- Sangre en las flemas
- Pérdida de peso
- Enrojecimiento, calor o dolor en la piel, o llagas en el cuerpo
- Diarrea o dolor de estómago
- Ardor al orinar
- Necesidad de orinar con mayor frecuencia de lo normal
- Sensación de cansancio extremo

HUMIRA se administra mediante inyección subcutánea (es decir, debajo de la piel).

Esta es la información más importante que debe conocer sobre HUMIRA. Para obtener más información, consulte con su proveedor de atención médica.

Se le exhorta a informar los efectos secundarios negativos de los medicamentos con receta a la FDA. Visite www.fda.gov/medwatch, o llame al 1-800- FDA-1088.

Si tiene dificultad para pagar por su medicamento, AbbVie puede ayudar.
Visite AbbVie.com/myAbbVieAssist para conocer más.

Siempre hay apoyo continuo disponible con AbbVie Contigo.



No espere más y hable con su gastroenterólogo hoy para ver si HUMIRA es adecuado para usted.

Visite **HUMIRA.com/crohns o llame al 1.877.7HUMIRA** para más información.

Vea las próximas páginas para información importante del producto para pacientes.

abbvie contigo | HUMIRA® adalimumab

©2019 AbbVie Inc. | North Chicago, IL 60064 | US-HUMG-190333 | Octubre 2019 | Impreso en Puerto Rico

HUMIRA® (Hu-MARE-ah) (adalimumab) inyección

RESUMEN BREVE PARA EL CONSUMIDOR
CONSULTE EL PROSPECTO PARA CONOCER LA INFORMACIÓN COMPLETA DE PRESCRIPCIÓN

Información para el paciente

Lea la Guía del Medicamento que viene con HUMIRA antes de comenzar a utilizar el medicamento y cada vez que renueve la receta. Es posible que haya información nueva. Este resumen breve no reemplaza la consulta con su médico sobre su estado de salud o tratamiento.

¿Cuál es la información más importante que debería conocer sobre HUMIRA?

HUMIRA es un medicamento que afecta el sistema inmunitario. HUMIRA puede reducir la capacidad del sistema inmunitario para combatir infecciones. **Se han registrado infecciones graves en personas que recibieron HUMIRA. Entre estas infecciones graves se encuentran la tuberculosis (TB) e infecciones causadas por virus, hongos o bacterias que se han diseminado por todo el cuerpo. Algunos pacientes han muerto debido a estas infecciones.**

- Antes de comenzar a usar HUMIRA, su médico debe realizarle un análisis para determinar si tiene TB.
- El médico debe controlarlo estrechamente para detectar signos y síntomas de TB durante el tratamiento con HUMIRA.

No debe comenzar a usar HUMIRA si tiene algún tipo de infección, a menos que su médico se lo haya indicado.

Antes de comenzar el tratamiento con HUMIRA, dígale a su médico si:

- cree que tiene una infección o tiene síntomas de infección, tales como:
  - fiebre, sudoración o escalofríos
  - dolores musculares
  - tos
  - falta de aliento
  - sangre en las flemas
  - enrojecimiento, calor o dolor en la piel, o llagas en el cuerpo
  - diarrea o dolor de estómago
  - ardor al orinar o necesidad de orinar con mayor frecuencia que la normal
  - cansancio extremo
  - pérdida de peso
- está bajo tratamiento por una infección.
- contrae muchas infecciones o tiene infecciones recurrentes.
- tiene diabetes.
- tiene TB o estuvo en contacto cercano con una persona con TB.
- nació, vivió o viajó a países donde el riesgo de contraer TB es mayor. Pregunte a su médico si no está seguro.
- vive o ha vivido en determinadas partes del país (como los valles de los ríos Misisipi y Ohio), donde hay un mayor riesgo de contraer ciertos tipos de infecciones fúngicas (histoplasmosis, coccidioidomicosis o blastomicosis). Estas infecciones pueden aparecer o agravarse con el uso de HUMIRA. Consulte a su médico si no sabe si ha vivido en un área en la que estas infecciones son comunes.
- tiene o ha tenido hepatitis B.
- utiliza el medicamento ORENCIA® (abatacept), KINERET® (anakinra), RITUXAN® (rituximab), IMURAN® (azathioprine) o PURINETHOL® (6-mercaptopurine, 6-MP).
- tiene programada una cirugía de importancia.

Después de comenzar a usar HUMIRA, llame a su médico de inmediato si presenta una infección o cualquier signo de infección.

El tratamiento con HUMIRA puede hacerlo más propenso a contraer infecciones o a que las infecciones existentes se agraven.

Cáncer

- En los niños y los adultos que usan bloqueadores del TNF, incluido HUMIRA, puede aumentar la probabilidad de contraer cáncer.
- Ha habido casos de ciertos tipos poco comunes de cáncer en niños, adolescentes y adultos jóvenes que utilizaban bloqueadores del TNF.
- Las personas con RA, especialmente RA más grave, pueden tener una probabilidad mayor de contraer un tipo de cáncer llamado linfoma.
- Si utiliza bloqueadores del TNF, incluido HUMIRA, es posible que aumenten sus probabilidades de desarrollar dos tipos de cáncer de piel (de células basales y de células escamosas). Estos tipos de cáncer generalmente no son letales si se tratan. Informe a su médico si tiene un bulto o una llaga abierta que no cicatriza.
- Algunas personas que reciben bloqueadores del TNF, incluido HUMIRA, desarrollaron un tipo raro de cáncer llamado linfoma de células T hepatoesplénico. Este tipo de cáncer a menudo causa la muerte. La mayoría de estas personas eran adolescentes varones u hombres jóvenes. Además, la mayoría de los pacientes estaban siendo tratados por la enfermedad de Crohn o por colitis ulcerosa con otro medicamento llamado IMURAN® (azathioprine) o PURINETHOL® (6-mercaptopurine, 6-MP).

¿Qué es HUMIRA?

HUMIRA es un medicamento llamado bloqueador del factor de necrosis tumoral (TNF). HUMIRA se utiliza para:

- Reducir los signos y síntomas de:
  - **artritis reumatoide (RA) de moderada a grave en adultos.** HUMIRA puede usarse solo, en combinación con methotrexate o con determinados medicamentos.
  - **artritis idiopática juvenil (AIJ) poliarticular de moderada a grave en niños** de 2 años o más. HUMIRA puede usarse solo, en combinación con methotrexate o con determinados medicamentos.
  - **artritis psoriásica (APs) en adultos.** HUMIRA puede usarse solo o en combinación con determinados medicamentos.
  - **espondilitis anquilosante (AS) en adultos.**
  - **enfermedad de Crohn (CD) de moderada a grave en adultos** cuando otros tratamientos no han tenido los resultados esperados.
  - **enfermedad de Crohn (CD) de moderada a grave en niños** de 6 años o más cuando otros tratamientos no han tenido los resultados esperados.
  - **hidradenitis supurativa (HS) de moderada a grave en personas de 12 años y mayores.**
- En adultos, para ayudar a controlar la **colitis ulcerosa (UC) de moderada a grave** (inducir la remisión) y mantenerla bajo control (continuar la remisión) cuando otros medicamentos no han tenido los resultados esperados. No se sabe si HUMIRA es eficaz en las personas que han dejado de responder a medicamentos bloqueadores del TNF o que no pudieron tolerarlos.
- **Tratar la psoriasis (Ps) en placas crónica (de larga duración) de moderada a grave en adultos** que tienen la enfermedad en muchas áreas de su cuerpo y que podrían beneficiarse de las inyecciones o píldoras (terapia sistémica) o de la fototerapia (tratamiento que utiliza la luz ultravioleta sola o combinada con píldoras).
- **Tratar la uveítis intermedia, la uveítis posterior y la panuveítis no infecciosas en adultos y niños de 2 años de edad y mayores.**

¿Qué debería decirle a mi médico antes de usar HUMIRA?

HUMIRA puede no ser adecuado para usted. Antes de comenzar a usar HUMIRA, informe a su médico sobre todas sus afecciones de salud, inclusive si:

- padece una infección. Consulte **"¿Cuál es la información más importante que debería conocer sobre HUMIRA?"**.
- tiene o alguna vez tuvo cáncer.
- siente entumecimiento u hormigueo, o padece una enfermedad que afecta el sistema nervioso, como la esclerosis múltiple o el síndrome de Guillain-Barré.
- tiene o alguna vez tuvo insuficiencia cardíaca.
- ha recibido recientemente una vacuna o tiene programado recibirla. Puede recibir vacunas, a excepción de las vacunas vivas, mientras está en tratamiento con HUMIRA. Se recomienda que los niños actualicen todas las vacunas antes de comenzar a usar HUMIRA.
- es alérgico al caucho o al látex. Informe a su médico si tiene alguna alergia al caucho o al látex.
  - El protector que cubre la aguja de la pluma HUMIRA 40 mg/0.8 ml, la jeringa precargada de HUMIRA 40 mg/0.8 ml, la jeringa precargada de HUMIRA 20 mg/0.4 ml y la jeringa precargada de HUMIRA 10 mg/0.2 ml pueden contener caucho natural o látex.
  - El protector negro que cubre la aguja de la pluma HUMIRA 80 mg/0.8 ml, la jeringa precargada de HUMIRA 80 mg/0.8 ml, la pluma HUMIRA 40 mg/0.4 ml, la jeringa precargada de HUMIRA 40 mg/0.4 ml, la jeringa precargada de HUMIRA 20 mg/0.2 ml, la jeringa precargada de HUMIRA 10 mg/0.1 ml y el tapón del vial de HUMIRA para uso hospitalario **no** están hechos de caucho natural ni látex.
- es alérgico a HUMIRA o a cualquiera de sus componentes. Consulte al final de esta Guía del Medicamento para ver la lista completa de ingredientes que componen HUMIRA.
- está embarazada, tiene intenciones de quedar embarazada, está amamantando o tiene intenciones de amamantar. Entre usted y su médico deberán decidir si le conviene recibir HUMIRA durante el embarazo o el amamantamiento.
- tiene un bebé y usó HUMIRA durante su embarazo. Informe al médico de su bebé antes de que el niño reciba alguna vacuna.

Informe a su médico sobre todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta con receta y los de venta libre, las vitaminas y los suplementos a base de hierbas.

Especialmente, informe a su médico si utiliza:

- ORENCIA® (abatacept), KINERET® (anakinra), REMICADE® (infliximab), ENBREL® (etanercept), CIMZIA® (certolizumab pegol) o SIMPONI® (golimumab), ya que no debe utilizar HUMIRA mientras está utilizando alguno de estos medicamentos.
- RITUXAN® (rituximab). Es posible que su médico prefiera evitar administrarle HUMIRA si usted ha recibido recientemente RITUXAN® (rituximab).
- IMURAN® (azathioprine) o PURINETHOL® (6-mercaptopurine, 6-MP).

Lleve una lista de sus medicamentos con usted y muéstresela al médico y al farmacéutico cada vez que obtenga un medicamento nuevo.

¿Cómo debo usar HUMIRA?

- HUMIRA se administra por inyección subcutánea. Su médico le dirá con qué frecuencia deberá recibir una inyección de HUMIRA. La frecuencia depende de la enfermedad que se tratará. **No se inyecte HUMIRA con una frecuencia mayor que la indicada.**
- Consulte las **Instrucciones de Uso** en el interior del envase para obtener información completa sobre la manera adecuada de preparar e inyectar HUMIRA.
- Asegúrese de que se le haya explicado cómo inyectar HUMIRA antes de hacerlo usted mismo. Si tiene dudas sobre cómo administrarse la inyección, puede llamar a su médico o al 1-800-4HUMIRA (1-800-448-6472). Algún conocido también puede ayudarlo a aplicarse la inyección después de que se le haya mostrado cómo preparar e inyectar HUMIRA.
- **No** intente inyectarse HUMIRA usted mismo hasta que haya aprendido la manera correcta de colocarse las inyecciones. Si su médico decide que usted o la persona a cargo es capaz de administrar las inyecciones de HUMIRA en su casa, debe recibir instrucción sobre el modo correcto de preparar e inyectar HUMIRA.
- No olvide ninguna dosis de HUMIRA a menos que su médico se lo haya indicado. Si se olvida una dosis de HUMIRA, colóquese la inyección en cuanto lo recuerde. Luego, aplíquese la dosis siguiente en el horario habitual programado. Así volverá al horario programado. En caso de que no esté seguro sobre cuándo inyectarse HUMIRA, llame a su médico o farmacéutico.
- Si recibe una dosis mayor de HUMIRA que la que se le recetó, llame a su médico.

¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de HUMIRA?

HUMIRA puede provocar efectos secundarios graves, tales como:

Consulte "¿Cuál es la información más importante que debería conocer sobre HUMIRA?".

- **Infecciones graves.** Su médico lo examinará para detectar TB y le realizará una prueba para determinar si tiene TB. Si su médico piensa que usted está en riesgo de padecer TB, podría brindarle tratamiento con medicamentos contra la TB antes y durante el tratamiento con HUMIRA. Incluso si la prueba de TB es negativa, su médico debe realizarle un seguimiento minucioso para detectar infecciones de TB durante el tratamiento con HUMIRA. Algunas personas cuyo resultado en la prueba cutánea de TB fue negativo antes de recibir HUMIRA desarrollaron TB activa. Informe a su médico si presenta alguno de los siguientes síntomas durante o después del tratamiento con HUMIRA:
  - tos persistente
  - fiebre de bajo grado
  - pérdida de peso
  - pérdida de grasa y masa muscular (consunción)
- **Infección de hepatitis B en personas que portan el virus en la sangre.** Si es portador del virus de la hepatitis B (un virus que afecta el hígado), el virus puede volverse activo mientras utiliza HUMIRA. Su médico debe realizarle análisis de sangre antes de comenzar el tratamiento con HUMIRA, durante el tratamiento, y durante varios meses después de haber suspendido el tratamiento con HUMIRA. Informe a su médico si presenta alguno de los siguientes síntomas de una posible infección de hepatitis B:
  - dolores musculares
  - cansancio extremo
  - orina oscura
  - ojos o piel amarillentos
  - falta de apetito
  - vómitos
  - heces de color arcilla
  - fiebre
  - escalofríos
  - malestar estomacal
  - erupción cutánea
- **Reacciones alérgicas.** Es posible que se produzcan reacciones alérgicas en personas que usan HUMIRA. Llame a su médico o busque ayuda médica de inmediato si tiene alguno de estos síntomas de una reacción alérgica grave:
  - urticaria
  - hinchazón de la cara, los ojos, los labios o la boca
  - problemas para respirar
- **Problemas del sistema nervioso.** Los signos y síntomas de un problema del sistema nervioso incluyen: entumecimiento u hormigueo, problemas en la vista, debilidad en los brazos o las piernas, y mareos.
- **Problemas sanguíneos.** Es posible que su cuerpo no genere suficientes células sanguíneas que ayudan a combatir infecciones o a detener hemorragias. Los síntomas incluyen fiebre persistente, hematomas o sangrado que se producen con facilidad, o palidez excesiva.
- **Nueva insuficiencia cardíaca o agudización de una insuficiencia cardíaca preexistente. Llame de inmediato a su médico** si comienza a experimentar nuevos síntomas de agravamiento de la insuficiencia cardíaca al recibir HUMIRA, entre ellos:
  - falta de aliento
  - hinchazón de los tobillos o los pies
  - aumento de peso repentino
- **Reacciones inmunitarias, entre ellas, un síndrome similar al lupus.** Los síntomas incluyen molestias en el pecho o dolor persistente, falta de aliento, dolor en las articulaciones, o erupciones en las mejillas o en los brazos que empeoran con la exposición al sol. Los síntomas pueden mejorar al suspender el tratamiento con HUMIRA.
- **Problemas hepáticos.** Las personas que usan medicamentos bloqueadores del TNF pueden experimentar problemas hepáticos. Estos problemas pueden provocar insuficiencia hepática y la muerte. Llame de inmediato a su médico si presenta cualquiera de estos síntomas:
  - cansancio extremo
  - ojos o piel amarillentos
  - falta de apetito o vómitos
  - dolor del lado derecho del estómago (abdomen)
- **Psoriasis.** Algunas personas que utilizaron HUMIRA desarrollaron psoriasis por primera vez o presentaron una agudización de la psoriasis que ya padecían. Informe a su médico si desarrolla parches de descamación rojos o protuberancias llenas de pus. Es posible que su médico decida suspender el tratamiento con HUMIRA.

Llame a su médico o busque atención médica de inmediato si manifiesta algunos de los síntomas descritos anteriormente. El tratamiento con HUMIRA podría suspenderse.

Los efectos secundarios comunes de HUMIRA incluyen:

- reacciones en el lugar de la inyección: enrojecimiento, erupción, hinchazón, picazón o hematomas. En general, estos síntomas desaparecen a los pocos días. Llame de inmediato a su médico si tiene dolor, enrojecimiento o hinchazón en el lugar de inyección y no desaparece al cabo de unos días o empeora.
- infecciones respiratorias superiores (entre ellas, infecciones de los senos paranasales).
- dolores de cabeza.
- erupción.

Estos no son todos los efectos secundarios posibles de HUMIRA. Informe a su médico si tiene efectos secundarios que le molestan o que no desaparecen. Solicite más información a su médico o farmacéutico.

Llame a su médico para recibir asesoramiento médico sobre los efectos secundarios. Puede informar los efectos secundarios a la FDA al 1-800-FDA-1088.

Información general sobre el uso seguro y eficaz de HUMIRA

En ocasiones, los medicamentos se recetan con otros propósitos distintos de los que aparecen en una Guía del Medicamento. No utilice HUMIRA para tratar una enfermedad para la cual no fue recetado. No administre HUMIRA a otras personas, aun cuando tengan la misma afección que usted. Podría ser perjudicial para ellas.

Este resumen breve contiene la información más importante acerca de HUMIRA. Si desea obtener más información, consulte a su médico. También puede solicitar a su farmacéutico o médico información sobre HUMIRA escrita para profesionales de la salud. Si desea obtener más información, visite www.HUMIRA.com o puede inscribirse en un programa de apoyo para el paciente llamando al 1-800-4HUMIRA (1-800-448-6472).

Fabricado por:
AbbVie Inc.
North Chicago, IL 60064, EE. UU.
N.º de licencia en EE. UU.: 1889
Ref.: 03-B772/20028639 Revisado: octubre de 2018

LAB-1387 **ENGLISH MASTER**
LAB-2020 **SPANISH MASTER**

US-HUMG-190333

abbvie

¿CÓMO CRECE LA CABEZA DEL BEBÉ?





Por: Josie Fuentes MD
Pediatra General
Depto de Pediatría RCM
y Manatí Medical Center

Muchos padres se encuentran con la sorpresa de que la cabeza de su bebé al nacer no es como se la esperaban. Además, muchos se encuentran pensando, **¿Qué son esos espacios suaves en la cabeza de mi bebé? ¿Es algo normal?** Por ésta y muchas dudas más, les invito a conocer y entender un poco mejor la cabeza de su bebé.

Al momento de nacer, el cráneo de los bebés se compone de diferentes placas de huesos suaves con suficiente espacio entre ellas como para comprimirse e interponerse una encima de la otra. Esta cualidad moldeable le permite a los bebés poder pasar por el estrecho canal vaginal de mamá.

Dependiendo cuán difícil haya sido el parto, es esperado que algunos bebés nazcan con su cabeza en forma de cono. Además, es posible que algunos de estos huesos solapen.

Son hallazgos comunes que afortunadamente al cabo de unos días o semanas mejoran y la cabeza de su bebé tendrá una forma más redonda.

Para agilizar este proceso y mantenerlo, es importante que la cabecita del bebé descanse en diferentes posiciones.

Recuerde que para dormir, siempre debe acostar a bebé boca arriba.

Mientras esté despierto es importante que pase tiempo boca abajo sobre su barriga y también de lado, siempre bajo supervisión directa. De esta manera tratamos de evitar lo que conocemos como plagiocefalia, donde la forma de la cabeza es más aplastada en la parte de atrás. Esto ocurre por la cabeza estar mucho tiempo en una misma posición.

¿Sabias que el 90% del crecimiento de la cabeza de una persona ocurre durante su primer año de vida?

LOS PADRES TAMBIÉN SE PUEDEN PREGUNTAR SOBRE LOS ESPACIOS BLANDOS EN LA CABEZA, QUE NO PARECEN ESTAR PROTEGIDOS POR ALGÚN HUESO.

Estos espacios se conocen como fontanelas, o las famosas mollejas; siendo la anterior en la parte de arriba, la más notable.

Su presencia es importante para el crecimiento de la cabeza de su bebé. Normalmente es un espacio blando que deprime.

Puede abultarse un poco cuando el bebé está llorando, pero no debería ser un hallazgo persistente.

Aunque muchos padres tengan miedo de tocar estos puntos blandos, tenga la tranquilidad de que es un área con suficiente protección para aguantar la manipulación diaria del bebé.



¿PORQUÉ LE MIDEN LA CABEZA A MI BEBÉ EN LAS VISITAS DE MANTENIMIENTO DE SALUD?

- El crecimiento de la cabeza es una señal indirecta del crecimiento del cerebro.
- Contrario a la ganancia de peso y estatura, la mayor parte del crecimiento de la cabeza de una persona ocurre durante su primer año de vida.
- Las características moldeables de la cabeza de los bebés al nacer, como ya descritas, le permiten al cerebro crecer rápido durante ese primer año de vida completando así cerca de un 90% del crecimiento total.

Se estima que el 95% de crecimiento se habrá completado para los 6 años, y ya a los 7 años la cabeza básicamente deja de crecer.

Por esto, la medida de la cabeza es parte esencial de la evaluación del bebé durante sus visitas de mantenimiento con su pediatra.

La medida de la circunferencia de la cabeza se toma desde la frente de bebé hasta la protuberancia mayor en la parte de atrás de su cabecita.



Cada medida se pone en una gráfica del Centro de Control de Infecciones (CDC) ajustada para edad y sexo; y se sigue su patrón de crecimiento hasta los 3 años de edad. Estas gráficas nos ayudan a distinguir patrones de crecimiento adecuados de los irregulares, además de identificar medidas de cabezas muy pequeñas o demasiado grandes.

Cualquier patrón de crecimiento que se aleje mucho de la curva de crecimiento esperada, sugiere un crecimiento inadecuado del cerebro y requiere evaluación.

Identificar esto a tiempo puede tener un impacto grande en el desarrollo de su bebé. Una intervención temprana, en ocasiones, ayudará a prevenir más daño a cerebro y/o entender a su bebé y saber qué esperar de su desarrollo.



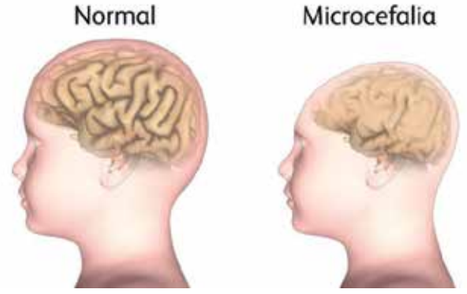
EL CRECIMIENTO DE LA CABEZA SE PUEDE VER AFECTADO POR

la nutrición de bebé, alguna infección, condición genética o lesión en la cabeza.

Cuando la cabeza es muy pequeña, ocurre lo que llamamos microcefalia.

LA MICROCEFALIA

puede estar presente desde nacimiento o desarrollarse a través del tiempo. Usualmente está asociada a ciertas condiciones genéticas, o alguna infección que haya sufrido el bebé antes de nacer (Ej. virus de Zika, citomegalovirus, etc).



Por otro lado, se puede dar la macrocefalia, donde la cabeza de bebé es muy grande para su edad, ya sea porque nació así o porque está creciendo demasiado rápido.

- La macrocefalia puede estar asociada a causas comunes y benignas como el tener padres con tamaño de cabeza similar o a condiciones genéticas raras.

- La macrocefalia también puede ser secundaria a alguna lesión en la cabeza ocupando espacio como un quiste, infección o sangrado.

Cualquiera de estas condiciones puede causar aumento en la presión de la cabeza, y el bebé presentar síntomas como vómitos, irritabilidad o abultamiento de las fontanelas.
Estos síntomas requieren atención médica de inmediato.

¿QUÉ EVALUACIÓN SE HACE CUANDO EL CRECIMIENTO DE CABEZA ES INADECUANDO?

Bebés con crecimiento inadecuado de la cabeza, ya sea al nacer o desarrollado con el tiempo, requieren un estudio de imagen de cabeza.

El estudio más adecuado y la ventana de tiempo en la que se debe realizar lo determinará su pediatra una vez obtenga un historial y examen físico completo.

Por lo general, en bebés con el espacio de su fontanela anterior aún abierta, la evaluación se puede comenzar con un ultrasonido de la cabeza.

En caso de una fontanela cerrada o que los hallazgos en examen físico requieran de una imagen más detallada, se considera una tomografía computarizada de cabeza (CT) o una imagen por resonancia magnética (MRI).

Es posible que su pediatra lo refiera a evaluación por neurología o neurocirugía pediátrica.

Es importante mencionar que un crecimiento agudo y rápido de la cabeza necesitará una evaluación médica y estudio de imagen con prontitud.

RECOMENDACIONES PARA LOS PADRES

- **Preguntar a su pediatra sobre el crecimiento de la cabeza de su bebé.**
- **Conocer la cabeza de su bebé, y saber qué es normal.**
- **Saber la medida de cabeza de mamá y papá.**
- **Tiempo boca abajo – "tummy time" Siempre con supervisión directa.**
- **Buscar atención médica en caso de notar un aumento súbito del tamaño de la cabeza.**



Referencias:
Head Growth. Wroblewski, ME. Bevington, J. Pediatrics in Review 2015;36;426
La cabeza de su bebé. Healthy children web page https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/Paginas/Your-Babys-Head.aspx
Greenberg, M. (2020). Handbook of Neurosurgery Ninth Edition. Thieme Medical Publishers

Síndrome Multi-Sistémico Inflamatorio en los niños:

MIS-C: ¿Está mi hijo a riesgo?



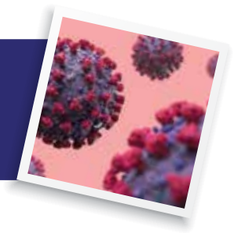
Por: Ana L. Medina Mateo, MD FAAP
Secretaria Sociedad Puertorriqueña de Pediatría
Consultora Academia Americana de Pediatría

Desde principios del 2020 se empezaron a reportar casos de una infección causada por SARS-CoV-2. COVID-19 es como se le llama a la enfermedad causada por este temible virus. La Organización Mundial de la Salud declaró una pandemia el 11 de marzo de 2020.

Las manifestaciones de COVID-19 son muy variadas y pueden incluir envolvimiento de muchos sistemas de nuestro cuerpo. Las manifestaciones respiratorias son las más frecuentes en los adultos y pueden variar en severidad.

Desde mediados de mayo, 2020, el CDC ha estado haciendo rastreo de reportes del Síndrome Multi-Sistémico Inflamatorio en Niños (MIS-C)

El MIS-C es una condición rara, pero seria asociada a COVID-19 en los niños.



Siendo COVID-19 una enfermedad nueva y el MIS-C un síndrome nuevo también, quedan muchas preguntas y dudas de por qué algunos niños y adolescentes lo desarrollan y otros no. Ya hay algunos estudios de este síndrome en adultos jóvenes también.

El MIS-C surge usualmente 2-4 semanas después de que el niño haya tenido COVID-19, aunque no tuviera síntomas ni supiera que le hubiera dado.

El MIS-C es una condición en la que diferentes partes del cuerpo pueden inflamarse de forma significativa. Se cree que es una respuesta exagerada del sistema de defensas del cuerpo.

Estos sistemas inflamados pueden ser:

corazón, pulmones, riñones, cerebro, ojos, piel, hematológico (la sangre), gastrointestinal.

La fiebre alta, escalofríos, dolor abdominal severo, vómitos, diarreas, exantema (rash), dolor de cuerpo, cansancio extremo, dificultad respiratoria, confusión, irritabilidad, letargia, color azul de los labios/cara, dolor de pecho, colapso y/o pérdida de conocimiento son las manifestaciones más reportadas.





No todas las manifestaciones se ven en todos los pacientes. Algunos pacientes presentan cuadro muy similar a:
Enfermedad de Kawasaki, cuadros infecciosos por bacterias como estafilococo o estreptococo y miocarditis (inflamación del corazón).

La edad promedio del MIS-C es alrededor de los 8 años, y es un poco más común en los varones. Se ha visto mayor incidencia en hispanos, latinos y raza afro-americana.



El manejo médico usual incluye:

anti-inflamatorios como esteroides, gama-globulina, medicamentos para modular el sistema inmune, hidratación, soporte cardio-respiratorio.



El diagnóstico se hace por el cuadro clínico y laboratorios para detectar inflamación.

En adición, placa de pecho, electrocardiograma, sonograma del corazón (ecocardiograma) y sonograma abdominal son necesarios para la evaluación.

Otros estudios podrían estar indicados también según el caso en particular.

El manejo del paciente usual de MIS-C es en el hospital y muchas veces en la unidad de cuidado intensivo. La vasta mayoría de los niños que desarrollan MIS-C mejoran con el manejo adecuado y sin secuelas importantes.

Si usted piensa que su niño puede tener síntomas de MIS-C, especialmente si tiene 3 días de fiebre alta sin explicación y luce muy enfermo, no debe demorar en ir a la consulta con su pediatra o a la sala de emergencia más cercana y expresar su preocupación.

Algunos niños con MIS-C se ponen muy enfermos, deterioran rápidamente y necesitan atención médica urgente.

Referencias: AAP,Red Book,CDC

Las masas abdominales en la población pediátrica





Por: Beatriz Cáceres MD
Medicina Interna & Pediatría
Escuela de Medicina RCM

La identificación de una masa abdominal en un paciente pediátrico puede provocar mucha ansiedad.

Éstas típicamente se palpan de manera incidental por los padres, por ejemplo, a la hora del baño, o por los pediatras en exámenes físicos de rutina.

La edad del paciente, los síntomas asociados, la localización de la masa y los hallazgos en estudios pueden proveer información importante que guíe la evaluación y manejo.

Las causas más comunes de masas abdominales en la población pediátrica son de origen benigno y no están asociados a tumores o cáncer.

Por ejemplo, **el estreñimiento** se puede manifestar como una induración palpable en abdomen que desaparece luego del manejo apropiado de la condición.

Por otro lado, en pacientes con **tricotilomanía** (desorden compulsivo de halar, y en ocasiones, ingerir cabello) se puede identificar una masa epigástrica formada por cabello y otros materiales no digeribles conocidos como bezoares.

Esto es mas común en pacientes en edad escolar y adolescentes con desórdenes de ansiedad y depresión.

Existen enfermedades del riñón que se pueden manifestar como masas en abdomen.

La hidronefrosis, exceso de líquido en el riñón por acumulación de orina, es un ejemplo.

Esto puede ser el resultado de obstrucción en el tracto urinario, así como de quistes en uno o ambos riñones.

En adolescentes y preadolescentes, otras masas del tracto genitourinario incluyen los quistes y tumores ováricos, los tumores pélvicos y hasta el embarazo.

El tumor renal más común en infantes es el nefroma mesoblástico congénito.

Éste usualmente se presenta antes de los tres meses de edad como un abultamiento abdominal incidental, pero puede estar asociado con sangre en la orina, presión arterial elevada y calcio en suero elevado.



El tumor de Wilms es un cáncer de riñón de la niñez que ocurre entre las edades de dos a cinco años. La mayoría de los casos son esporádicos, aunque existen variantes hereditarias.

Los pacientes pueden estar asintomáticos o presentar con dolor abdominal y presión arterial elevada.

El sarcoma de células claras, la segunda malignidad renal más común en la niñez, es un cáncer agresivo que típicamente se identifica en niños menores de cuatro años.

Puede presentar con sangre en la orina, presión arterial elevada y dolor abdominal.

El neuroblastoma es un tumor de células nerviosas que puede presentar en la infancia como una masa palpable, principalmente afectando las glándulas adrenales.

En el hígado se pueden originar ciertos tumores vasculares, tales como los **hemangiomas,** que típicamente se descubren antes de los seis meses de edad y tienden a desaparecer para los dos años.

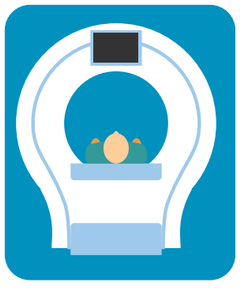
Por otro lado, los **hepatoblastomas** son los tumores más comunes de hígado en niños y presentan entre las edades de uno a tres años.

Estos pueden estar asociados con niveles elevados de un marcador en suero conocido como alpha-feto proteína.

El carcinoma hepatocelular es un tumor raro en la población pediátrica asociado a enfermedades crónicas de hígado y cirrosis.

Si identifica una masa en el abdomen de su hijo o hija, la evaluación temprana por su pediatra es de suma importancia.

Puede que sean necesarios algunos estudios de laboratorio, tales como un hemograma, panel de química, pruebas de función del hígado y análisis de la orina.



De requerir estudios de imágenes, el ultrasonido es la herramienta de preferencia, pero la tomografía computarizada **(CT)** o imagen de resonancia magnética **(MRI)** pudiesen ser necesarios para estudiar la masa, evaluar envolvimiento de órganos y determinar la etapa en que se encuentra.

El tratamiento es variado y depende de la causa.

Si la masa requiere cuidado especializado o cirugía, será necesario referirlo a un subespecialista.

Referencias:
Nicholas M. Potisek, MD*James W. Antoon, MD, PhD; Pediatrics in Review February 2017, 38 (2) 101-103; DOI: https://doi.org/10.1542/pir.2016-0087
Armand E. Brodeur and Garrett M. Brodeur; Pediatrics in Review January 1991, 12 (7) 196-206; DOI: https://doi.org/10.1542/pir.12-7-196



Mi bebé respira diferente: dificultad respiratoria en el infante



Por: Sylvia Y. Arce Cardona, MD
Neonatóloga
Hospital San Antonio &
Hospital San Carlos

Es importante que los padres puedan identificar y sepan qué hacer cuando la respiración de su bebé deja de ser normal, a lo que los médicos llamamos dificultad respiratoria.

La llegada de un bebé al hogar es una experiencia maravillosa. Como toda nueva experiencia, puede causar tensión y preocupación excesiva en los padres; y más cuando el bebé respira de manera diferente.

¿Qué es la dificultad respiratoria?

La dificultad respiratoria es una complicación común en los recién nacidos, especialmente en infantes prematuros. La dificultad respiratoria comúnmente se puede presentar con taquipnea o apnea, quejidos, aleteo nasal, retracciones y cianosis.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Taquipnea	respiraciones rápidas: > 60/minuto en menores de 2 meses de edad > 50/minuto entre los 2-12 meses de edad
Apnea	pausa respiratoria de al menos 20 segundos
Retracciones	movimiento en el que se hunde la zona del cuello y de las costillas al inhalar
Cianosis	coloración azul de la piel y de las mucosas que se produce por la deficiencia de oxígeno



Un bebé prematuro (nacido antes de las 37 semanas de gestación) está a mayor riesgo de sufrir complicaciones respiratorias al nacer.

Cuando un bebé nace debe pasar por un proceso complejo de transición y esto debe ocurrir de manera organizada para que no surjan complicaciones antes, durante y después del nacimiento.

Factores de riesgo para desarrollar dificultad respiratoria

- Prematurez
- Diabetes materna
- Embarazos múltiples
- Partos por cesárea
- Hemorragia materna
- Estrés por frío
- Asistencia a cuidos infantiles
- Hacinamiento
- Padres fumadores

La dificultad respiratoria puede surgir por causas pulmonares o extrapulmonares como son las enfermedades del corazón. Entre las causas más comunes de dificultad respiratoria al nacer se encuentran: taquipnea transitoria del recién nacido, síndrome de dificultad respiratoria, síndrome de aspiración de meconio y pulmonía, entre otras.

Causas de dificultad respiratoria en infantes

PULMONARES

- Sindrome de dificultad respiratoria
- Taquipnea transitoria
- Síndrome de aspiración de meconio
- Pulmonía
- Bronquiolitis
- Malformaciones congénitas

EXTRAPULMONARES

- Cardiomiopatías congénitas
- Arritmias
- Policitemia
- Anemia
- Sepsis
- Trastornos metabólicos: hipoglicemia, acidosis metabólica
- Reflujo gastroesofágico

• Taquipnea transitoria del recién nacido: Se cree que es un edema transitorio del pulmón que surje como consecuencia de la pobre eliminación del líquido del pulmón antes de nacer. El nacimiento por cesárea es uno de los factores de riesgo.

• Síndrome de dificultad respiratoria: Es más común en los pacientes prematuros cuyos pulmones no se han desarrollado bien y es causado por la deficiencia en una sustancia producida en las células del pulmón que impide que los pulmones se colapsen.

• Síndrome de aspiración de meconio: Algunos bebés hacen su primera evacuación de meconio antes de nacer. El meconio es una sustancia espesa, pegajosa y tóxica a los pulmones, requiriendo manejo más avanzado. La dificultad respiratoria se puede presentar al nacer o se puede desarrollar en las primeras horas de vida.

• Pulmonía: La pulmonía en recién nacidos puede ser causada por bacterias como el Streptococcus agalactiae grupo B o Escherichia coli. Estas bacterias se pueden localizar en el canal vaginal de la madre por donde pasa el bebé y el recién nacido se puede infectar durante el parto. Los síntomas respiratorios pueden aparecer desde el nacimiento y pueden ser desde leves hasta severos.

• Enfermedades congénitas del corazón: Las enfermedades del corazón asociadas a flujo pulmonar excesivo, como pueden ser las anomalías grandes de las cámaras del corazón, también pueden presentar signos de dificultad respiratoria, como cianosis, taquipnea y retracciones. Algunas condiciones del corazón no presentan síntomas hasta una o dos semanas después del nacimiento cuando la presión pulmonar ha disminuido a valores normales y aumenta el flujo de sangre a los pulmones, causando signos y síntomas de dificultad respiratoria.

• El infante en el hogar: La respiración en el infante debe ser un proceso natural y tranquilo. El infante que tiene dificultad respiratoria puede observarse con un mayor esfuerzo para respirar. Estos episodios pueden estar asociados a problemas obstructivos de la vía aérea causados por malformaciones congénitas, problemas asociados a alimentación, o infecciones, entre otras causas.

• Reflujo gastroesofágico: El reflujo gastroesofágico o buches frecuentes puede ser común en los infantes y entre las causas más comunes de reflujo se encuentra la sobrealimentación al ser alimentado con biberón. En ocasiones, el reflujo en infantes puede asociarse a episodios transitorios de dificultad respiratoria como taquipnea, retracciones y cianosis cuando el bebé regurgita.

• Bronquiolitis: La bronquiolitis es una inflamación de las vías aéreas pequeñas llamadas bronquiolos que puede ser causada por agentes infecciosos como el virus sincitial respiratorio (VSR). El VSR es más común en los primeros dos años de vida y afecta principalmente a infantes nacidos prematuramente, antes de las 35 semanas de gestación. También puede afectar severamente a infantes con enfermedades congénitas cardíacas, hemodinámicamente inestables, y pacientes con condiciones neuromusculares, entre otros. El bebé puede presentar dificultad respiratoria con episodios de apnea frecuentes.



DIAGNÓSTICO Y MANEJO:

Es sumamente importante la evaluación de un infante con dificultad respiratoria.

El historial y la evaluación física nos ayuda a categorizar el grado de dificultad respiratoria y a establecer posibilidades de diagnósticos que se combinan con otros estudios iniciales para determinar el manejo más apropiado.

Entre esos estudios se puede realizar:

- radiografía de pecho
- muestra de gases arteriales y glucosa
- hemograma (CBC por sus siglas en inglés) y cultivo de sangre.



CONSEJOS PARA LOS PADRES

Lo más importante es poder identificar temprano los síntomas de dificultad respiratoria y consultar a su pediatra o visitar la sala de emergencias más cercana, dependiendo de la condición del infante.

Si su bebé no está respirando, estimule dándole palmadas en los pies o frotando la espalda para estimular el llanto, y solicite ayuda inmediatamente.

En caso de notar secreciones abundantes en boca o nariz, coloque al bebé de lado y utilice un pañito o succionador nasal para bebés para remover las secreciones.

Llame a su pediatra inmediatamente y siga sus recomendaciones.

Neurodiversidad en bebés recién nacidos y la relación de su familia con ellos



Por: Sully Román Berríos, BBA, MBA, CD, CBE
NeuroMaternity Coach PNL, Doula
y Educadora Perinatal

La neurodiversidad se define como; "el conjunto de comportamientos, estructuras mentales humanas o estructuras neuropsicológicas concebidas no necesariamente como problemáticas, sino como formas alternativas y aceptables de biología humana". NeuroDiversia

Durante el proceso de gestación el profesional de la salud coordina la cita de discusión de resultados de estudios y laboratorios. En la misma, de ser necesario, dialoga sobre las posibilidades de la llegada de bebé con algún diagnóstico. Luego procede a referir a **perinatólogo** para evaluación y tratamiento de embarazo de alto riesgo y alteraciones fetales.

Desde ese momento la familia comienza a experimentar una serie de sentimientos que pueden desencadenar en la toma de decisiones. Entre las conversaciones con el proveedor de salud se encuentran la continuidad de la gestación o la incompatibilidad con la vida. **Es importante que puedan sentarse a pensar con detenimiento y analizar el diagnóstico recibido.**

¿Sabías qué las Doulas de Parto, Nacimiento y Aborto estamos preparadas para el acompañamiento de estos procesos?

Cualquiera que sea tu decisión es importante reconocer que tienes la oportunidad de compañía en el momento en que tú decidas pertinente y que como NeuroDoula y Educadora Perinatal voy a respetar tu modelo de mundo.

Cabe mencionar que las familias con bebés que nacen con necesidades especiales como:

discapacidad intelectual, trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad, trastornos de la comunicación, trastornos motores, trastornos específicos del aprendizaje **pueden vivir una relación amorosa y superar las expectativas.**



> **Una idea que afirma que el desarrollo neurológico atípico (neurodivergente) constituye una diferencia humana normal que debe ser tolerada y respetada como cualquier otra diferencia humana.**
> Maricarmen Álvarez

Con la aceptación, el trato digno, la inclusión, el respeto y el reconocimiento de sus virtudes se pueden lograr cosas maravillosas. Muchas personas carecen de eso cuando miran a sus hijos con limitaciones y sin talentos.

Cada ser humano es único, diferente y con mucho potencial para desarrollar.

> **Lo neurológicamente diferente representa una nueva adición a las categorías políticas familiares de clase / género / raza y aumentará la comprensión del modelo social de discapacidad.**
> Judy Singer

- Comienza con pensamientos positivos que puedan potenciar tus días, vive intensamente cada etapa sin remordimientos ni culpas.
- Tu puedes salir adelante con el debido conocimiento y esmero.
- Con autocuidado, manejo de emociones, dinámicas holísticas con exposición a la naturaleza y medidas de comodidad.
- **Te prometo** que te sentirás mejor contigo misma para ser la mejor versión de ti.

> **"La diversidad entre cerebro es tan maravillosamente enriquecedora como la biodiversidad y la diversidad entre culturas y razas".**
> Thomas Armstrong

Reconozco y valido tus emociones ya sea que estés en la etapa de planificar embarazo, estar gestando o tener infantes.

En NeuroMaternidad con Sully Roman tenemos un grupo de apoyo para madres que desean convertirse en tribu y a su vez acompañar a otras familias de nuestra isla y también a nivel internacional.

Puedes comunicarte con esta servidora a sully.roman@gmail.com o (787) 925-4757.
Búscame en Facebook y en Instagram.

Referencias:
• Álvarez, Maricarmen. (21 de marzo de 2019). Evolución en la inclusión educativa de estudiantes con Síndrome Down. Recuperado de https://www.elmostrador.cl/agenda-pais/2019/03/21/evolucion-en-la-inclusion-educativa-de-estudiantes-con-sindrome-de-down/
• Craft, Samantha. (s.f.) Meet Judy Singer a NeuroDiversity Pioneer. Recuperado de http://www.myspectrumsuite.com/meet-judy-singer/
• Rosen, Peg. (s.f.). Neurodiversidad: Lo que necesita saber. Recuperado de https://www.understood.org/es-mx/friends-feelings/empowering-your-child/building-on-strengths/neurodiversity-what-you-need-to-know
• Armstrong, Thomas (2010) Neurodiversity . Recuperado de https://books.google.com.pr/books?id=yMd0AgAAQBAJ&lpg=PA1&dq=Thomas%20Armstrong%20neurodiversidad&pg=PA1#v=onepage&q=Thomas%20Armstrong%20neurodiversidad&f=false
• Medline Plus. (s.f.). Amniocentesis. Recuperado de https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003921.htm
• Gallardo, S., Gallardo, V., Sobarzo, A., Gajardo, P., Mendoza, K. (s.f.). Sobre NeuroDiversia. Recuperado de https://neurodiversia.cl/nosotros/#:~:text=La%20Neurodiversidad%20se%20define%20como,y%20aceptables%20de%20biolog%C3%ADa%20humana%E2%80%9D.
• Ramos Rojas, N. A.(25 de junio de 2020) ¿Qué es un perinatólogo, especialista en medicina materno-fetal? Recuperado de https://mejorconsalud.as.com/perinatologo-especialista-medicina-materno-fetal/

Diarrea en niños:

cuando ponen a los padres de carrerita preocupados



Por: Rosalyn Díaz Crescioni, MD FAAP
Gastroenteróloga Pediátrica
Oficina en Bayamón, Dorado y Manatí

De las preocupaciones más comunes que tienen los padres con sus niños es si el patrón de evacuación que tienen es normal. Algunos piensan que tienen estreñimiento pero otros, por el contrario, piensan que padecen de diarrea.

Decimos que un niño tiene diarrea cuando tiene un cambio en el número de las evacuaciones pero más importante aún es el cambio en consistencia a blandas o líquidas. La mayor parte de los niños tiene episodios aislados de diarrea.

En promedio, un niño menor de 3 años puede tener de 1-3 episodios de diarrea al año. Agraciadamente, muchos de estos episodios resuelven solos y duran poco tiempo. Le llamamos diarrea aguda a aquellas que duran menos de dos semanas y crónicas a las que duran más de 2 semanas.

CAUSAS MÁS COMUNES DE DIARREA:

AGUDAS

- virus
- bacteria
- envenenamiento por comida
- parásitos
- diarrea asociada a uso de antibióticos
- diarrea del viajero
- alergias a alimentos

CRÓNICAS

- infecciones por bacterias o parásitos
- síndrome de intestino irritable
- inflamación crónica intestinal
- intolerancia a la lactosa
- intolerancia al gluten
- evacuación líquida que se cuela cuando hay estreñimiento severo
- alergias a alimentos

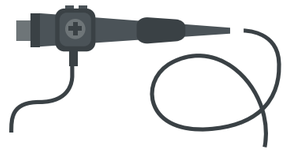
Los niños con diarrea pueden presentar dolor de barriga o abdominal, barriga que se ve más grande de lo usual, náuseas, vómito, fiebre, sangre en la excreta, entre otros.

El historial es esencial para ayudarnos a determinar la causa de la diarrea.

Por ejemplo, hay que explorar si su hijo estuvo en contacto con alguien enfermo con síntomas similares, si ha tomado antibióticos recientemente, si ha ingerido alimentos crudos, cuánto tiempo lleva con los síntomas, cuántas evacuaciones son al día, entre otras preguntas.

En muchas ocasiones, el historial nos sugiere un diagnóstico claro y no necesitamos laboratorios ni pruebas especiales. Los niños que presentan diarreas con sangre y/o diarrea severa con pérdida de peso considerable y signos de deshidratación como bajo nivel de actividad, labios resecos, disminución en orina, ameritan evaluaciones más cuidadosas incluyendo muestras de excreta, sangre y estudios radiológicos.

Los pacientes con diarrea crónica con frecuencia necesitarán estudios más avanzados como endoscopía y colonoscopía, en los que se utiliza un tubo finito con una luz y una cámara al final para mirar el sistema gastrointestinal por dentro y tomar muestras para ayudar con el diagnóstico y luego el tratamiento.



El tratamiento dependerá de la causa y severidad.

Los niños que estén deshidratados, pueden hidratarse en la casa con agua y soluciones orales de re-hidratación.

Cuidado con el exceso de jugos, ya que la cantidad de azúcar, sea natural de la fruta o añadida, podría empeorar la diarrea.

Aquellos que no respondan en la casa, necesitan ir a sala de emergencia para recibir hidratación intravenosa. **Las diarreas virales resuelven por sí solas sin medicamentos específicos.**

Por otro lado, las bacterianas en ocasiones van a necesitar tratamiento con antibióticos, mientras que las causadas por parásitos siempre necesitan tratamiento antiparasitario.

Los niños que no estén vomitando ni deshidratados, pueden seguir comiendo y tomando leche.
Los infantes pueden seguir tomando fórmula o leche materna.

Estudios científicos han comprobado que comer una dieta regular según tolerada puede acortar el tiempo de enfermedad. A algunos les va mejor ingiriendo porciones pequeñas pero frecuentes.

No se recomienda dar medicamentos para detener la diarrea especialmente en casos de **diarreas agudas**.

En el caso de la **diarrea crónica,** una vez identificada la causa, se dirige el tratamiento en específico para esa condición.

La manera más efectiva de prevenir que se contagien otros miembros de la familia es enfocándose en buena higiene, en particular lavado de manos y lavar la ropa y ropa de cama que se haya ensuciado.

La vacuna de rotavirus es otra herramienta muy importante para la prevención de diarrea, ya que éste es uno de los virus que comúnmente causa diarrea en niños.

Llamar al pediatra si:

- **niño es menor de 6 meses**
- **lleva más de 3 días con síntomas sin mejorar**
- **tiene vómitos y no tolera líquidos**
- **dolor abdominal severo**
- **diarrea con sangre**
- **parece estar deshidratado**

El pediatra puede recomendar referir su hijo a un especialista, el gastroenterólogo pediátrico, cuando la diarrea es crónica, presenta sangre en la excreta, hay un historial familiar de condiciones crónicas gastrointestinales, y/o tiene síntomas como pérdida de peso, pobre crecimiento en estatura, entre otros síntomas preocupantes.

- **Definición:** diarrea es tener evacuaciones blandas o líquidas muy frecuentes
- **Causa:** infecciones en su mayoría
- **Complicación:** deshidratación
- **Tratamiento:** líquidos de re-hidratación por boca y a veces por vena en el hospital

• Mantenga un diario de síntomas donde anote el número de evacuaciones, los alimentos que ha ingerido y algún síntoma adicional que tenga. Esta información será de mucha utilidad para el pediatra y el gastroenterólogo pediátrico.



La salud de tus niños está en las mejores manos en el Puerto Rico Women and Children's Hospital.

Puerto Rico Women and Children's Hospital sigue con su plan de transformación de facilidades y servicios para brindar cuidado médico de excelencia a los niños de Bayamón y área metro.

En **Puerto Rico Women and Children's Hospital** encuentras:

- Sala de Emergencias con Pediatras 24/7
- Grupo de subespecialistas pediátricos
- Unidad de Intensivo Pediátrico
- Cirugía Pediátrica: renovado equipo de Cirujanos y Anestesiólogo Pediátrico
- Personal de Enfermería y de Cuidado Respiratorio especializado en cuidado pediátrico

Puerto Rico Women and Children's Hospital

ALERGISTA E INMUNOLOGÍA PEDIÁTRICA
Dra. Iona Malinow Maceo

ANESTESIOLOGÍA PEDIÁTRICA
Dr. Daniel Corsino Garayúa
Dra. Ruth Padilla García

CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA
Dr. Enrique Carrión Vargas
Dr. Rubén Díaz Rodríguez

CIRUGÍA MAXILOFACIAL
Dr. Johjanniesmagno Griffith

CIRUGÍA PEDIÁTRICA
Dr. Víctor Ortiz Justiniano
Dr. Carlos Álvarez Allende
Dr. Anwar Abdul-Hadi Martínez

DENTISTA PEDIÁTRICO
Dr. Aurelio Ruiz Luciano

EMERGENCIÓLOGOS PEDIÁTRICOS
Dr. Juan Carlos Zequeira
Dra. Daniella Santiago Haddock
Dra. Sarah Marrero Medina
Dr. Eddie Rodríguez Aquino
Dr. Miguel Agrait González

ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA
Dr. Carlos Leyva Jordán
Dr. Luis Font Aponte

GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA
Dra. Rosalyn Díaz Crescioni
Dr. José R. Álvarez Ruiz
Dr. Leonardo Hormaza Laracuente

GENETICISTA PEDIÁTRICO
Dr. Juan A. Santiago Cornier

HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
Dra. Liliana Lojo Sojo
Dr. Jhon A. Guerra

INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA
Dr. Juan Millán Lucca

INTENSIVISTAS
Dra. Erilia Rivera Meléndez
Dra. Verónica Ramírez Ramón
Dr. Eduardo Ochoa Bacallao

MEDICINA NUCLEAR
Dr. Eduardo A. Pascual Ferrer

NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
Dra. Xamayta Negroni Balasquide

NEONATOLOGÍA
Dr. Edwin Soto Tapia
Dra. Kary Bouet Rivera
Dra. María P. Casado García
Dra. Neichma Fargas Berríos
Dra. Leticia Gely Rojas

NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA
Dra. Alida Arroyo Berrios
Dra. Marina Martínez Garri

NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA
Dr. Samuel Estronza Ojeda

NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA
Dra. Mayela Díaz Díaz
Dra. María Dávila Carlos
Dr. Carlos Laó Vélez

OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA
Dr. Ricardo Rodríguez Rosa
Dra. Mónica Pacheco Rivera

ORTOPEDIA PEDIÁTRICA
Dr. Onix Reyes Martínez
Dra. Leah Cobb Andrews
Dr. Samuel Fernández López

OTORRINOLARINGOLOGÍA (ENT)
Dr. Luis E. Valledor Maeso
Dr. José Sánchez Mendiola

OTORRINOLARINGOLOGÍA (ENT) PEDIÁTRICA
Dr. Héctor García Marrero

RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA
Dra. Brendaliz Rivera Vélez

REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
Dra. Liza Vázquez Cobián

UROLOGÍA PEDIÁTRICA
Dr. Luis Báez Trinidad

787-474-8282 **Carr.#2. km. 11.9, Bayamón**