Mi Pediatra

SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA



REFLUJO GASTROESTOFÁGICO

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

LACTANCIA

DÉFICIT DE ATENCIÓN

AUTISMO

Alimentación pediátrica

UNIENDO A LOS PEDIATRAS DE PUERTO RICO

SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRIA



PediaSure es #1 Recomendado por pediatras

Muchos de nuestros niños dejan parte de lo que le sirven en el plato. **PediaSure®** ofrece:

- ✓ Nutrición Completa y Balanceada®
- ✓ 25 vitaminas y minerales
- ✓ 7 gramos de proteína

Así apoyas su crecimiento y desarrollo para que estés más tranquila.



PediaSure Sidekicks®: nuestra alternativa con menos calorías.*

PediaSure®

Nutrición para ayudarlos a crecer

Endosado por:

*35% menos calorías (150 cal vs 240 cal) para PediaSure SideKicks vs PediaSure original por porción de 8 oz-fl.
Use como parte de una dieta saludable. ©2013 Abbott Laboratories Inc. APR-130182 LITHO en P.R.

Abbott Nutrition

La Importancia de la Buena Nutrición

Para Niños Saludables y Madres Felices



Por: Mariana Lopez-Cepero Montes,
LND, DEP, CWCM Lic. 1642

Cuando de la nutrición de nuestros niños se trata, las madres deseamos establecer buenos hábitos de alimentación para nuestros hijos. Muchas veces esto sucede porque nuestros hijos no seleccionan alimentos nutritivos, son mañosos al comer o tienen hábitos de alimentación impredecibles. ¿Sabe usted si está eligiendo las mejores alternativas para la alimentación de sus hijos?

Háblele sobre la importancia de llevar una dieta balanceada y nutritiva para que se sientan con más energía. Comience por el ejemplo, los niños aprenden rápidamente siguiendo el ejemplo de sus padres. Debe comenzar con pequeños cambios y modificaciones en los patrones de alimentación. A veces, lo que es perfecto para nosotros no es necesariamente ideal para ellos.

Comience con la comida más importante del día: el desayuno. Estadísticas indican que entre un 12 a 34 por ciento de los niños y adolescentes no desayunan.

La importancia del desayuno:

1. Buena fuente de Energía: Tan importante como lo son el sueño y descanso para sus hijos, el desayuno les provee energía para comenzar el día.

2. Mejor concentración y rendimiento: Los ayuda a obtener una mejor concentración y rendimiento en la escuela y en los deportes.

3. Mantener un peso saludable: Muchos niños comienzan su batalla con el peso corporal, dejan de comer porque creen que omitir comidas les ayuda a perder o a mantener su peso, y es todo lo contrario.

Prepare meriendas y comidas nutritivas, evite darles comida chatarra. A menudo, tal vez, debido a la falta de tiempo no les ofrecemos a nuestros hijos las alternativas más nutritivas.

Planee con sus hijos divertidos viajes al supermercado donde podrán seleccionar sus alimentos favoritos: procure incluir verduras, frutas, carnes, pescado, productos lácteos, cereales y granos. Prepare una lista de compras con lo que necesita para seleccionar los alimentos más saludables y nutritivos. Enseñe a sus hijos a leer las etiquetas para conocer sobre el valor nutricional de los productos.

Referencias: - Academy of Nutrition and Dietetics. http://www.eatright.org.
-Academy of Nutrition and Dietetics. Kids Eat Right. http://www.eatright.org/kids/.
-Where Are Kids Getting Their Empty Calories? Stores, Schools and Fast Food Restaurant Each Played an Important Role in Empty Calorie Intake among US Children During 2009-2010. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 114(6) 908-915.

© 2014 Abbott Laboratories APR-140116 LITHO en P.R.

Abbott Nutrition

Mi Pediatra

SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA





JUNTA SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRIA 2014-2016

Ana M. Barletta, MD
Presidenta

Gerardo J. Tosca Claudio, MD
Presidente Electo

Mayra Z. Bonnet, MD, DABP
Pasada Presidenta

Ricardo García de Jesús, MD
Secretario

Carmen Suárez Martínez, MD
Tesorera

Ángela Suárez Báez, MD
Vanessa Santini Hernández, MD
Vocales

Ricardo Alonso Alonso, MD
Rita Díaz Díaz, MD
Milagros Martin de Pumarejo, MD
Asesores

contenido

8 Problemas de alimentacion de nuestros niños

12 El buen comer a través de las etapas de la vida

14 Importancia de la Lactancia Materna

16 Obesidad en los Niños y Adolescentes

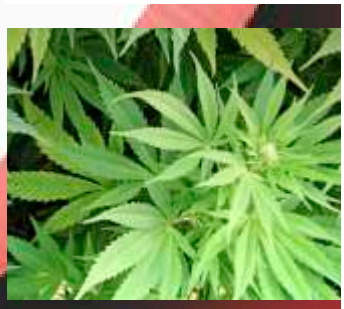
18 Reflujo Gastroesofágico en Niños

20 Terapia Nutricional en Síndrome del Intestino Irritable – Nuevas Investigaciones

22 Esofagitis Eosinofílica

26 ¿Qué es la Enfermedad Celiaca?

28 Mi hijo se evacua encima, ¿qué debo hacer?





30 ¿Qué es la Enfermedad Inflamatoria del Intestino?

33 ¿Qué es una gastrostomía?

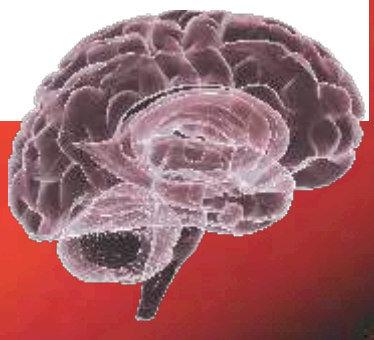
35 Problemas Gastrointestinales en la Población Pediátrica: ¿Padres que podemos hacer?

38 Cannabis: Efecto en el Sistema Nervioso de la Edad Pediátrica "El cannabis y nuestros niños"

41 Déficit de Atención

43 Autismo

44 Electroencefalograma



Mi Pediatra revista de la Sociedad Puertorriqueña de Pediatría se dedica a educar y orientar a nuestra población sobre los temas que afectan a nuestros niños y adolescentes frecuentemente. No nos hacemos responsables del contenido de los artículos y tampoco sustituyen las recomendaciones dadas por su médico.



Mi Pediatra
SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA

RECONOCIMIENTOS ESPECIALES

EDITOR
Ana I. Quintero Del Río, MD, MPH, FAAP, FACR

PRESIDENTE
Ana M. Barletta Rodríguez, MD

COLABORADORES
José D. Santiago Rivera, MD
Gastroenterólogo Pediátrico

Janice Padilla, MHSN
Nutricionista

Mariela Vázquez Muñoz, LND, CLE
Nutricionista

Yanira L. Pagan Carlo, MD
Endocrinóloga Pediátrica

Lina M. Felípez, MD, FAAP
Gastroenteróloga Pediátrica

Mirta Ríos, RD, CSP

Rosalyn Díaz Crescioni, MD
Gastroenteróloga Pediátrica

Carla Pérez, MD
Gastroenteróloga Pediátrica

Wihelma Echevarría Cortes, MD
Gastroenteróloga Pediátrica

Jorge A. Rosario Mulinelli, MD
Gastroenterólogo Pediátrico

Lilian Arce, PharmD, RPh
Doctora en Farmacia

María E. Dávila Carlos, MD, DABPN
Neuróloga Pediátrica

Edgardo Solís, MD
Neurólogo Pediátrico

Miriam E Ríos Motta, MD
Neuróloga Pediátrica

Carlos R. Laó Vélez, MD
Neurólogo Pediátrico

DISEÑO Y MAQUETACIÓN
Sr. Orlando A. Borras Colón
Diseño Grafico

Franchesca Rengel
Diana M. Benítez
Innovative Entertaiment

REVISTA Mi Pediatra
SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA



¿Desea anunciarse en las próximas ediciones de la revista?



Puede comunicarse con nuestra división de mercadeo para los detalles de espacios, costos y calendario de publicación, a los siguientes números

787-378-1042
787-421-0944



ASESORES DEL EDITORIAL

Rita Díaz, MD
Alergista e Inmunóloga

Gerardo J. Tosca, MD, FAAP
Pediatra de Niños y Adolescentes

Ohel Soto Raíces, MD
Psiquiatra Pediátrico

Melvin Bonilla MD
Nefrólogo Pediátrico

Edwin Rodríguez
Cardiólogo Pediátrico

José Russé, MD
Gastroenterólogo Pediátrico

Carlos Laó Vélez, MD
Neurólogo Pediátrico

Lourdes Pedraza, MD
Neumóloga Pediátrica



Ana I Quintero Del Río, MD, MPH, FAAP, FACR
Editor de Mi Pediatra
Reumatóloga Pediátrica
Directora Centro de Investigaciones Clínicas del Puerto Rico Children's Hospital,
Profesor Asociado de la Universidad Central Del Caribe

Mensaje Editorial

En nuestra décima segunda edición de la revista Mi Pediatra, de la Sociedad Puertorriqueña de Pediatría, encontrarán artículos variados de importancia relacionados algunos desordenes gastrointestinales y neurológicos que frecuentemente afectan a nuestros niños y adolescentes. Los temas han sido preparados por nuestros pediatras y subespecialistas pediátricos.

Las enfermedades gastrointestinales pueden desarrollarse por varios factores: genéticos, ambientales (incluyendo la higiene) y en especial por los alimentos. Este último es un factor de suma importancia en la población pediátrica del siglo veintiuno. Debido al estilo de vida de muchas familias, acostumbran a comer comidas rápidas o de poco valor nutritivo resultando en diversas condiciones de salud y/ o enfermedades. Tenemos que aprender a llevar una alimentación saludable desde la infancia para evitar complicaciones de salud.

A nivel nacional hay unos cinco millones de personas con enfermedad del colon irritable, de estos un 10-15% son en la edad pediátrica. Sobre cuatro millones tienen problemas de estreñimiento, quince millones de irritación gástrica, intolerancia a lactosa un 25% de la población, entre otros. Es importante orientarse sobre una buena alimentación según las necesidades de cada persona y conocer aquellos alimentos a los que puedan ser alérgicos, de esta forma ayudara a tener una vida más saludable.

El sistema neurológico o el cerebro es otro de los sistemas que se afecta por los factores previamente mencionados. Presentamos información educativa sobre varias condiciones que frecuentemente afectan a los niños hoy día, estas son los trastornos de atención e hiperactividad, el autismo y las convulsiones.

Espero disfruten de los temas preparados por expertos en cada área. Agradecemos a todos nuestros colaboradores por su valiosa participación. Que disfruten de esta gran edición, esperamos sea de gran utilidad para todos.



Dr. Ana I. Quintero Del Río



Register online and get *$25.00 Off*

www.pediatraspr.org
(valid until Jan/19/2016)

SAVE THE DATE

February 11 to 14, 2016
Sheraton Puerto Rico Convention Center Hotel

63RD ANNUAL CONGRESS EXCELLENCE IN PEDIATRICS

PUERTO RICO PEDIATRIC SOCIETY

SINGLE & DOUBLE ROOM

$205.00

+TAXES

VALID UNTIL JANUARY 19, 2016



ONLINE HOTEL RESERVATION: HTTPS://WWW.STARWOODMEETING.COM/BOOK/SPPCONGRESS2016

APPROXIMATELY **21 AMA PRA CATEGORY 1 CREDITS** WILL BE PROVIDED

REGISTRY OPTIONS AND FEES	UNTIL JAN/19/ 2016	ON-SITE	* REGISTRATION FEE INCLUDES
☐ Members	$300*	$350*	• **Thursday** • Dinner (only for MD participant)
☐ New Members	$350*	$400*	
☐ Retired Pediatrician and Past SPP President	$150*	$200*	• **Friday** • **Saturday** • **Sunday** • Breakfast • Coffee Break • Lunch • Social Activities • Cocktails • Dinner
☐ Non Member (Other Physician)	$400*	$450*	
☐ Pediatric Residents *Some restrictions apply. Need Program certification. This Charges include social activities*	$175	$250	
☐ Nurses • Other Healthcare Professionals	$150	$200	

FOR MORE INFORMATION CONTACT SDMS GROUP AT 787.789.4008 OR 939.642.2011

PROBLEMAS DE ALIMENTACION DE NUESTROS NIÑOS

Por **JOSE D. SANTIAGO RIVERA, MD**
GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA Y NUTRICION
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
HOSPITAL SAN LUCAS

Allie es una niña hermosa *hija de José y María Cristina. José un joven profesional empresario y María Cristina una mujer profesional abogada. La llegada de Allie a sus vidas fue de gran ilusión recibiendo a la criatura con los mejores deseos y amor de una pareja joven. Allie, su primer bebé, su primera ilusión…*



La niña nació luego de 40 semanas de gestación, fue dada de alta con instrucciones iniciales de dar la fórmula con proteína de leche de vaca. Tomaba de 1 ½ onzas a 2 onzas cada dos horas. Los primeros días todo estaba bien, sin embargo Allie presentaba dolor después de las 3 de la tarde. Este malestar duraba más de una hora, y fue aumentando la frecuencia del dolor hasta que ocurría tres veces al día diariamente. La abuela recomendó teses de anís, y de hoja y el cuadro fue empeorando. María Cristina quien no había considerado la lactancia se preguntaba si debía intentarla. Allie fue evaluada por varios médicos los cuales le cambiaron la fórmula en 6 ocasiones. Durante este proceso era evidente el desarrollo de una erupción en la piel, y varias evacuaciones con sangre cosa que alarmó a sus papás lo que les llevó a consultar a un Gastroenterólogo Pediátrico. Se habían presentado algunos buches ocasionales y su ganancia de peso a los dos meses se había detenido por dos semanas. Finalmente, luego de la visita al gastroenterólogo se le diagnosticó Colitis Alérgica. El gastroenterólogo le explicó que las posibilidades de alergias en infantes son de 3-5%.

Los problemas de alimentación se pueden identificar desde los primeros días de edad. Los trastornos anatómicos orofaríngeos como paladar hendido, labio leporino o trastornos congénitos nasales tales como atresia de coanas en la nariz o mandíbula pequeña pueden ser parte de un conjunto de características o síndromes que afectan la alimentación de un recién nacido.

En condiciones normales la leche materna proveerá la protección inmunológica a este recién nacido. En aquellos niños que muestran vómitos o alergias el proveer la leche materna se sugiere que la madre debe seguir una dieta libre de leche de vaca y sus derivados. Si el vómito es repetitivo y/ o proyectil, condiciones como estenosis pilórica, problemas anatómicos congénitos o reflujo gastroesofágico se deben descartar y considerar si el caso no mejora con cambios de dieta y o leches maternizadas. Otras posibilidades en la dieta materna son la exclusión de soya, nueces y mariscos para garantizar y evitar reacciones alérgicas y la prolongación alimenticia efectiva de la lactancia en el recién nacido.

En el caso de Allie se decidió usar fórmulas de aminoácidos simples e hipoalergénicas. El cambio fue radical y la mejoría inmediata. Allie había progresado en sus defecaciones, no había sangrado y los cólicos habían mejorado. Ya tenía tres meses de edad y había ganado peso y estatura adecuadamente.

Analizando esta situación, es importante realizar que hay múltiples agentes que pueden causar problemas en el proceso de alimentación en los niños. La naturaleza todo lo ha hecho en balance. No hay duda que la lactancia materna es muy importante sobre todo en el primer año de vida. En los primeros días el lactar al neonato toma tiempo y paciencia y es clave ya que en estas edades tempranas se pueden identificar si hay evidencia de problemas con el recién nacido. El reflejo de chupado es ya parte del sistema primitivo.

La Academia de Pediatría recomienda la introducción de sólidos en este orden: primero los cereales, a partir de los 4 a 6 meses; etapa 2 a los 9 meses, y etapa 3 al año donde se introduce el huevo y comida de mayor consistencia. El uso de jugos en conjunto con los alimentos sólidos es parte del diseño nutricional.

Los niños con reflujo que no tengan relación con las alergias usualmente mejoran a los 6 meses. El reflujo tratado y que no mejora en 90 días se debe pensar en alergia como el diagnóstico principal.

La alimentación de leche materna es la mejor opción.



Culturalmente en nuestra sociedad se tiende al ver al niño gordo como el saludable. Vemos a muchos niños caminando con botellas de leche, agua o jugo desde los 6 meses hasta los 2 o 3 años. Todavía hay niños mayores a los cuales se les da la botella como un premio y en otros casos si no come entonces le dan la botella de leche. Esto es algo cultural pero equivocado. Si el niño es tratado con fórmulas extensamente hipoalergénicas o lactancia y se sospecha que sus síntomas son por alergias debe evaluarse adecuadamente antes de hacer un cambio. Existe una entidad cada vez más frecuente en mi oficina que es la Esofagitis Eosinofílica.

Se trata de niños con condiciones parecidas a las alergias a alimentos, manifestadas como reflujo gastroesofágico, múltiples cambios de fórmulas, asma y dermatitis atópica. Esta entidad es difícil y retante para manejar y puede afectar el proceso de alimentación causando disfagia o inhabilidad de tragar y atragantamiento de alimentos. Estos casos terminan con endoscopia para corroborar el diagnóstico y proceder con el manejo.

Finalmente, los niños con problemas de alimentación ya sea por trastornos oro sensorial o alergias a alimentos se están encontrando con mayor frecuencia y debemos atenderlo con premura tratando de descifrar si es algo transitorio o de necesidad temprana con terapistas ocupacionales o del habla.

Verificar si no hay trastornos orgánicos o de patología de alergias a alimentos o reflujo gastrointestinal y finalmente considerar trastornos como el autismo o síndromes orgánicos como el Frágil X, Angellman o Síndrome de RETT (trastorno degenerativo en niñas). En estos se podrá encontrar problemas en la alimentación con rasgos parecidos al autismo.

En el desorden de espectro autista existen un conjunto de síntomas y signos recientemente restructurado en el DSMV; se puede presentar aislamiento, movimientos repetitivos, pobre contacto visual, pica y trastornos para alimentar con rigidez de elementos para comer; color, textura, sabor, olor y calor. Estos deben ser evaluados por su médico para pronto diagnóstico y manejo.

Los trastornos alimentarios son reales; se deben descartar siempre otras relaciones con condiciones alérgicas, metabólicas y gastrointestinales. Comer en familia siempre debe ser y será la mejor solución. La alimentación de leche materna es la mejor opción.





Fuerte contra los alérgenos. Suave en la piel.

all® free clear—sensitivo a pacientes con problemas de integridad de la piel

- Comprobado para remover el 99% de los alérgenos más comunes aún en agua fría*
- Formulación única, libre de fragancias y colorantes, clínicamente probada para ser suave en la piel
- La marca #1 de detergente recomendada para pacientes con dermatitis atópica o alergias de la piel

Para conocer más sobre all® free clear visite: **allfreeclear.com/samples.**

*Incluye la caspa de perro y gato; materia de ácaros; polen de ambrosía, grama y árbol. all® free clear no está destinado para tratar o prevenir alergias.

©2015 Sun Products Corporation. Derechos reservados.

NUEVO



Nutrición completa
para bebés con alergia a la leche de vaca



- **Hipoalergénica**
- **100% proteína de suero**
- **Contiene probiótico**

Prepare fácilmente la cantidad exacta que necesita el bebé.

1 oz fl de agua **para** 1 cucharada de leche en polvo

Gerber. Start Healthy Stay Healthy.

Expertos disponibles 24/7.
www.Gerber.com
English: (800) 718-4247 • Español: (800) 511-8862

*La leche materna es el mejor alimento para su bebé.

Consulte a su pediatra



Dile adiós a los síntomas de alergia de tu bebé

Si tu bebé tiene alergia a la proteína de leche de vaca, una de tus primeras preguntas puede ser: "¿Cuánto tiempo pasará antes de que se sienta mejor?" La respuesta depende de un par de cosas: sus síntomas y si se alimenta con leche materna o fórmula.

En bebés amamantados

Una vez elimines las proteínas de leche de vaca de tu dieta, los síntomas de alergia pueden comenzar a mejorar dentro de 6 a 8 días. Puede llegar a tomar un par de semanas para que tu leche materna esté completamente limpia de dichas proteínas. Y es posible que tengas que esperar un poco más para que desaparezcan todos los síntomas de alergia de tu bebé.

En bebés alimentados con fórmula

Los bebés alimentados con fórmula que son cambiados a una fórmula hipoalergénica, como la Gerber®Extensive HA™, pueden comenzar a tener mejoras en sus síntomas en pocos días. Después de 2 a 4 semanas, los síntomas deben desaparecer. Si tu bebé tiene síntomas graves, más de una alergia a alimentos, o si sus síntomas no mejoran con una fórmula completamente hidrolizada, tu médico puede sugerir un cambio a una fórmula a base de aminoácidos.

El médico de tu bebé puede sugerirle que siga una fórmula hipoalergénica hasta los doce meses. En algunos bebés, las proteínas de leche de vaca pueden nuevamente ser incorporados gradualmente en su dieta después del primer año, pero es importante trabajar con el médico o dietista para saber cómo y cuándo hacerlo.

¿Siempre tendrá alergia a la leche?

La buena noticia es que la alergia a la proteína de la leche de vaca es una de las alergias que los niños suelen superar. Esto mayormente ocurre entre los dos y cinco años de edad.

El buen comer a través de las etapas de la vida

Por | Lcda. Janice Padilla, MHSN
Nutricionista

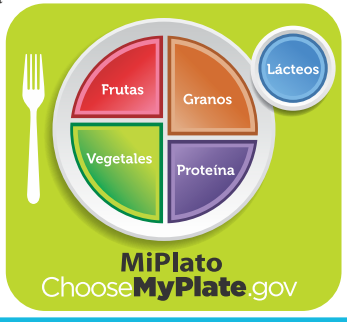
EDAD	CEREAL	FRUTA	VEGETAL	LECHE	CARNE
1 MES – 4 MESES Desde nacimiento hasta los 4 meses de vida	Leche Materna o Fórmula maternizada				
4 MESES – BALBUCEO 6 MESES A partir de los 4 a 6 meses de vida	Usualmente se comienza con cereal de arroz por ser el menos alérgeno	Leche Materna o Fórmula maternizada			
BALBUCEO 6 MESES A partir de los 6 meses de vida (consistencia del alimento-majado)		Se comienza con un alimento a la vez por una semana para ver posibles alérgenos e intolerancias alimentarias	Se comienza con un alimento a la vez por una semana para ver posibles alérgenos e intolerancias alimentarias	Leche Materna o Fórmula maternizada	
8 MESES A partir de los 8 meses de vida (consistencia de alimento-majado)				Leche Materna o Fórmula maternizada	
12 MESES Después de los 12 meses de vida				Se introduce leche de vaca o Leche Materna (hay fórmulas especiales para niños hasta los 24 meses, para fomentar la calidad de su dieta)	Se introduce el huevo gradualmente. (Se comienza dando ¼ parte del huevo)

El comer es una necesidad vital, que nos provee de energía y nutrientes importantes para el bienestar. La alimentación promueve el desarrollo físico. Adicional a esto, el cuerpo demanda nutrientes para funciones importantes para la salud. Algunas de las funciones importantes de los nutrientes son: Salud ósea (calcio y vitamina D), Cicatrización (vitamina C), Prevención de anemia (hierro y ácido fólico).

Para obtener una alimentación balanceada desde el comienzo de la vida y poder fomentar ese bienestar físico es necesario conocer la introducción de alimentos a partir de las etapas de la vida.

Al momento de introducir los alimentos es importante tener en cuenta aquellos que son considerados posibles alérgenos alimentarios tales como: el trigo, el maní, la soya, las nueces, el pescado, los mariscos, la leche y el huevo. La miel se debe evitar en infantes por riesgo a botulismo.

El niño después del primer año de vida necesita una alimentación variada y balanceada (cereal, fruta, vegetal, leche y carne). Los alimentos deben tener consistencias majadas a desmenuzadas para evitar ahogamiento hasta los tres años de edad. Ahora, tenemos la herramienta del plato alimentario "choose my plate "que nos permite ver la proporción de servicio de los grupos de alimentos los cuales son importantes para promover la salud desde la niñez hasta la adultez. *¡Buen Provecho!*



Para obtener una alimentación balanceada desde el comienzo de la vida y poder fomentar ese bienestar físico es necesario conocer la introducción de alimentos a partir de las etapas de la vida.



Importancia de la Lactancia Materna

Por **Lcda. Mariela Vázquez Muñoz, LND, CLE**
Dietista Administrativa PRCH



¿Alguna vez has escuchado esto: "La lactancia es la mejor alternativa para tu bebé y tu salud? La lactancia es la alimentación con leche del seno materno. La OMS (Organización Mundial de la Salud) y el UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) señalan, así mismo, que la lactancia "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños". Ahora, ¿qué es amamantar? Amamantar es dar vida y amor; es alimentar, confortar, proteger y comunicarse. De igual forma la leche materna es muy importante en los primeros meses de vida, fundamental y vital para el recién nacido. El amamantamiento fortalece una relación especial entre la madre y su bebé.

La lactancia trae consigo una serie de beneficios, entre ellos:

- A nivel biológico, ayuda a terminar el desarrollo del recién nacido a través de proteínas y anticuerpos que lleva la leche e inmunizan al bebé.
- A nivel emocional, el calor del cuerpo de la madre brinda seguridad y apego al bebé.
- Los bebés lactados no tienen que tomar agua, ni leche en fórmula los primeros seis meses de vida.
- Se ahorra dinero porque no se gasta en fórmulas ni en biberones.
- Ayuda a las madres a regresar a su peso normal.
- Previene enfermedades gastrointestinales y respiratorias e infecciones en el bebé.
- Reduce la incidencia de cáncer, diabetes y colitis en la madre.
- Estudios comprueban que los bebés lactados son más inteligentes.

¿Deben consumir alguna dieta especial las madres lactantes?

La alimentación de la madre debe estar acorde con los cambios que sufre la leche materna a lo largo de todo el periodo de lactancia, y debe evolucionar en calidad y cantidad paralelamente a las variaciones de los requerimientos nutritivos del lactante. La calidad de los alimentos es similar respecto de la alimentación durante el embarazo, pero en cuanto a la cantidad, se debe agregar una porción más de cada alimento; que dependerá de la talla, la actividad y de las reservas que haya adquirido durante el embarazo. Si la madre no consume todo lo que su organismo necesita, los nutrientes precisos para producir leche serán extraídos de sus reservas (calcio de los huesos y proteína de los músculos), con el consiguiente riesgo de deficiencias serias. Además, aunque producirá leche de buena calidad, se reduce la cantidad y por ello el bebé puede mostrarse irritable y no aumentar adecuadamente de peso.

Se requieren 900 Kilocalorías para la producción de un litro de leche. Una tercera parte de ellas proveniente de las reservas maternas acumuladas durante la gestación y el resto se deriva de las adiciones dietéticas. La dieta de la madre no sólo influye en la cantidad de leche producida, sino que también influye en su composición. Se sabe que la cantidad y el tipo de grasa de la leche es el fiel reflejo de la cantidad y tipo de grasa ingerida por la mujer que amamanta. Ocurre lo mismo con los niveles de selenio, yodo y algunas vitaminas del grupo B. Los demás nutrientes parece que se mantienen constantes y son independientes de la dieta.

Recomendaciones dietéticas:

- Tenga en cuenta que "comer bien" no significa ni comer mucho, ni comer basándose en alimentos caros.
- Todos los alimentos tienen un lugar en la dieta: varíe al máximo la alimentación, incluyendo todos los grupos básicos de alimentos y dentro de cada uno de ellos, alimentos de distintos tipos (diferentes frutas, verduras, etc.).
- Seleccione los alimentos en función de su calidad y no de la cantidad, por el mayor aumento de las necesidades de proteínas, de ciertas vitaminas y minerales.
- Establezca una dieta de cinco tomas bien repartidas a lo largo del día.
- No se salte ninguna comida principal para evitar picar entre horas y con ello desequilibrar su alimentación.
- Coma despacio, masticando bien los alimentos, en ambiente relajado, tranquilo, evitando distracciones (TV, radio, etc.) y ordenadamente: comience por el primer plato, después el segundo y por último el postre.
- La leche o los derivados de ella deben estar presentes en cada una de las comidas.
- Se debe limitar la grasa de origen animal, optando por lácteos bajos en grasa, carnes magras.
- Las frutas y verduras deben estar presentes cada día.
- Asegure un aporte de líquidos suficiente.
- Existen algunos alimentos, que por su peculiar sabor, pueden alterar el olor y el gusto de la leche, circunstancia que a veces motiva un rechazo de la lactancia por parte del bebé. Algunos de ellos son: condimentos fuertes (pimienta, pimentón, nuez moscada, mostaza), cebolla, ajo, verduras de la familia de las coles (col o berza o repollo, coliflor o pella, brécol y coles de Bruselas), espárragos, alcachofas. Sólo están desaconsejados en el caso de que la madre detecte un rechazo por parte del bebé.
- No consuma alcohol, ya que tiene la particularidad de pasar a la leche.
- Evite dietas restrictivas, y mucho más si son para perder peso. Esta idea se debe dejar para otro momento menos comprometido.



OBESIDAD EN LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES

Por | Yanira L. Pagán Carlo, MD
Endocrinóloga Pediátrica



La obesidad es un problema médico definido por un índice de masacorporal mayor de la percentila 95 para la edad del paciente. Se origina comúnmente a consecuencia del exceso de calorías ingeridas en comparación con las que necesita el cuerpo para el metabolismo basal y actividad física. El peso e índice de masa corporal (BMI por sus siglas en inglés) son determinados por interacciones complejas entre susceptibilidades genéticas, factores ambientales y hábitos de la persona. Aunque comúnmente se piensa que es un asunto de apariencia social, en realidad es que es un asunto de salud.

La obesidad se ha convertido en uno de los problemas más serios de salud pública en Estados Unidos y Puerto Rico debido a las muchas y serias complicaciones que precipita. La evaluación del niño obeso debe tratar de identificar causas psicológicas, sociales y biológicas. La evaluación de los hábitos alimenticios y de actividad física puede identificar el momento en que se suscitó el problema de obesidad y los hábitos psicosociales que empeoran la condición.

Posibles causas médicas o agravantes incluyen trastornos alimentarios, hipotiroidismo, exceso de cortisol, deficiencia de leptina, trastornos genéticos y problemas hormonales. Las complicaciones de salud asociadas a la obesidad tales como pubertad temprana, problemas ortopédicos, escoliosis, colesterol y triglicéridos altos, hígado graso, diabetes, resistencia a la insulina, síndrome de ovarios poli quísticos, disfunción menstrual, hirsutismo, deficiencia de vitamina D y apnea del sueño, son muy comunes. Por lo tanto, la identificación temprana es clave, tanto para el tratamiento temprano, como para la prevención de co-morbilidades. Un examen físico completo es esencial.

Cambios en la dieta y actividad física, aunque en ocasiones extremadamente difíciles de implementar y mantener a largo plazo, son los componentes claves de prevención y tratamiento. La prevención de la obesidad es crucial, ya que las herramientas médicas que tenemos para el tratamiento de la obesidad son muy limitadas. Sin embargo, con una buena nutrición, unos buenos hábitos de rutina diaria y ejercicios podremos llegar a tener una generación saludable.

Neonatology Symposium of Puerto Rico & the Caribbean



Save the Date!

November 8th, 2015

Online at
www.pediatraspr.org

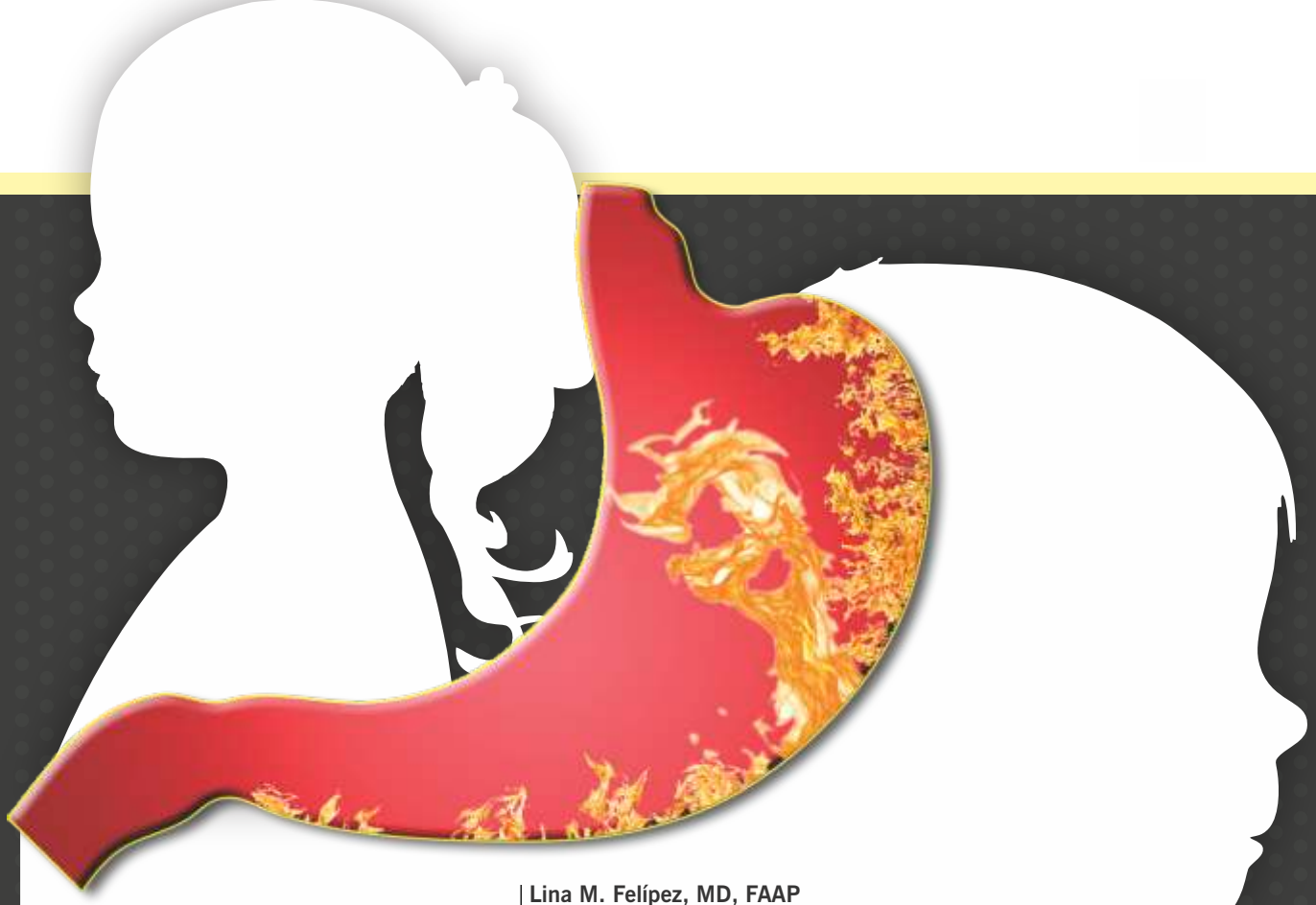
GOYA® Néctares

La energía
de la Fruta
en 5 ozs.
¡La porción perfecta!



¡Si es GOYA... tiene que ser bueno!

www.goyapr.com .com/goyapuertorico



Por **Lina M. Felípez, MD, FAAP**
Nicklaus Children's Hospital
Miami Health System
Board Certified in Pediatrics
Board Certified in Pediatric Gastroenterology

Reflujo Gastroesofágico en Niños

El reflujo gastroesofágico (GER abreviación en inglés) ocurre cuando el contenido del estómago se regresa al esófago (el tubo que conecta la boca al estómago), durante o después de una comida. En algunos niños, el contenido del estómago llega a la boca (regurgitación) y es tragado nuevamente. Otros síntomas que pueden indicar enfermedad por reflujo gastroesofágico (GERD abreviación en inglés) incluyen ronquera, pulmonía recurrente, tos, sibilancias y deglutación difícil o dolorosa. Los síntomas pueden variar dependiendo de la edad.

¿Por qué ocurre el reflujo?

Hay un anillo muscular en la parte inferior del esófago que abre y cierra, permitiendo que los alimentos entren al estómago. Este anillo se llama esfínter esofágico inferior (LES abreviación en inglés). El reflujo puede ocurrir cuando el LES se abre, permitiendo que el contenido del estómago y el acido regresen al esófago. Casi todos los niños tienen inconsistentemente algo de reflujo. En algunos niños, el contenido del estómago permanece en el esófago, causando daño al revestimiento del esófago.

Síntomas dependiendo de la edad

De 0-24 meses:

La regurgitación tiende a alcanzar mas intensidad a los 4 meses y la mayoría de lactantes deja de regurgitar a los 12 meses de edad. Si su bebe está regurgitando sin molestias y aumentando adecuadamente de peso, entonces es probable que no tenga GERD.

Cosas que usted puede hacer para ayudar a reducir la regurgitación:

1- Evite el sobrealimentarlo
   a. No alimente a su bebe nuevamente después de que regurgite - espere hasta la próxima alimentación.
   b. Consulte a su doctor para ver si el bebe esta tomando biberones con la cantidad adecuada o esta lactando una apropiada cantidad de tiempo.
2- Mantenga al bebe en posición recta durante por lo menos 30 minutos después de alimentarlo
3- Evite pañales ajustados y cinturones elásticos
4- Evite la exposición al humo de tabaco

Síntomas preocupantes del reflujo en bebes de 0-24 meses:

1- Vomito asociado con:
   a. Sangre
   b. Líquido verde o amarillento
   c. Poca ganancia de peso
2- Llanto inconsolable e irritabilidad
3- Rechazo del alimento
4- Problemas respiratorios
   a. Dificultad para respirar
   b. Repetidos episodios de pulmonía
   c. Pausas en la respiración
   d. El niño se pone color azul
   e. Tos crónica
   f. Sibilancias

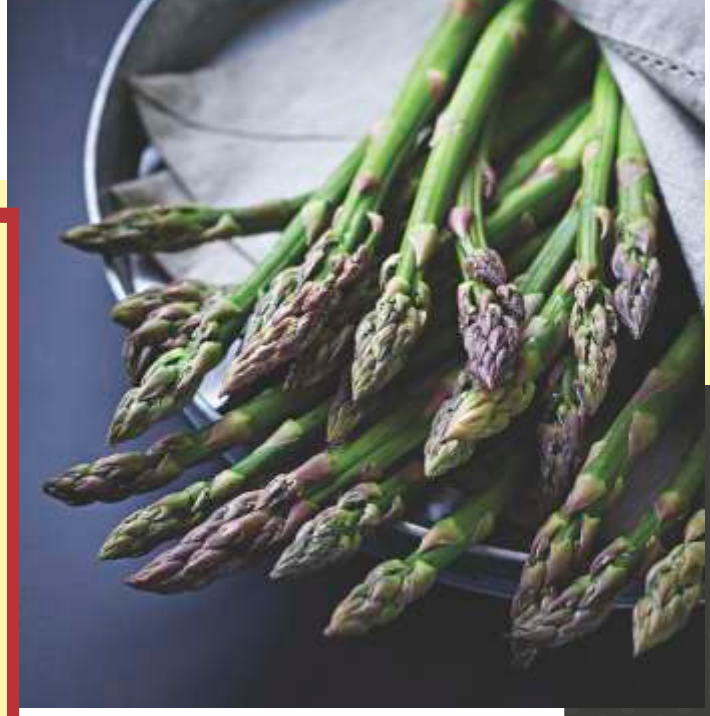
Niños de 2 años a adolescentes:

La mayoría de los niños de esta edad pueden disminuir su reflujo con cambios en el estilo de vida y en la dieta:

1- Haga que su niño coma porciones mas pequeñas mas a menudo
2- Evite que coma 2 a 3 horas antes de ir a la cama
3- Eleve la cabecera de la cama 30 grados
4- Evite bebidas carbonatadas, chocolate, cafeína y alimentos ricos en grasas (papas fritas y pizza) o que contengan mucho acido (cítricos, encurtidos, productos de tomate) o alimentos picantes.
5- Evite comidas abundantes o grandes antes del ejercicio
6- Ayude a su niño perder peso si tiene sobrepeso
7- Evite la exposición al humo del tabaco
8- Evite que beba alcohol

Síntomas preocupantes del reflujo en niños de 2 años a adolescentes

1- Vómitos asociados con:
   a. Sangre
   b. Líquido verde o amarillento
   c. Pérdida o poca ganancia de peso
2- Sensación frecuente de alimentos o líquidos que llegan a la garganta o la boca
3- Frecuentes molestias en el abdomen (barriga) o pecho
4- Problemas al tragar
   a. Molestias o dolor al tragar
   b. Sensación de que el alimento se queda atorado al bajar
5- Problemas respiratorios
   a. Sibilancias
   b. Tos crónica o pulmonía recurrente
   c. Ronquera
   d. Asma



¿Cómo se trata el reflujo?

Luego de hacer los cambios de estilo de vida y en la dieta, si los síntomas continúan hay medicamentos que se pueden utilizar. Los medicamentos que se utilizan para tratar el reflujo tienen como propósito disminuir la cantidad de ácido producido en el estómago. Hay dos clases de medicamentos los bloqueadores H2, tales como la ranitidina o famotidina y los inhibidores de la bomba de protones (abreviados PPI's en inglés) tales como esomeprazol, omeprazol, lansoprazole, rabeprazol y pantoprazol.

Hable con su médico para mas información.



Referencias

Fundación para la Salud Digestiva y Nutrición de los Niños (abreviada CDHNF en inglés)
Sociedad Americana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (abreviada NASPGHAN en inglés)

Nuevas Investigaciones

Terapia Nutricional en Síndrome del Intestino Irritable

Por | **Mirta Ríos, RD, CSP**
Lina M. Felípez, MD, FAAP
Nicklaus Children's Hospital

El síndrome de intestino irritable (IBS en sus siglas en ingles), es la causa más común de dolor abdominal recurrente en niños. Se define por los criterios de Roma III; son los criterios para diagnosticar desordenes gastrointestinales funcionales.



IBS se caracteriza por dolor abdominal que mejora con defecación, un cambio en la consistencia de la excreta puede alternar entre estreñimiento o diarrea, y en el cual no hay evidencia de inflamación ni ningún problema anatómico que pueda explicar los síntomas en los niños. Se estima que de un 10%-15% de niños y adolescentes pueden sufrir de IBS. Una vez el diagnostico de IBS es hecho por su pediatra o gastroenterólogo pediátrico es importante saber que IBS no es una enfermedad severa ni una que traiga repercusiones en la salud del niño o adolescente. Muchas veces después de saber que nada malo les va a pasar los síntomas mejoran, pero hay otros casos que se necesita utilizar diferentes formas de terapias. Las terapias incluyen el uso de: probióticos especialmente el VSL#3 (un probiótico que contiene 8 diferentes tipos de bacteria), terapia psicológica (hipnoterapia, acupuntura, yoga), medicamentos (aceite de menta, antiespasmódicos, antidiarreicos, antibióticos, antidepresivos) y diversas alteraciones en la dieta.

El tratamiento nutricional para el síndrome del intestino irritable ha variado a lo largo de los años. Recientemente, en el año 1999, el profesor Peter Gibson de la Universidad Monash localizada en Australia, desarrolló un plan de alimentación que disminuía los carbohidratos fermentables en la dieta. Esta dieta se conoce como "dieta baja en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables" (Low FODMAP). En la dieta se parte de la premisa de que estos carbohidratos son difíciles de absorber y por esta razón pueden desencadenar síntomas en los pacientes con IBS, tales como hinchazón, constipación y diarrea.

Al hablar de oligosacáridos, nos referimos a los carbohidratos de cadena corta, generalmente constituidos por la unión de 2 a 10 monosacáridos. Algunos ejemplos de esto son las legumbres, cebollas, espárragos y otros alimentos de origen vegetal. Los disacáridos son aquellos conformados por dos monosacáridos, que son los azucares simples o la unidad más sencilla de los carbohidratos tal como la fructosa, glucosa y galactosa. De igual manera, al utilizar la palabra polioles, nos referimos a moléculas de alcohol con varios grupos hidroxilos utilizadas altamente en la industria alimentaria para la fabricación de edulcorantes.

Una de las directrices más importantes a la hora de seguir una dieta baja en FODMAP es estar bajo la supervisión de una dietista especializada en este tipo de intervención. Esta dieta es una terapia nutricional intensiva que se basa en un proceso de eliminación y reintroducción de alimentos para lograr identificar aquellos que desencadenan los síntomas digestivos. Generalmente su duración es de 2 a 6 semanas, aunque la mayoría de las personas la completan en cuatro semanas.

Aunque hay escaza evidencia que apoye la utlización de esta dieta en adultos para pacientes con síndrome de intestino irritable (1), existen estudios que apoyan el uso de la dieta en niños con IBS. Uno de estos estudios, concluye que después de tratar 33 niños con la dieta baja en FODMAP los síntomas gastrointestinales disminuyeron significativamente que cuando consumían una dieta típica. Además se encontró que aquellos niños que respondieron positivamente a la dieta parecían tener una composición microbiana diferente que aquellos que no respondieron de manera efectiva al tratamiento nutricional (2).

A manera de ejemplo, estos son algunos de los alimentos que se permiten y se limitan cuando una persona se encuentra bajo este plan de alimentación:



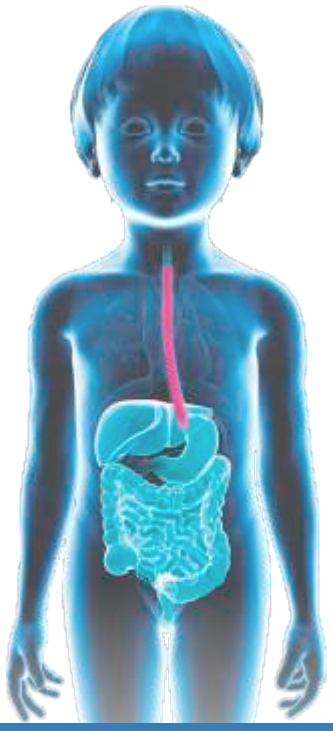
De igual manera se reitera la importancia de estar bajo el asesoramiento de un dietista especializado en la dieta FODMAP ya que es una intervención que requiere un delicado control para lograr un resultado exitoso.

GRUPOS DE ALIMENTOS	ALIMENTOS PERMITIDOS	ALIMENTOS A LIMITAR
Carne, Pavo, Pollo, Pescado y Huevos	Carne, pollo, cordero, cochino, pavo, atún en lata, pescados, crustáceos, huevos, clara de huevo	Alimentos hechos con salsa de frutas o que contengan sirope de maíz.
Lácteos	Leche sin lactosa, Pequeñas cantidades de: queso crema, quesos duros (cheddar, parmesano), mozzarella.	Leche, Suero de Leche, leche achocolatada (vaca, oveja o cabra), leche condensada, leche evaporada, Quesos suaves (cottage, brie), Helado, Cremas batidas, Yogurt.
Alternativas a los Lácteos y carnes	Leche de almendra, leche de arroz, helado, nueces, mantequilla de nueces, semillas.	Leche de coco, Crema de coco, Caraotas y productos a base de Soya, Humus, lentejas, Pistachos.
Granos	Granos y harinas libres de trigo, bagels, panes, cereales calientes/fríos (corn flakes, cheerios), avena, galletas, noodles, pastas, quínoa, panquecas.	Inulina, Granos que contenga sirope de maíz o hechos a base de trigo, Harina de trigo, Tortillas de maíz o centeno.
Frutas	Cambur, uvas, kiwi, limón, parchita, lima, piña, melón, toronja, mandarina, naranja, quinoto.	Aguacate, manzana, dátiles, frutas en lata, cerezas, frutas secas, higos, guayaba, mando, pera, papaya, durazno, ciruela, patilla.
Vegetales	Brote de bambú, ají dulce, col china, pepino, zanahoria, maíz, lechuga, apio, berenjena, vegetales de hoja verde, papas, tomates, calabacín.	Alcachofa, espárragos, remolacha, ajo porro, brócoli, coles de Bruselas, repollo, coliflor, hinojo, frijoles, hongos, calabaza.
Postres	Cualquier postre que contenga los alimentos permitidos	Cualquier postre que contenga sirope de maíz o algún alimento a evitar.
Bebidas	Jugos de frutas/vegetales con bajo contenido FODMAP (limitar a ½ taza), café, te.	Cualquier bebida que contenga sirope de maíz o algún alimento a evitar.
Condimentos	Mayoría de especies y hierbas, caldo hecho en casa, mantequilla, margarina, mayonesa, cebollín, linaza, aceite saborizado de ajo, ajo en polvo, cebolla en polvo, aceite de oliva, pimienta, sal, azúcar, sirope de maple (libre de sirope de maíz), mostaza, vinagre, vinagre balsámico, salsa de soya, salsa marinara (pequeñas cantidades).	• Sirope de Maíz, agave, chutneys, coco, ajo, miel, mermelada, gelatina, melaza, cebolla, pepinillo, salsas para ensaladas/frutas con alto contenido de FODMAP • Edulcorantes artificiales: sorbitol, manitol, xilitol (jarabe para la tos, goma de mascar, mentas)

Gracias a Victoria Figallo estudiante de Nutrición Universidad Internacional de la Florida por su ayuda en la traducción del manuscrito.

Referencias

1 Irritable Bowel Syndrome: Little Evidence for FODMAP Diet. Medscape. Aug 14. 2015
2 B. P. Chumpitazi, J. L. Cope, e. b. Hollister et al. Randomised clinical trial: gut microbiome biomarkers are associated with clinical response to a low FOSMAP diet in children with the irritable bowel syndrome. Alimentary Pharmacology and Therapeutics. 2015; 42: 418-427.
3 R. H de Roest, B. R. Dobbs, B. A. Chapman et al. The low FODMAP Diet Improves Gastrointestinal Symptoms in Patients with Irritable Bowel Syndrome. Int J Clin Pract. 2013; 67(9): 895-903.



Esofagitis Eosinofílica

Por | **Dra. Rosalyn Díaz Crescioni**
Gastroenteróloga Pediátrica

Fotos por:
Dra. Rosalyn Díaz Crescioni

Esofagitis eosinofílica (EoE) es una de las enfermedades "de moda" en gastroenterología pediátrica. Es una condición crónica alérgica/inmunológica que se caracteriza por una inflamación exclusiva del esófago, la cual es provocada por un tipo específico de células blancas, el eosinófilo.

Detectar EoE en muchas ocasiones representa un problema ya que muchos de los síntomas iniciales son similares a aquellos de reflujo gastroesofágico (GERD). Aunque GERD puede coexistir con EoE, los síntomas y las características patológicas intrínsecas a EoE no responden al tratamiento de supresión de ácido. Mientras que otros trastornos tales como enfermedad parasitaria, Candida y la enfermedad de Crohn podrían potencialmente causar una eosinofilia esofágica, EoE es la causa más común de eosinofilia esofágica intensa.

EoE puede presentar a cualquier edad pero los síntomas usualmente varían por edad. Los infantes y niños pequeños presentan con intolerancia alimentaria o falla en crecimiento. Los niños en edad escolar pueden tener dolor abdominal recurrente, dificultad para tragar, o vómitos. Por otro lado, los adolescentes y adultos usualmente presentan con dificultad /dolor para tragar, ahogamiento o impactación de alimentos. La incidencia se estima es de 1 en 10,000 niños y es más común en varones. El historial debe incluir detalles de patrones de alimentación como problemas para masticar o tragar, mecanismos compensatorios como picar la comida bien pequeña o tomar mucha agua con la comida, evitar ciertas comidas como carnes o tomarse mucho tiempo comiendo. 50-80% de los pacientes de EoE tienen algún desorden de tipo alérgico y 15-40% tiene alergias a comidas mediadas por IgE.

En ocasiones en los pacientes con EoE podemos ver eosinofilia periferal en el CBC, elevación de IgE, o pruebas positivas en piel que demuestran alergias ambientales y/o a comidas. El alimento más comúnmente identificado como alérgeno es la leche, además del huevo, soya, maní, pollo, trigo, carne de res, guisantes verdes, maíz, papa y arroz. También, se pueden realizar pruebas de parcho donde se identifican alimentos similares pero estas pruebas no están estandarizadas. En pacientes con síntomas de disfagia, se debe obtener un estudio radiológico de contraste para descartar una estrechez del esófago. Sin embargo, actualmente la única manera de diagnosticar EoE es mediante endoscopía y biopsias. Para poder distinguir EoE de GERD la endoscopía se debe realizar después de 6-8 semanas de tratamiento con altas dósis de inhibidores de bomba de potasio ya que los eosinófilos presentes debido a esofagitis de reflujo desaparecen en los pacientes de GERD luego de tratamiento agresivo pero no en los de EoE.

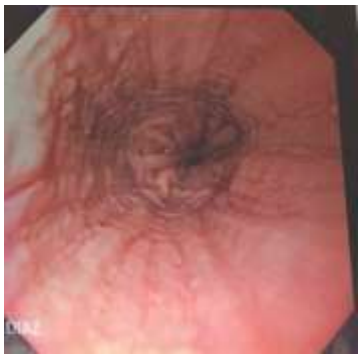
En la endoscopía los hallazgos más sugestivos de EoE son la presencia de un exudado o placas blancas (micro absceso eosinofílico), estrechez, apariencia de anillos o traquealización del esófago y ranuras a lo largo del esófago. El gastroenterólogo debe obtener por lo menos 5 biopsias del esófago proximal a distal las cuales deben demostrar por lo menos 15 eosinófilos por campo de alta resolución (eos/hpf). Las biopsias de la mucosa del estómago y duodeno tienen que estar normales.

Los objetivos del tratamiento de EoE son mejorar cambios histológicos y la calidad de vida del paciente, reducir síntomas y prevenir complicaciones como impactación de comida o estrechez del esófago. Actualmente el tratamiento está compuesto por manejo de dieta y medicamentos. Si se identifican alimentos potencialmente alergénicos mediante pruebas de piel, el tratamiento podría comenzar con eliminación dirigida de esos alimentos. También, se puede comenzar con la dieta de eliminación empírica de 6 alimentos basada en los alimentos que conocemos que son los alérgenos más comunes (leche, trigo, soya, huevo, maní y pescado) y monitorear respuesta clínica e incluso histológica. En ocasiones el paciente necesita tratamiento farmacológico que, a pesar de no tener aprobación de la FDA para tratamiento de EoE, se ha visto mejoran los síntomas y reducen número de eosinófilos en el esófago. Los inhibidores de la bomba de potasio no funcionan para EoE pero hay pacientes que tienen GERD además de EoE y ellos sí se benefician de tratamiento de supresión de ácido.

Los glucocorticoides son los medicamentos anti-inflamatorios más efectivos para los pacientes de EoE. Se utilizan las bombas de esteroides inhalados o las ampolletas de esteroides utilizadas para terapias respiratorias pero el paciente se los traga. Los esteroides orales, debido a su espectro de efectos secundarios, se reservan para pacientes con síntomas severos de estrechez o impactación de alimentos. Se conoce que los esteroides sólo ayudan mientras los esté recibiendo el paciente



Exudado o placas blancas en esófago de paciente con EoE



"Furrowing" o ranuras en esófago de paciente con EoE



Impactación de carne en adolescente con estrechez en esófago debido a EoE

ya que al momento que se descontinúan, la inflamación regresa. Aquellos pacientes que tienen estrechez del esófago que no responden a tratamiento de dieta y farmacológico, podrían necesitar dilatación del esófago. En muchas ocasiones se realizan endoscopías seriadas para ver la respuesta histológica al tratamiento.

Esofagitis eosinofílica es una condición compleja que requiere intervención multidisciplinaria incluyendo al pediatra, gastroenterólogo pediátrico, alergista y nutricionista. El pediatra es la persona clave que reconoce que ese niño que está tratando por síntomas de reflujo gastroesofágico, y padece también de asma, no está respondiendo a tratamiento usual y decide referirlo al gastroenterólogo, quien decide realizar una endoscopía luego de que el paciente reciba tratamiento por 6-8 semanas con altas dosis de inhibidor de bomba de potasio. Luego que se confirma el diagnóstico de EoE, el paciente es referido a un alergista quien realiza pruebas de piel y ayuda en la toma de decisiones de tratamiento incluyendo restricciones en la dieta y/o fármacos. Un especialista en nutrición es de suma importancia ya que éstos pacientes están a riesgo de desarrollar deficiencias nutricionales asociadas a las restricciones establecidas en la dieta.

Es importante la colaboración entre profesionales de la salud y la familia. Recibir el diagnóstico de esofagitis eosinofílica puede ser abrumador en un inicio por lo cual las familias se podrían beneficiar de participar en grupos de apoyo y de leer información de lugares confiables. Para ésto pueden visitar sitios de internet como "American Partnership for Eosinophilic Disorders" (APFED) o "GIKids.org" donde encuentran información en español.

En la endoscopía los hallazgos más sugestivos de EoE son la presencia de un exudado o placas blancas (micro absceso eosinofílico), estrechez, apariencia de anillos o traquealización del esófago y ranuras a lo largo del esófago. El gastroenterólogo debe obtener por lo menos 5 biopsias del esófago proximal a distal las cuales deben demostrar por lo menos 15 eosinófilos por campo de alta resolución (eos/hpf). Las biopsias de la mucosa del estómago y duodeno tienen que estar normales.

Los objetivos del tratamiento de EoE son mejorar cambios histológicos y la calidad de vida del paciente, reducir síntomas y prevenir complicaciones como impactación de comida o estrechez del esófago. Actualmente el tratamiento está compuesto por manejo de dieta y medicamentos. Si se identifican alimentos potencialmente alergénicos mediante pruebas de piel, el tratamiento podría comenzar con eliminación dirigida de esos alimentos. También, se puede comenzar con la dieta de eliminación empírica de 6 alimentos basada en los alimentos que conocemos que son los alérgenos más comunes (leche, trigo, soya, huevo, maní y pescado) y monitorear respuesta clínica e incluso histológica.

En ocasiones el paciente necesita tratamiento farmacológico que, a pesar de no tener aprobación de la FDA para tratamiento de EoE, se ha visto mejoran los síntomas y reducen número de eosinófilos en el esófago. Los inhibidores de la bomba de potasio no funcionan para EoE pero hay pacientes que tienen GERD además de EoE y ellos sí se benefician de tratamiento de supresión de ácido. Los glucocorticoides son los medicamentos anti-inflamatorios más efectivos para los pacientes de EoE. Se utilizan las bombas de esteroides inhalados o las ampolletas de esteroides utilizadas para terapias respiratorias pero el paciente se los traga. Los esteroides orales, debido a su espectro de efectos secundarios, se reservan para pacientes con síntomas severos de estrechez o impactación de alimentos. Se conoce que los esteroides sólo ayudan mientras los esté recibiendo el paciente ya que al momento que se descontinúan, la inflamación regresa. Aquellos pacientes que tienen estrechez del esófago que no responden a tratamiento de dieta y farmacológico, podrían necesitar dilatación del esófago. En muchas ocasiones se realizan endoscopías seriadas para ver la respuesta histológica al tratamiento.

EoE puede presentar a cualquier edad pero los síntomas usualmente varían por edad.

- **Los infantes y niños pequeños** presentan con intolerancia alimentaria o falla en crecimiento.
- **Los niños en edad escolar** pueden tener dolor abdominal recurrente, dificultad para tragar, o vómitos.
- **Los adolescentes y adultos** usualmente presentan con dificultad /dolor para tragar, ahogamiento o impactación de alimentos.

Esofagitis eosinofílica es una condición compleja que requiere intervención multidisciplinaria incluyendo al pediatra, gastroenterólogo pediátrico, alergista y nutricionista. El pediatra es la persona clave que reconoce que ese niño que está tratando por síntomas de reflujo gastroesofágico, y padece también de asma, no está respondiendo a tratamiento usual y decide referirlo al gastroenterólogo, quien decide realizar una endoscopía luego de que el paciente reciba tratamiento por 6-8 semanas con altas dosis de inhibidor de bomba de potasio. Luego que se confirma el diagnóstico de EoE, el paciente es referido a un alergista quien realiza pruebas de piel y ayuda en la toma de decisiones de tratamiento incluyendo restricciones en la dieta y/o fármacos. Un especialista en nutrición es de suma importancia ya que éstos pacientes están a riesgo de desarrollar deficiencias nutricionales asociadas a las restricciones establecidas en la dieta.

Es importante la colaboración entre profesionales de la salud y la familia. Recibir el diagnóstico de esofagitis eosinofílica puede ser abrumador en un inicio por lo cual las familias se podrían beneficiar de participar en grupos de apoyo y de leer información de lugares confiables. Para esto pueden visitar sitios de internet como "American Partnership for Eosinophilic Disorders" (APFED) o GIKids.org donde encuentran información en español.

DIRECTORIO de ESPECI
SUBESPECIALISTAS PED
PUERTO RICO CHI

PUERTO RICO CHILDREN'S HOSPITAL

ALERGISTA PEDIÁTRICA
Dra. Iona Malinow (787) 474-8282 Ext. 4811

ANESTESIOLOGÍA
(787) 620-8181 Ext. 3022
Dra. Irma M. Vargas Ramos
Dra. José Carrera Barrios
Dra. Rosa Frasqueri

CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA
Dr. Rubén Díaz Rodríguez (787) 798-0750
Dr. Samuel Vélez Figueroa (787) 780-5627

CIRUGÍA
Dr. Antonio Nazario Tossas
Dr. Ariel Bermúdez Rivera (787) 786-6309
Dr. Juan Martínez Rodríguez (787) 620-2098
Dr. Mario Bernal Pablo (787) 522-5454
Dr. Rafael L. Torrellas Ruiz (787) 787-3535

CIRUGÍA PEDIÁTRICA
Dr. Víctor Ortiz Justiniano (787) 474-8282 Ext. 4811

CIRUGÍA MAXILOFACIAL
Dr. Johjanniesmagno Griffith (787) 858-5060

DENTISTA PEDIÁTRICO
Dr. Aurelio Ruíz Luciano (787) 787-6738
Dra. Irma Echandy González (787) 883-6446

DERMATOLOGÍA
Dr. Hiram Ruíz Santiago (787) 641-9585

ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA
Dr. Francisco Nieves Rivera (787) 780-8034
Dr. Luis Font Aponte (787) 474-8282 Ext. 4888

GASTROENTEROLOGÍA
Dr. Jorge Cortés Ruíz (787) 778-0632

GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA
Dra. Rosalyn Díaz Crescioni (787) 474-8282 Ext. 4888

GINECOLOGÍA
Dr. Ángel Collazo Bonilla (787) 740-8700
Dr. Eduardo Torres Berrios (787) 785-6766
Dr. Edwin Báez Meléndez (787) 798-0344
Dr. Jesús Seda Ramírez (787) 798-5323
Dr. Luis Rosario Vargas (787) 785-6766
Dra. Mireily Rivera Rosado (787) 955-6292
Dr. Ramón Ramos Monge (787) 786-6124

HEMATOLOGÍA-ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA
(787) 474-8282 Ext. 4811
Dra. Carmen Mejía Carvajal
Dra. Liliana Lojo Sojo

INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA
Dr. Juan Milán Lucca (787) 474-8282 Ext. 4888

INTENSIVISTAS PEDIÁTRICOS
(787) 474-8282
Dr. Eduardo Ochoa Bacallao
Dr. Emilio Báez Rivera
Dr. Héctor Díaz Pinto
Dra. Leila Malavé Félix

MEDICINA NUCLEAR
Dra. María del Mar Machado Mariscal
(787) 620-8181 Ext. 8192

NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
Dra. Mary Molina Guzmán (787) 474-8282 Ext. 4888
Dr. Rafael González Rodríguez (787) 474-8282 Ext. 4811

NEONATOLOGÍA PEDIÁTRICA
(787) 620-8181
Dra. Annette León Rodríguez
Dr. Pedro Serrano Guzmán
Dra. Rebeca Méndez Badia

cuidamos la salud de nuestro futuro.

ALISTAS y
IÁTRICOS del
LDREN'S HOSPITAL

NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA
Dra. Alida Arroyo Berríos (787) 474-8282 Ext. 4888
Dr. Alejandro Mercado Arroyo (787) 780-6034

NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA
Dr. Carlos Laó Vélez (787) 474-8282 Ext. 4888

OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA
Dr. Ricardo Rodríguez Rosa (787) 622-5100

ORTOPEDIA PEDIÁTRICA
Dr. Onix Reyes Martínez (787) 474-8282 Ext. 4811
Dr. Samuel Fernández López (787) 798-7070

OTORRINOLARINGOLOGÍA (ENT)
(787) 785-8981
Dr. Luis E. Valledor Maeso
Dr. José Sánchez Mendiola

OTORRINOLARINGOLOGÍA PEDIÁTRICA
Dr. Héctor García Marrero (787) 785-8981

PATOLOGÍA
(787) 620-8181 Ext. 8025
Dra. Cristina Gómez de Nery
Dr. Eliud López Vélez
Dra. Luz Rodríguez Ramos

PEDIATRAS DEPARTAMENTO DE INTENSIVO (787) 474-8282
Dra. Aileen Rivera Ayala
Dra. Anita Díaz Torres
Dra. Aurea Lamboy De León
Dra. Carmen Prieto Ferrer
Dra. Lissette Maldonado
Dra. Milagros Díaz Burgos

PEDIATRAS ESPECIALISTAS SALA DE EMERGENCIA
(787) 474-8282
Dra. Clara Reyes Díaz
Dra. Elizabeth Zaragoza Díaz
Dr. Juan Arroyo Rosas
Dr. Luis Piñero González
Dra. Marisol Malavé Rodriguez
Dra. Mayra Torrado Feliciano
Dra. Mirta Vázquez Salcido
Dra. Neixa Nazario Dávila
Dra. Roalba Cotto Rodríguez
Dr. Víctor Montañez Ramos

PEDIATRAS HOSPITALISTAS
(787) 474-8282
Dr. Eduardo Sastre Martínez
Dr. José Cantellops Montalvo
Dr. Luis Irizarry Reyes

PEDIATRÍA
Dr. Antonio Vera Arocho (787) 780-8034
Dra. Edith Marrero Vázquez (787) 787-6090
Dr. Jesús Alvelo Santiago (787)786-6025
Dr. Lemuel Melecio Rodríguez (787)785-4356
Dra. María Muñoz San Julian (787) 798-1645
Dr. Rubén Márquez Rodríguez (787) 269-2004
Dra. Aurea Soto Acevedo
Dr. Máximo Ortega Torres

RADIOLOGÍA
(787) 620-8181 Ext. 8160
Dr. Nelson Matos Ruíz
Dr. Ricardo De Jesús

REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
(787) 474-8282 Ext. 4888
Dra. Ana I. Quintero del Río
Dra. Liza Vázquez Cobián

UROLOGÍA
Dr. Rafael Ruíz Quijano (787) 798-7751



CARRETERA #2 BAYAMÓN • AL LADO DEL HOSPITAL HERMANOS MELÉNDEZ • 787 **474.8282**

¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD CELIACA?

Por Carla Pérez, MD
Lina M. Felípez, MD, FAAP
Nicklaus Children's Hospital

La Enfermedad Celíaca es un trastorno autoinmune caracterizado por daño a la mucosa del intestino delgado debido a la ingestión del gluten (proteína del trigo y otros cereales) por personas genéticamente susceptibles. El sistema inmune ataca al intestino delgado y provoca la atrofia de las vellosidades resultando en defectos en la absorción y la utilización de varios nutrientes. Como es una enfermedad autoinmune es asociada con otros desordenes autoinmunes, como la diabetes o problemas de la tiroide. También, está asociada a síndromes genéticos como Síndrome de Down y Síndrome de Turner. Erróneamente se piensa que esta enfermedad es rara, sin embargo, afecta a 1 de 100 personas, aproximadamente 3 millones de niños y adultos en los Estados Unidos. Solamente 3% de personas viviendo con esta enfermedad han sido diagnosticadas.

¿Cómo reconozco si mi hijo u otro miembro de la familia corren el riesgo de desarrollar esta enfermedad?

La Enfermedad Celíaca puede surgir a cualquier edad y presentarse con síntomas muy variables siendo un reto para los médicos diagnosticarlo. En la población joven, los síntomas más comunes son diarrea crónica, retraso en el crecimiento y estatura pequeña. También, se puede manifestar la enfermedad con dolor abdominal, vómito, irritabilidad, estreñimiento, cambios en comportamiento, defectos en el esmalte dental, fatiga, anemia, o infertilidad.

Es importante notar que la Enfermedad Celíaca también puede ser diagnosticada en personas con mínimo o ningún síntoma. El riesgo de desarrollar la enfermedad celíaca aumenta de 4% a 16% si un familiar de primer grado lo tiene. Estas familias deben de ser más vigilantes por síntomas. Otra manifestación de la enfermedad es la Dermatitis Herpetiforme que se caracteriza por las ampollas y picazón en la piel de los codos, las rodillas y los glúteos. Estos pacientes deben de ser evaluados para la Enfermedad Celíaca.



¿Cómo se diagnostica?



Para poder diagnosticar la Enfermedad Celíaca, el paciente tiene que llevar una dieta con gluten, por esta razón no se recomienda eliminar el gluten antes de tener un diagnóstico que lo requiere. En personas que se sospecha la Enfermedad Celíaca, el médico ordena análisis de sangre buscando anticuerpos característicos y un examen genético (por sangre o por muestra bucal).

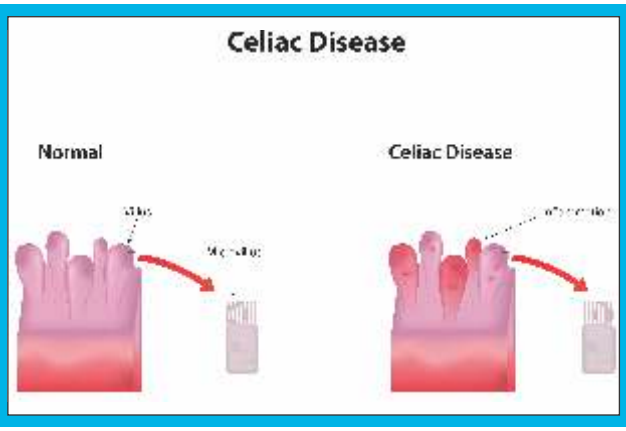
Los genes más importantes son el HLA DQ2 y el HLA DQ8, si estos no se identifican se puede descartar el diagnóstico porque el paciente no puede desarrollar la enfermedad celíaca. Esta prueba de gen no diagnostica la enfermedad, solamente identifica personas que están bajo riesgo. En pacientes con pruebas de anticuerpos (anticuerpos antigliadina, antitransglutaminasa tisular y antiendomisio) positivas, o si aun siendo negativos la sospecha es alta, el diagnostico se confirma a través de una biopsia del intestino delgado mediante endoscopia. Este procedimiento es dirigido por un gastroenterólogo que introduce una sonda flexible por la boca para visualizar y tomar muestras del intestino delgado bajo sedación. La biopsia intestinal es imprescindible para diagnosticar la enfermedad celíaca y determinar el grado de daño del intestino delgado. Una vez que se confirma el diagnostico se recomienda la dieta libre de gluten.

¿Cómo se trata?

El único tratamiento al día de la enfermedad celíaca es la eliminación total del gluten en la dieta. El gluten es una proteína del trigo, cebada, avena, centeno y triticale que provoca una reacción inmune a pacientes predispuestos. Cuando se lleva una dieta libre de gluten, el daño al intestino mejora y los síntomas desaparecen. Comidas frescas como frutas, vegetales, comidas lácteas, carne y pescado son libres de gluten. Cuando la enfermedad se diagnostica en la infancia es más fácil adaptarse a las restricciones dietéticas, en contraste en adolescentes y adultos es mucho más difícil adaptarse a este cambio de estilo de vida. El médico quizás refiera la familia a un nutricionista para ayudar con la transición. Es necesario que padres y pacientes celíacos aprendan a leer etiquetas de comidas y ser muy cuidadosos en comer comida que no se prepara en el hogar. Es importante que aunque pacientes no tengan síntomas no dejen de seguir el tratamiento. La eliminación del gluten previene que el paciente celíaco desarrolle futuro complicaciones como malignidades y una elevada tasa de mortalidad.

¿Qué pasa a largo plazo?

Pacientes celíacos necesitan seguimiento médico para asegurarse que los niveles de anticuerpos mejoran con el tratamiento. Usualmente demora de 6 meses a un año para ver normalización de los niveles. Si los pacientes celíacos no siguen la dieta indicada pueden desarrollar complicaciones como anemia, retraso el crecimiento, osteoporosis, trastornos del sistema nervioso, linfomas intestinales (cáncer del tejido linfático), u otras enfermedades autoinmunes. El riesgo de llegar a tener estas complicaciones se disminuye drásticamente al llevar una dieta sin gluten.



Otros problemas relacionados al gluten.

Hoy en día se usa comúnmente el término intolerancia al gluten para referirse a todas las enfermedades que se asocian con el gluten incluyendo la enfermedad celíaca, la sensibilidad al gluten y la alergia al trigo. La sensibilidad al gluten ocurre cuando el cuerpo reacciona con síntomas físicos al gluten pero no mediante el sistema inmune. La alergia al trigo se detecta cuando el sistema inmune responde a la proteína del trigo, usualmente es una reacción temporal y no se asocia con complicaciones a largo plazo. Hay varios diagnósticos que exigen una dieta sin gluten y esto puede confundir a los pacientes. Es sumamente importante consultar un profesional de la salud antes de eliminar el gluten de su dieta.

Referencias
http://americanceliac.org
ww.cureceliacdisease.org
http://www.celíacos.org/enfermedad-celíaca.html

¡Vacunas!

Desarrollado por Pfizer



Ayuda a protegerlos preguntándole al pediatra de tu hijo sobre la importancia de la vacunación. Si tu plan médico no cubre vacunas*, tienes cubierta limitada de vacunas*, o no tienes plan médico*, hay alrededor de 70 centros de vacunación disponibles.

Visita www.dondevacunaramihijo.com para conocer el centro más cercano y apropiado para tu hijo. Recuerda seguir el itinerario de vacunación recomendado por el Departamento de Salud.

Descarga nuestra aplicación:
Vacunas para mi hijo

* El paciente debe presentar una certificación del seguro médico mostrando que no cubre vacunas (Carta de Exclusión de Cubierta). PSP692806-05 © 2014 Pfizer Inc. Todos los derechos reservados. Noviembre de 2014



Mi hijo se evacua encima, ¿qué debo hacer?

Por **Wihelma Echevarría Cortés, MD**
Gastroenteróloga Pediátrica
Certificada por el ABP en Pediatría y Gastroenterología Pediátrica
Secretaria AGHPPR
Nicklaus Children's Hospital

Adaptado de www.naspghan.org y www.gikids.org

¿Qué son estreñimiento y manchado fecal?

El estreñimiento es una de las razones principales para visitar a un Gastroenterólogo Pediátrico. El término tiene muchas definiciones, pero las más comúnmente utilizadas son:

1. Disminución en la frecuencia de las evacuaciones intestinales
2. Dolor al momento de evacuar.

Los niños entre 1 y 4 años de edad tienen típicamente una evacuación intestinal 1-2 veces por día y más del 90% de ellos tiene por lo menos una cada tercer día.

Un grupo significativo de niños estreñidos también padece de encopresis (manchado fecal). Encopresis se refiere a la incontinencia fecal no debida a ninguna enfermedad particular. Usualmente ocurre cuando el niño ha retenido la excreta dentro del recto (última parte del intestino) por mucho tiempo y esto causa que ésta se escape hacia la ropa interior del niño.

¿Juega la conducta una parte en el estreñimiento y el manchado fecal?

El niño con episodios de manchado fecal no debe ser castigado por estos accidentes, pues realmente no siente cuando ocurren. Los niños con estreñimiento pueden también mojar la cama por la noche o el día, lo que se llama enuresis. Ellos se avergüenzan por los accidentes y porque sienten que han defraudado a sus padres. Además, temen a ser ridiculizados por sus amigos y compañeros de clases. Su rendimiento escolar puede sufrir, y el niño puede enfadarse, tornarse retraído, ansioso y deprimido, a menudo como resultado de las burlas y los sentimientos de humillación.

¿Cómo se tratan el estreñimiento y el manchado fecal?

El tratamiento del estreñimiento y el manchado fecal es un proceso de tres pasos que puede tomar varios meses o hasta años para resolverse por completo.

Paso 1

La limpieza inicial retira las heces impactadas del colon. Hay muchas maneras de lograr la limpieza inicial. Su doctor discutirán el mejor plan con Ud. y su niño.

Paso 2

La terapia de mantenimiento previene la acumulación de excreta en el colon, manteniendo las heces suaves, acabando así con la conducta de retención y permitiendo que el colon regrese a su forma y tono muscular normales. Muchas de los medicamentos usados en la limpieza también se usan en el mantenimiento, solo que en dosis más bajas. Su médico subirá o bajará la dosis para obtener una a dos evacuaciones suaves y formadas diariamente.

Durante este paso, es importante estimular al niño a que establezca un patrón regular de sentarse en el inodoro a evacuar. Este debe ser animado a sentarse por cinco minutos e intentar evacuar, quince a treinta minutos después de la comida o merienda.

Paso 3

La consejería y las modificaciones de la conducta pueden ayudar a los niños que están avergonzados o se sienten "malos" debido al manchado. Un consejero puede ayudar a estructurar el plan de tratamiento y puede ayudar al niño a cooperar con el régimen acordado.

Recomendaciones para el "entrenamiento" del intestino:

- Después de las comidas, sobre todo después del desayuno, es el mejor momento para este "entrenamiento" o para "sentarse", porque un estómago lleno hace que la mayoría de las personas sienta la necesidad de evacuar.
- Después de un baño caliente puede también ser un buen momento para intentar una evacuación.
- Ponga una caja o banco bajo los pies de los niños más pequeños para elevar sus rodillas sobre sus caderas y facilitarles el pujar.
- Los niños muy pequeños pueden sentirse más seguros si se sientan de espaldas en el inodoro o usan un inodoro pequeño de entrenamiento.

Otras recomendaciones

- Aumente la ingesta de fibra animando que el niño coma granos enteros, frutas, verduras, frutas y ensaladas.
- Aumente los líquidos en la dieta, sobretodo el agua.
- Aumente la actividad física. El ejercicio ayuda al movimiento del colon.
- Es importante animar al niño más grandecito a que se haga responsable de sus propias acciones. Tener un calendario para anotar las dosis y las "sentadas" puede ayudar a mantener control.
- Se pueden desarrollar modificaciones en la conducta o sistemas de recompensa que animen en el niño hábitos apropiados de uso del inodoro.



¡Éxito!

¡El estreñimiento y el manchado fecal son curables! Los niños que siguen el plan de tratamiento podrán controlar sus evacuaciones. Puede tomar varios meses o más tiempo para que la función del intestino se normalice, y muchos niños pueden beneficiarse de la medicación a largo plazo. Las recaídas no son raras. Repetir la limpieza inicial, seguida de terapia de mantenimiento, devolverán el control.

¿Y si mi hijo no responde al tratamiento?

Algunos niños continuarán teniendo estreñimiento a pesar de todas estas medidas. Algunas otras enfermedades tienen síntomas similares al estreñimiento y al manchado fecal, pero son menos comunes. Si un niño no responde al tratamiento como se espera, este debe ser evaluado por un Gastroenterólogo Pediátrico, quien decidirá cuáles pruebas realizar.



¿Qué es la Enfermedad Inflamatoria del Intestino?

Por **Lina M. Felipez MD, FAAP**
Annette L. Medina MD
Nicklaus Children's Hospital

La enfermedad inflamatoria del intestino (EII) es una inflamación del intestino crónica, la cual no es causada por infecciones u otras causas identificables. Hay dos tipos principales de EII: la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn.

Se estima que alrededor de un millón y medio de habitantes de los Estados Unidos de Norteamérica sufren de EII. La mayor incidencia de la enfermedad se encuentra en la edad pediátrica siendo los adolescentes y adultos jóvenes los más afectados. La mayoría de los casos de colitis ulcerosa se diagnostican entre los 15 y 25 años de edad.

Colitis Ulcerosa

La colitis ulcerosa afecta en la mayoría de los casos el revestimiento o la mucosa del colon (intestino grueso). La inflamación intestinal se inicia en el área del recto y se extiende de forma continua en el colon. La inflamación se localiza en la mucosa superficial. La mayoría de los niños y jóvenes diagnosticados tienen pancolitis, que significa que el colon entero está afectado desde el recto hasta la última parte llamada el ciego.

Crohn

La enfermedad de Crohn puede afectar cualquier parte del tracto gastrointestinal desde la boca hasta el ano. Además, puede irritar no solamente la mucosa de los intestinos, sino también las capas más profundas. El área más comúnmente afectada en niños es el íleo-terminal que es la última porción del intestino delgado. Los niños con Crohn, también pueden tener enfermedad perianales en las cuales presentan con fistulas/tractos y abscesos al igual que estrecheces en el intestino debido a la misma inflamación.

¿Qué causa la Enfermedad In amatoria de Intestino?

Un punto importante es saber que nada que usted hizo le causo la enfermedad inflamatoria del intestino a su hijo (a). Nadie lo contagio. No fue nada de lo que su hijo (a) comió o bebió. Lo que se piensa es que la persona hereda uno o más genes que lo hacen susceptible a la EII. Entonces ocurre algo en el ambiente que ocasiona que el sistema inmune responda de forma anormal. Esto hace que el sistema inmune de la persona se agudice, activando la cascada de inflamación atacando e inflamando el tracto gastrointestinal.

La mayoría de los expertos en el área de EII piensan que es una enfermedad multifactorial. Esto quiere decir que se necesitan múltiples factores trabajando en conjunto para dar a lugar a la enfermedad.

Los cuatro factores principales son:

1

Ambiente

Se sabe que los países desarrollados tienen mayor incidencia que los países no desarrollados. En Puerto Rico se piensa que la incidencia es de media a alta. Se sabe qué factores como el uso de tabaco aumenta el riesgo de desarrollar la enfermedad de Crohn.

2

Susceptibilidad Genética

Los investigadores han descubierto que la enfermedad inflamatoria del intestino tiende a correr en familias. De hecho el riesgo de desarrollar EII es entre el 6% al 22.5 % para parientes de primer grado de una persona afectada. Se sabe que claramente los genes tienen un papel importante, pero aún no se ha identificado un patrón hereditario. Eso quiere decir que actualmente no hay manera de predecir si la EII puede surgir en algún miembro de la familia

3

Una **reacción inapropiada** del sistema inmunológico del cuerpo

4

Microbiota (balance inapropiado de la flora intestinal)

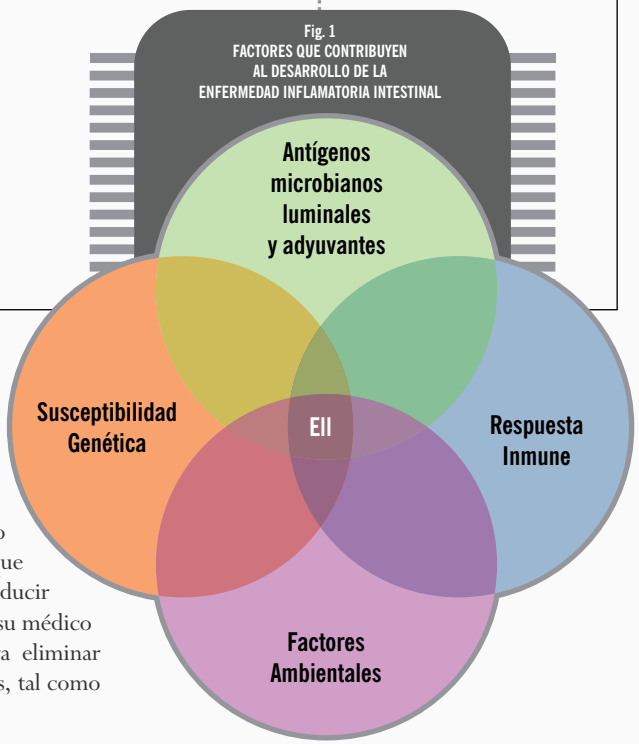


Fig. 1
FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Signos y Síntomas

Los síntomas más comunes incluyen dolor abdominal, cólicos, diarrea, estreñimiento y a veces la sensación de evacuación incompleta. Otros síntomas incluyen: pérdida de peso, pérdida de apetito, fatiga o debilidad y fiebre. La inflamación puede presentar síntomas fuera del intestino. El más importante en la edad pediátrica siendo la deficiencia en el crecimiento, este pudiendo ser el primer síntoma de la enfermedad, por eso es tan importante las visitas de rutina con el pediatra para saber que el crecimiento es adecuado.

Un tercio de los pacientes puedes tener manifestaciones extra intestinales que incluyen inflamación fuera del tracto gastrointestinal estas pueden ser en: la piel, los ojos, el hígado y las articulaciones.

Diagnóstico

El primer paso es tomar un historial médico detallado del paciente y la familia, incluyendo información completa de los síntomas. También, se lleva a cabo un examen físico completo. Ya que otras enfermedades pueden producir los mismos síntomas que la EII, su médico va a realizar varios análisis para eliminar otras posibles causas de síntomas, tal como infecciones.

- CBC, marcadores inflamatorios (ESR, CRP), y un panel metabólico
- Cultivos de materia fecal para descartar infección
- Calprotectina fecal (marcador de inflamación intestinal) y análisis de las heces para ver si hay sangre
- Endoscopia /Colonoscopia con biopsias para evaluar y analizar la mucosa gastrointestinal
- Resonancias magnéticas del intestino o topografías (CT abdomen)

Síntomas

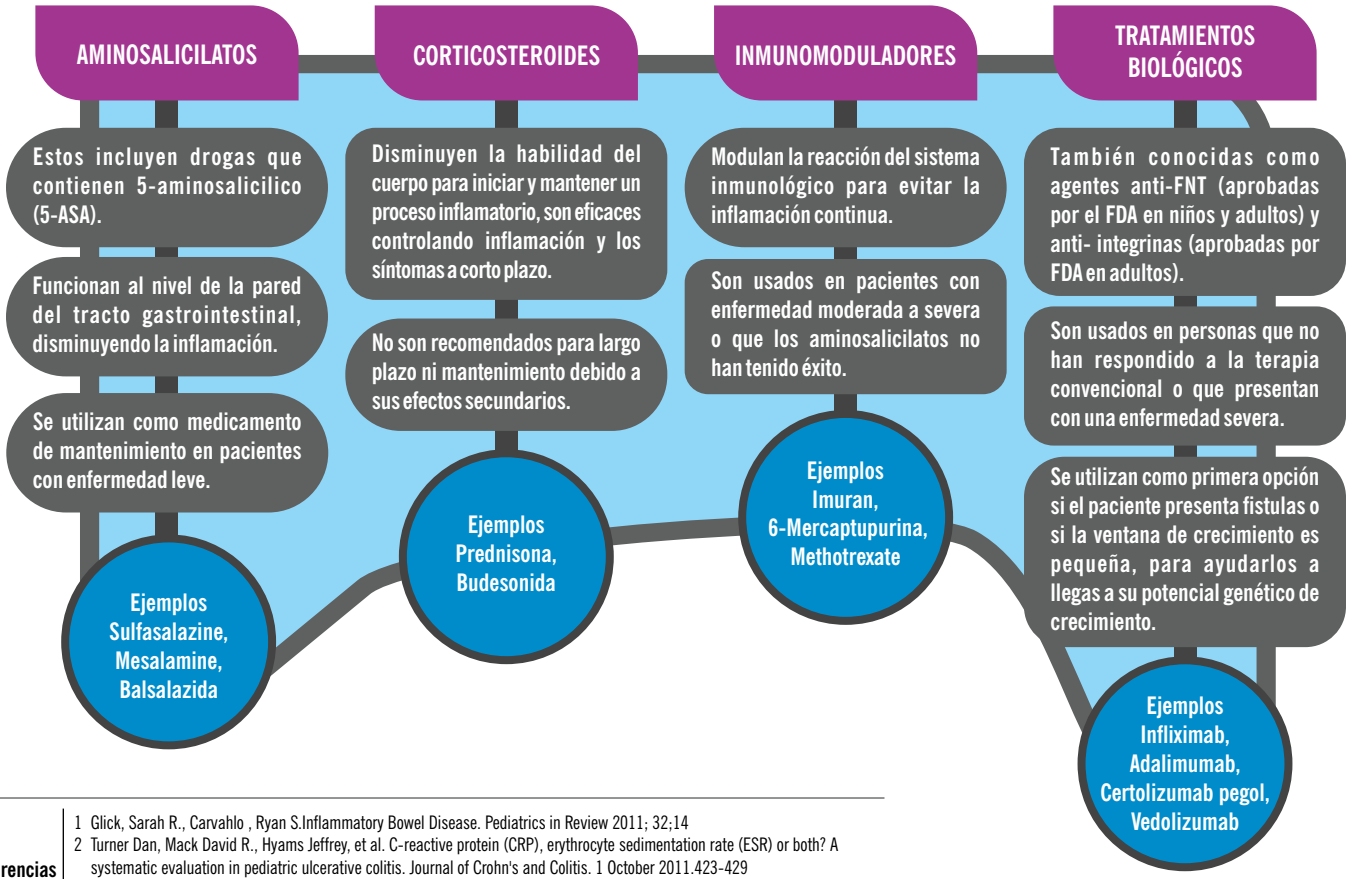
- DOLOR ABDOMINAL
- CÓLICOS
- DIARREA
- ESTREÑIMIENTO
- SENSACIÓN DE EVACUACIÓN INCOMPLETA
- PÉRDIDA DE PESO
- PÉRDIDA DE APETITO
- FATIGA O DEBILIDAD
- FIEBRE

Tratamiento

Los objetivos básicos del tratamiento es reducir o eliminar los síntomas, obtener una remisión (no tener síntomas y tener pruebas de inflamación normales), y una vez lograda es mantener la remisión -haciendo que el paciente tenga una buena calidad de vida.

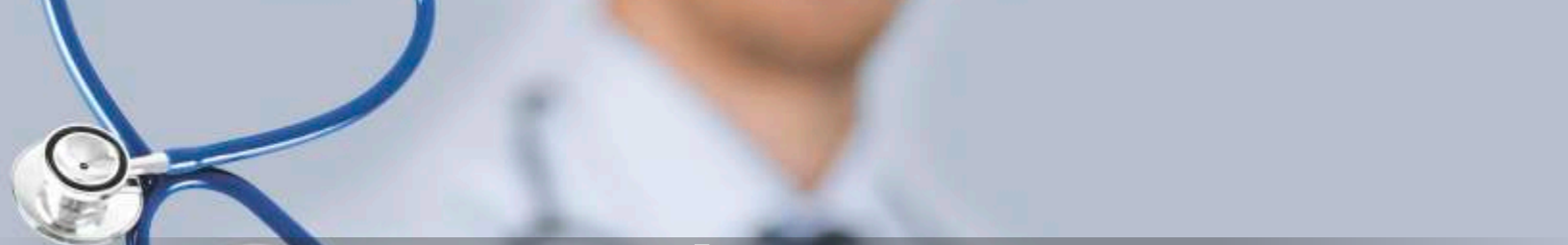
No todos los tratamientos son iguales, cambian dependiendo las necesidades de cada paciente porque la EII es diferente en cada paciente. Es importante recordar que es una enfermedad crónica, lo que significa que puede estar silente por mucho tiempo pero puede ocurrir algo que active la enfermedad y el paciente vuelva a tener síntomas, lo cual se corrige en muchos casos haciendo ajustes en los medicamentos. En otros casos es necesario cirugía ya sea para reparar fistulas, remover áreas de estreches, o un área de intestino que este muy inflamado que no respondió a terapias médicas. Es sumamente importante y más en la población pediátrica que aunque el paciente se sienta bien y sin síntomas continúe tomando los medicamentos como indicado.

Los medicamentos más recetados se encuentran en estas cuatros categorías:



Referencias

1 Glick, Sarah R., Carvahlo , Ryan S.Inflammatory Bowel Disease. Pediatrics in Review 2011; 32;14
2 Turner Dan, Mack David R., Hyams Jeffrey, et al. C-reactive protein (CRP), erythrocyte sedimentation rate (ESR) or both? A systematic evaluation in pediatric ulcerative colitis. Journal of Crohn's and Colitis. 1 October 2011.423-429
3 Cuffari C. Inflammatory bowel disease in children: a pediatrician's perspective. Minerva Pediatr. 2006; 58:139-157
4 Crohns and Colitis Foundation of America



¿Qué es una GASTROSTOMÍA?

Por | **Jorge A Rosario Mulinelli, MD**
Gastroenterólogo Pediátrico
Presidente Asociación de Gastroenterología Pediátrica de PR (AGHPPR)

Un tubo de gastrostomía es un tubo especialmente diseñado a través del cual se puede alimentar a su bebé/niño. Se inserta a través de la piel directamente en el estómago.

¿Por qué necesita mi hijo una gastrostomía?

La razón principal parar qué un niño pueda necesitar una gastrostomía: es el no tragar lo suficiente para poder crecer adecuadamente y poder satisfacer las necesidades nutricionales del niño. El tubo permanece en su lugar hasta que se necesite remplazar o el niño está comiendo lo suficiente que ya no es necesaria la gastrostomía.

¿Qué tipo de tubo de gastrostomía tendrá mi hijo?

Hay una variedad de dispositivos de nivel de la piel (llamados 'botones') en uso y tubos de gastrostomía. El tubo más adecuado será elegido por el médico después de hablar con usted. Todos los tubos están todos hechos de un material blando llamado silicona.

Los tubos pueden dividirse en tres categorías:

- **Percutaneo (GPE)** - Este tipo de tubo se coloca también durante una operación bajo anestesia general, sin embargo, se utiliza un endoscopio flexible telescópico para ayudar a posicionar el tubo. Tendrá una barra transversal o disco para ayudar a evitar que se salga accidentalmente. Estos tubos son más apropiados para el uso a largo plazo y pueden permanecer en el lugar durante muchos meses. Por el momento, su diseño obliga a retirar endoscópicamente, con el niño bajo sedación consiente, cuando necesite el primer cambio. Hay un pequeño número de pacientes que no son capaces de someterse a este procedimiento y requerirá un tubo colocado quirúrgicamente.
- **"Mickey" o tubos a nivel de piel** - Son mucho más cortas que los otros tipos de tubo de gastrostomía y quedar a ras con la piel. Tienen un globo o un extremo en forma de hongo que se encuentra dentro del estómago. Esto evita que caiga. Con el cuidado apropiado, pueden permanecer en el lugar durante muchos meses y a veces se utilizan para remplazar los tubos quirúrgicos o tubos PEG.

Es importante saber

- El tipo y el tamaño del tubo de su hijo/a
- Marca del tubo-g
- Tamaño del tubo-g (medido en Fr)
- Largo del tubo-g (medido en cm)

Cuidado del sitio del tubo-g

Lávese las manos con jabón y agua. Revise el área donde el tubo entra en la piel. Revise si hay enrojecimiento, inflamación, cualquier drenaje o exceso de piel que esté creciendo alrededor del tubo. Puede ser normal que haya una pequeña cantidad de drenaje transparente de tono café. Lave la piel alrededor del tubo con jabón y agua tibia. Limpie alrededor del tubo-g para quitar cualquier drenaje y/o costra. Limpie suavemente alrededor de la sutura. Seque la piel totalmente. Mantenga el sitio limpio y seco. No utilice ungüentos alrededor del sitio del tubo a menos que el médico o enfermera de su hijo/a lo indique.

Limpieza del tubo-g

Limpie el tubo-g de su hijo/a con agua:

- Antes y después de alimentarlo/a con el tubo
- Antes y después de suministrar cualquier medicamento

Suministro de medicamentos

Suministre los medicamentos líquidos directamente en el tubo. Para el suministro de píldoras y capsulas, primero consulte con su médico o farmacéutico antes de pulverizar cualquier medicamento. Pulverice las medicinas hasta hacerlas polvo y mézclelas con suficiente agua para hacer un líquido. Siempre dé un solo medicamento por vez y dé agua entre cada medicamento.

Ventilación del tubo

El tubo de su hijo/a podría ser necesario para quitar aire o líquido extra del estómago de su hijo/a. Su médico o enfermera le indicarán si esto es necesario.

Como proteger el tubo-g

No permita que su hijo/a jale del tubo. Las camisetas de una pieza o con broches son lo mejor para bebés y niños pequeños. Mantenga el tubo seguro debajo de la ropa del/la niño/a.

Como proteger el tubo-g

No permita que su hijo/a jale del tubo. Las camisetas de una pieza o con broches son lo mejor para bebés y niños pequeños. Mantenga el tubo seguro debajo de la ropa del/la niño/a.

Posibles problemas y acciones a seguir

Problemas	Causas	Soluciones
El tubo-g fue halado y se salió	Varias	Cubra con una venda limpia pequeña y coloque cinta. Luego llame al médico o enfermera. Se debe colocar el tubo-g en el lugar lo más pronto posible, dentro del plazo de 1 a 4 horas, para que el tracto no se cierre. Lleve el tubo viejo a la clínica del médico o a la sala de urgencias.
Enrojecimiento e irritación alrededor del estómago, dolor y mal olor.	Podría ser causado por una pérdida o infección.	Continúe con el cuidado de rutina y contacte al médico de su hijo/a. Le podrían recetar una crema de barrera para la piel en este momento.
Pérdida	Malfuncionamiento del tubo	Mantenga la venda limpia y seca. Pruebe ventilar con más frecuencia. Llame al médico o enfermera de su hijo. Es posible que sea necesario cambiar el tubo
Parece que hay un crecimiento excesivo de piel o tejido donde el tubo entra en la piel.	Algunos niños son más propensos a esto que otros	Comuníquese con el médico o enfermera de su hijo/a para discutir el tratamiento.
El tubo-g está obstruido.	Fórmulas o medicamentos espesos.	Trate de insertar agua tibia lentamente dentro del tubo con una jeringa de 10 ml. Repita cada 10-15 minutos. Nunca ponga ningún objeto dentro del tubo para destaparlo. Si no puede destapar el tubo, llame al médico o enfermera de su hijo/a.



PROCEDIMIENTO DE GEP

RECORDATORIO IMPORTANTE:

Esta información se ofrece sólo como una guía general y no como una base definitiva para diagnóstico o tratamiento en ningún caso en particular. Es muy importante que Ud. consulte a su doctor sobre su condición específica.

Problemas Gastrointestinales en la Población Pediátrica:

¿Padres que podemos hacer?

Por | **Lillian Arce, PharmD, RPh**
Nydia Rivera, PharmD Intern



Las afecciones estomacales es cualquier padecimiento que involucra el aparato digestivo causando problemas intestinales como las náuseas, vómitos y diarreas. Siendo estas afecciones comunes en la población pediátrica una de las razones principales por la cual los niños/niñas se ausentan a clases. En el mercado encontramos medicamentos con y sin recetas disponibles para para atender este tipo de condiciones o afecciones en la población Pediátrica.

En los Estados Unidos, la Administración de Drogas y Alimentos (FDA por sus siglas en inglés) es la agencia del gobierno que decide si un medicamento es seguro para ser vendido sin receta médica, esto no quiere decir que esté cien por ciento libre de riesgos. Estos medicamentos para niños/niñas de venta libre que puedan ser comprados fuera del recetario (OTC por sus siglas en inglés) nunca se deben tomar por más tiempo o en dosis más altas que las indicadas en la etiqueta sin antes consultar al médico o farmacéutico. Es muy importante tomar las medicinas correctamente y tener cuidado al dárselas a los niños/as, ya que tomar más no necesariamente es mejor.

Al acudir a la farmacia en busca de un remedio para su hijo/hija es importante consultar al proveedor de la salud como el farmacéutico o el médico ya que ellos le puede recomendar el medicamento para tratar los síntomas o condición que presente el niño/a, además de orientar sobre el uso y manejo correcto de la medicina.

Es importante recalcar que los medicamentos OTC son por un uso temporero limitado y si no ve mejoría en la condición es una señal de que es importante ser evaluado por su médico.

Afecciones más comunes y síntomas

Acidez estomacal

El niño/a puede tener acidez estomacal cuando experimenta sensación de ardor y dolor en el pecho, usualmente ocurre después de ingerir alimentos. La sensación de ardor puede originarse cuando el contenido del estómago o el ácido retroceden del estómago al esófago causando malestar, hipo y eructos. El niño podría presentar dolor abdominal y dificultad para dormir

Tratamientos aceptados para la acidez estomacal son: los bloqueadores de receptores de histamina tipo 2, los antiácidos y los inhibidores de la bomba de protones (IBP). Los bloqueadores de receptores de histamina tipo 2, conocidos también como bloqueadores H2, bloquean la producción de ácido en el estómago dando así un alivio a la condición. También los Inhibidor de la bomba de protones (IBP) bloquean la producción de ácido en el estómago del niño.

Los Antiácidos disminuyen la cantidad de ácido estomacal evitando la irritación del esófago y el estómago del niño. La rapidez en el efecto del medicamento va a depender de la selección apropiada del medicamento.

TABLA 1: COMPARACIÓN DE MEDICAMENTO PARA LA ACIDEZ

Medicamento	Tiempo que tarda en empezar el Efecto	Duración del Efecto
Antiácidos	<5 minutos	20-30 minutos
Bloqueadores H2	30- 45 minutos	4-10 horas
Bloqueadores H2 + Antiácido	<5 minutos	8-10 horas
IBP	2-3 horas	12-24 horas

Náuseas y Vómitos

La náusea es una sensación de malestar o de estómago revuelto junto con una urgencia por vomitar. En los casos de niños con vómitos, evite alimentos sólidos hasta que los vómitos se hayan detenido durante por lo menos seis horas. Luego, vuelva a alimentarse con una dieta normal. Ingiera pequeñas cantidades de líquidos transparentes para evitar la deshidratación. La náusea y los vómitos son comunes. Por lo general, no son serios. Debe consultar a un médico de inmediato si sospecha una intoxicación o si tiene: vómitos durante más de 24 horas, presencia de sangre en el vómito, dolor abdominal severo, dolor de cabeza y rigidez en la nuca y signos de deshidratación, tales como boca seca, frecuencia urinaria escasa y orina oscura.

Diarrea

La diarrea es uno de los problemas de salud digestivos más comunes en los niños causados debido al aumento de los movimientos intestinales. Este es generalmente el resultado de una infección viral y no es una razón para preocuparse. Los síntomas son movimientos intestinales frecuentes o el paso de una gran cantidad de heces. El tratamiento incluye el consumo de una gran cantidad de agua y si la condición empeora, algunos medicamentos prescritos simples. El niño va a defecar más a menudo, pero la situación debe mejorar en 2 o 3 días. En caso de que no mejore debe visitar inmediatamente al médico ya que los niños tienden a deshidratarse rápidamente.

Actualmente, los probióticos han demostrado ser útiles y beneficiosos en el tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en niño/as, en la prevención de la diarrea asociada a antibióticos, en algunas enfermedades inflamatorias intestinales (colitis ulcerosa), en la mejora de los síntomas debidos a la mala digestión de la lactosa y del síndrome del colon irritable, y en la prevención de la enterocolitis necrotizante en recién nacidos pre-término. Pero, ¿cómo actúan los probióticos en el organismo? Las bacterias probióticas sobreviven al paso por el tracto gastrointestinal y se implantan en el colon o en el intestino delgado. Además de ayudar a mejorar la salud, ya que los alimentos probióticos contienen microorganismos vivos que contribuyen al equilibrio de la flora bacteriana intestinal y potencian el sistema inmunológico. Están presentes en los yogures, pero también pueden incorporarse tanto en alimentos como en medicamentos y suplementos dietéticos. Las formas más comunes para la administración de probióticos son los productos lácteos y los alimentos con probióticos añadidos, pero también hay en el mercado comprimidos, cápsulas y sobres que contienen microorganismos en forma liofilizada.

Es bien importante estar pendientes a cualquier cambio que tengan los niños en hábitos de alimenticios o frecuencia de defecar ya que puede ser un indicativo de algún problema gastrointestinal

Estreñimiento

El estreñimiento es otro problema, que puede ser normal o grave absolutamente dependiendo de las causas. Si el estreñimiento se debe a una dieta baja en fibra, puede ser tratada con el consumo de una gran cantidad de agua y una dieta completa de fibra. Si hay demasiado dolor, debe ser objeto de consulta inmediata de un médico, ya que puede ser un signo del síndrome del intestino irritable.

Tabla 2: Tratamientos para cada condición

Condición	Medicamento	Dosis	Frecuencia	Dosis Máxima al Día	Comentarios
Acidez	Zantac (Ranitidine) **Bloqueador H2**	4-8 mg/kg/día (1 mes-16 años) 150mg (>16 años)	Cada 12 horas	300mg/día	Tomar con comida.
	Prevacid (Lasoprazole) **IBP**	<30kg: 15mg >30kg: 30mg	Diario	60mg	No puede ser utilizado en niños que tengan fenilcetonuria. Debe ser tomado 30 minutos antes del desayuno. Las capsulas pueden se abiertas y mezcladas con puré de manzana. Las tabletas que se desintegran en la boca no deben ser partidas ni masticadas
	Children's Pepto Regular **Antiácido**	**1 tableta** (2-5 años) **2 tabletas** (>5-11 años) **2-4 tabletas** (>11 años)	Cuando sienta el malestar	**3 tabletas** (2-5 años) **6 tabletas** (>5-11 años) **10 tabletas** (>11 años)	No puede ser utilizado en niños que tengan fenilcetonuria.
	Maalox **Antiácido**	**10-20mL** (>12 años)	Entre comidas o al acostarse		Para niños mayores de 12 años. Hace el efecto en menos de 5 minutos
Náusea	Emetrol	**5-10mL** (2-12 años) **15-30mL** (>12 años)	Cada 15 minutos hasta que paren los vómitos	50mL	No debe ser utilizado en niños diabéticos. No ingerir alimentos los primeros 15 minutos después de la dosis.
Diarrea	Imodium (Loperamide)	**1mg** (2-5 años, 13-20kg) **2mg** (6-8 años, 21-30kg) **2mg** (9-12 años, >30kg) **4mg** inicialmente, luego 2mg luego de cada diarrea (>12 años)	Tres veces al día (2-5 años, 13-20kg) Dos veces al día (6-8 años, 21-30kg) Tres veces al día (9-12 años, >30kg) Varía según sea necesario (>12 años)	**3mg** (2-5 años, 13-20kg) **4mg** (6-8 años, 21-30kg) **6mg** (9-12 años, >30kg) **16 mg** (>12 años)	No debe ser usado en niños menores de 2 años. Tomar con mucha agua para evitar deshidratación.
Estreñimiento	Fleet Enema (Pingüino)	La mitad del contenido de la enema de **2.25 onzas** (2-4 años) **2.25 onzas** (5-11 años) **4.5 onzas** (>12 años)	Una sola vez	**1.12 onzas** (2-4 años) **2.25 onzas** (5-11 años) **4.5 onzas** (>12 años)	Usar con precaución en niños con fenilcetonuria. Se identifica por que la caja tiene una imagen de un pingüino.
	Mineral Oil	**5-15mL oral** (5-11 años) **30-60mL rectal** (2-11 años)	Diario si es vía oral y una sola dosis si es vía rectal	**15mL** (oral) **60mL** (rectal)	Debe ser evitado en niños menores de 4 años. No se debe utilizar por más de una semana. Si es no emulsificado debe ser administrado al acostarse mientras que si es emulsificado debe ser agitado antes de usarse y administrarse con comida.
	Metamucil (Psyllium)	**7 gramos**	Dos veces al día	**15 gramos**	El polvo debe ser diluido en 8 onzas de agua o jugo. Al abrir el frasco evite inhalar el polvo accidentalmente.

Al utilizar Peptobismol es bien importante utilizar la formulación de niños ya que el ingrediente activo es carbonato de calcio. En cambio en la formulación de adultos el ingrediente activo es ácido acetilsalicílico, el cual su uso en niños está relacionado con el Síndrome de Reye, síndrome que se presenta como un daño cerebral súbito (agudo) y problemas con la actividad hepática que no tienen una causa conocida.

El síndrome de Reye se observa con más frecuencia en niños de 4 a 12 años de edad y se ha presentado en niños a quienes les han dado ácido acetilsalicílico cuando tenían varicela o gripe. Los niños con síndrome de Reye se enferman de forma muy repentina. El síndrome a menudo comienza con vómito que dura muchas horas. El vómito es seguido rápidamente por un comportamiento agresivo. A medida que la afección empeora, el niño puede ser incapaz de permanecer despierto y alerta.

Es bien importante estar pendientes a cualquier cambio que tengan los niños en hábitos de alimenticios o frecuencia de defecar ya que puede ser un indicativo de algún problema gastrointestinal. No todos los problemas gastrointestinales pueden ser atendidos con medicamentos es importante el lavado correcto de las manos, alimentos y utensilios. Tener una dieta balanceada y nutritiva para mejorar los problemas gastrointestinales y del estómago. Cocinar bien los alimentos y hervir el agua en tiempo de lluvias. Si tienes vómitos y diarreas evitar los productos lácteos y sus derivados. Evitar los alimentos chatarras y aumentar el consumo de frutas como la papaya o manzana sin cascara. Importante que consultes al médico del niño/niña durante episodios de vómitos o diarreas o consultar a tu farmacéutico/a para prevenir consecuencias que podrían causar daño a largo plazo.

Referencias

1. www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/overthecountermedicines.html
2. lasaludi.info/problemas-intestinales-en-los-ninos.html
3. www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/nauseaandvomiting.html
4. www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001565.htm
5. www.guiainfantil.com/blog/salud/los-probioticos-para-embarazadas-y-ninos/
6. Lexicomp Drug Reference: Pediatrics and Neonatal Dosage Handbook.



El uso de la marihuana medicinal el "cannabis" es tema de conversación en Puerto Rico y Estados Unidos como alternativa natural y medicinal para tratamiento de enfermedades que están afectando al ser humano.
Lo primero que nos debemos preguntar es:

¿Qué es la Marihuana Medicinal?

Cannabis:
Efecto en el Sistema Nervioso de la Edad Pediátrica

"El cannabis y nuestros niños"

Por **Lillian Arce, Pharm D**
Junitza Ortiz, Pham D Intern

La marihuana medicinal es cualquier parte de la planta que se use para tratar afecciones o problemas de salud. La planta de la marihuana tiene sobre cien químicos llamados cannabinoids, los dos principales siendo el THC (tetrahydrocannabinol) y el CBD (cannabidiol).

El debate al uso y legalización del cannabis han ido en aumento en los últimos años indicando y defendiendo el uso medicinal del "cannabis" para tratar enfermedades que afectan a la población con enfermedades incluye condiciones de salud mental como trastornos de ansiedad, enfermedad cerebral como el Alzheimer, los trastornos neurológico como la migraña, enfermedades infecciosas como la Hepatitis C, la epilepsia siendo este un trastorno cerebral, del tracto digestivo como la enfermedad de Crohn, la anorexia, cáncer, VIH/SIDA, inflamación de las articulaciones como la artritis y artritis reumatoidea, esclerosis múltiple, Parkinson, y fibromialgia que es un trastorno debilitante causante de dolores musculares y fatiga y lesiones en el cordón espinal entre otras.

Sectores a favor y en contra del uso de la planta han establecido sus argumentos para justificar su posición con respecto al tema. Si bien se han documentado casos pediátricos en los cuales derivados del cannabis han sido utilizados para tratar condiciones en donde las opciones de tratamiento disponible no han sido efectivas. También, existe documentación que vincula el uso de la planta con deterioro cognoscitivo irreversible. La alta concentración del compuesto tetrahydrocannabinol (THC) en la marihuana recreativa es lo que la diferencia de la marihuana medicinal. En ésta última existe menor concentración de THC y mayor concentración de cannabidiol (CBD), compuesto con propiedades curativas. Los altos niveles de THC en las personas que utilizan la marihuana recreativa los lleva al estado de psicosis característico del uso de la planta.

A largo plazo el uso de la marihuana recreacional se relaciona con una disminución en el coeficiente intelectual del adolescente, el cual no se re-establece una vez el individuo deja de consumir la marihuana. El efecto a largo plazo que tiene el uso del cannabis durante el desarrollo del individuo es considerado irreversible. La raíz del problema se sitúa en el efecto de los compuestos presentes en el cannabis y como éstos interactúan con el sistema endocanabinoide del ser humano. Este sistema juega un papel importante en el desarrollo neurológico del ser humano desde la edad prenatal incluyendo la niñez y la adolescencia (Harkany T. et al, 2008). Los receptores presentes en éste sistema, mejor conocidos como receptores canabinoides, normalmente se activan por una sustancia endógena conocida como anandamida, la cual es responsable de modular la migración de axones y las proyecciones subcorticales en el cerebro durante el desarrollo temprano, afectando la conectividad sináptica a lo largo de la niñez y la adolescencia. Se considera que alteraciones en etapas críticas de los procesos anteriormente descritos llevan a un deterioro cognoscitivo permanente e irreversible (Schneider M., 2008).

El THC presente en el cannabis, el cual posee propiedades psicoactivas, es considerado uno de los principales responsables de interferir con éste sistema debido a su capacidad de cruzar el cerebro y la placenta. Sin embargo no todo es negativo, también se tiene conocimiento sobre el uso terapéutico de derivados de éste compuesto, los cuales han ofrecido alivio en síntomas presentados por pacientes de cáncer y VIH. Inclusive existen dos fármacos aprobados por la Administración Federal de Alimentos y Drogas (FDA, por sus siglas en inglés) los cuales su uso está principalmente relacionado a tratar náuseas en pacientes de cáncer y disminución del peso en pacientes con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Estos medicamentos se conocen como Marinol (Dronabinol) y Cesamet (Nabilone).

Aunque existe evidencia de que el cannabis puede afectar el desarrollo neurológico del individuo, principalmente altas concentraciones de THC, hay otros compuestos en el cannabis que podrían representar una alternativa de tratamiento para condiciones neurológicas tales como la epilepsia y el autismo. En varios estados de la nación americana en donde se considera legal el uso medicinal del cannabis, se está extrayendo un aceite alto en CBD, el cual ha mostrado efectos terapéuticos positivos y menor efecto en el deterioro cognoscitivo. Sin embargo, se requiere de investigación clínica para determinar con mayor certeza el efecto de éste compuesto en el sistema neurológico. Por ésta razón la Academia Americana de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés) está requiriendo a la Administración para el Control de Drogas (DEA, por sus siglas en inglés) la posibilidad de reclasificar la marihuana de substancia controlada categoría I a substancia controlada categoría II, para hacer posible la investigación clínica de la droga y sus componentes. Esto podría representar un alivio para éstos pacientes que no han logrado controlar su condición con las alternativas de terapia existentes.

El cannabis medicinal representa una posible alternativa para condiciones limitantes y a su vez el cannabis recreacional o marihuana como la llamamos comúnmente es un riesgo para el desarrollo de nuestros niños. La marihuana medicinal alto en CBD es una alternativa para condiciones médicas siempre y cuando sea recetada y utilizada bajo la tutela de un profesional de la salud como lo es su médico. Es por ello que se debe tener cautela para disminuir la probabilidad de que los más pequeños se expongan a los efectos negativos que puede tener la marihuana recreativa en su desarrollo cognoscitivo. Se considera importante orientar a la población para evitar que los niños se expongan a éstas y otras sustancias antes de nacer. También se debe incitar a que los padres se mantengan informados y orienten a sus hijos sobre éste tema para evitar que por desconocimiento se involucren en actividades que puedan afectar su desarrollo como individuo.

Efectos neuro-cognoscitivos

Efectos Positivos	Efectos negativos
Disminución de la ansiedad	Paranoia
Euforia	Ansiedad
Aumento en percepción	Irritabilidad
Aumento en habilidad para socializar	Problemas con memoria a corto plazo
Aumento en apetito	Disminución de la atención y el juicio
Disminución del dolor	Problemas con el balance y la coordinación

Importancia Clínica	Condición
Salud Mental	Ansiedad
Trastornos neurológicos	Migraña Parkinson Epilepsia Alzheimer's
Enfermedades Infecciosas	Hepatitis C VIH/SIDA
Enfermedades gastrointestinales	Enfermedad de Crohn
Tumores malignos	Cáncer
Trastornos musculo-esqueletales	Fibromialgia
Trastornos del sistema nervioso	Esclerosis Múltiple
Inflamación en articulaciones	Artritis y Artritis reumatoide
Daño a médula espinal	Lesiones en cordónespinal
Trastorno alimenticio	Anorexia

Referencias

- Hadland, S., Knight, J., Harris, S. Medical Marijuana: Review of the Science and Implications for Developmental-Behavioral Pediatric Practice. Dev Behav Pediatrics. 2015; 36: 115-123
- Harkany, T., Guzmán, M., Hurd YL. Endocannabinoid functions in neurogenesis, neuronal migration, and specification. Cannabinoids and the Brain. New York, NY: Springer Science + Business Media, LLC; 2008: 237-256
- Rollins, J. Pot for Tots: Children and Medical Marijuana. Pediatric Nurs. 2014; 40(2): 59-60
- Schneider M. Puberty as a highly vulnerable developmental period for the consequences of cannabis exposure. Addict Biol. 2008; 13: 253-263



¿Qué es el trastorno de déficit de atención con hiperactividad?

Por **María E. Davila Carlos, MD, DABPN**
Neurologa Pediatrica
Catedratica Auxiliar de la UPR RCM
Practica Privada en Manati Medical Center

El déficit de atención con hiperactividad es un trastorno neurológico del comportamiento caracterizado por distracción moderada a severa, periodos de atención breve, inquietud motora, inestabilidad emocional y conductas impulsivas. Es una enfermedad muy prevalente que, según estimados, afecta entre un 3% a un 5% de los niños en edad escolar mundialmente. Ocurre más frecuentemente en los niños que en las niñas, habiendo 3 niños afectados por cada niña afectada.

Las causas de este trastorno aun no estan muy claras, pero si se sabe que existe un fuerte componente genético con predisposición familiar. Además, existen pruebas científicas que sugieren una disfunción neurobiológica. Se ha visto que los niños con déficit de atención pueden tener niveles más bajos del neurotransmisor dopamina en regiones críticas del cerebro. Otros estudios sugieren una disminución de la actividad en algunas areas del cerebro donde se manejan funciones de ejecución (como por ejemplo: organización, integración, atención, etc.).

Existen tres tipos de trastornos de déficit de atención con hiperactividad, en el primero predomina la inatención, en el segundo predomina el aspecto hiperactivo-impulsivo y el tercero es una combinación de los anteriores, siendo este ultimo el tipo más comun. En niños de edad escolar los síntomas de inatención afectan las tareas en clase y el rendimiento académico. Los síntomas de hiperactividad e impulsividad pueden manifestarse en problemas de conducta y se pueden reflejar en problemas para aceptar la disciplina escolar y la del hogar.

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) los sintomas deben de persistir durante un mínimo de seis meses. Algunos de los síntomas de hiperactividad, impulsividad o falta de atención deben de estar presentes antes de la edad de 12 años, y estos se deben de obsevar en al menos dos ambitos (p. ej., la escuela y el hogar). Debe de haber una clara evidencia de interferencia con la funcion social o académica y esto debe de ocurrir en ausencia de otros trastornos mentales. El niño debe de presentar 6 síntomas o más de falta de atención y/o 6 síntomas o más de hiperactividad-impulsividad.

Síntomas de falta de atención

- No presta la debida atención a los detalles o comete errores por descuido en las tareas escolares
- No presta atención cuando se le habla directamente
- Tiene dificultad para mantener la concentración en tareas o actividades de juego
- No sigue las instrucciones y no puede terminar las tareas escolares o las de la casa
- Tiene dificultad para organizar tareas y actividades
- Evita, le desagrada o es rehacio a tomar parte en actividades que requieren un esfuerzo mental continuo
- Pierde cosas necesarias para realizar tareas o actividades
- Lo distraen facilmente estimulos externos
- Es olvidadizo con respecto a las actividades diarias

Síntomas de hiperactividad

- Juguetea con las manos o los pies o no para de moverse en el asiento
- Se levanta del asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera permanezca sentado
- Corretea o se trepa a las cosas en situaciones en las que no resulta apropiado
- Casi siempre está “en movimiento” o actua como si estuviera “impulsado por un motor”
- Tiene dificultad para jugar o participar en actividades recreativas tranquilamente
- Habla en exceso

Síntomas de Impulsividad

- Dice abruptamente la respuesta antes de que se complete la pregunta
- Tiene dificultad para esperar su turno
- Interrumpe o molesta a los demás

El diagnóstico se hace basado en los síntomas clinicos ya que no existen examenes diagnósticos definitivos para el trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Se debe de hacer una evaluación completa para descartar otras condiciones que pueden simular el déficit de atención. Se llevan a cabo evaluaciones formales psicológicas y educativas para determinar el cociente intelectual y para descartar un problema específico de aprendizaje que comunmente puede venir acompañado del trastorno de deficit de atención. Generalmente se solicita un electroencefalograma (EEG) para descartar condiciones de epilepsia, como la epilepsia de tipo de ausencia, que pueden presentar con síntomas parecidos a los del déficit de atención. El diagnóstico se hace luego de haber hecho estas evaluaciones y despues de corroborar la información de los síntomas clinicos con el niño, los padres y los maestros. Estos síntomas deben de estar presente de manera excesiva para la edad y para el grado de madurez de desarrollo esperado para el niño, y deben de estar causando impedimento en el funcionamiento social y/o académico.

El tratamiento puede incluir terapia psicológica para modificación de comportamiento y/o terapia farmacológica. La terapia psicológica para modificación de comportamiento puede ser suficiente para casos leves de déficit de atención con hiperactividad, pero ya en casos de mayor severidad se recomienda añadir la terapia farmacológica. De hecho, hay estudios que indican que la terapia farmacológica, especialmente la que conlleva psicoestimulantes, puede ser tan efectiva sola como en combinación con la terapia de modificacion de comportamiento. Ademas de estos tratamientos, en el caso de disfunción académica se hace una serie de recomendaciones a la escuela, como por ejemplo; ubicar al niño cerca de maestra para evitar distraccion, dar instrucciones lo mas simple posible y considerar dar tiempo adicional para completar su trabajo. Tambien se deben de tomar medidas en el hogar y si es necesario se debe de considerar la psicoterapia familiar ya que esta puede ayudar a reducir tensiones en la familia que pueden estar agravando o hasta precipitando el comportamiento de impulsividad y de inquietud en el niño.

En terminos de prognosis, se ha visto que los síntomas de hiperactividad disminuyen en la adolesencia, pero los síntomas de inatención y de impulsividad pueden persistir en la adultez. Estudios de seguimiento a largo plazo han demostrado que entre el 60% y el 75% de los niños con el trastorno de déficit de atención continuan presentando los síntomas hasta la vida adulta, reconociendo la cronicidad de esta condición.

AUTISMO

Por | **Edgardo Solís, MD**
Neurólogo Pediátrico



El autismo es un desorden complejo del neurodesarrollo que afecta de forma variada el desarrollo del habla, el uso social del lenguaje, las respuestas a estímulos externos, y la interacción social. La causa del autismo es desconocida pero se ha encontrado una predisposición genética para esta condición. La falta de sonrisa social, un pobre contacto visual, y una pobre respuesta emocional a sus familiares cercanos son síntomas durante el primer año de vida que podrían apuntar hacia la posibilidad de un desorden de autismo. La falta de desarrollo o regresión del lenguaje. Alrededor de los 18 meses requieren atención de parte de su pediatra. Pasado los 2 años de edad, el niño autista empieza a manifestar pobre respuestas o respuestas exageradas a estímulos visuales, táctiles, auditivos y orales. Este tipo de respuesta puede llevar al niño a presentar conductas repetitivas o rutinas. La falta de juego imaginario

En los primeros años de edad, el niño presenta dificultad para interactuar con sus pares, y el no poder adaptarse a cambios en la rutina diaria son problemas de interacción social que se observan en el niño con autismo. A pesar de estas manifestaciones el autismo tiene diferentes niveles de funcionamiento. Hay niños con inteligencia promedio o sobre el promedio que superan las limitaciones de esta condición; hay otros con niveles intermedio y bajo de funcionamiento, que presentaran mayores limitaciones en su desarrollo.

El diagnóstico del autismo se basa en el historial de desarrollo del niño, y evaluaciones del desarrollo: patología del habla, ocupacional y psicométrica. No hay pruebas médicas que diagnostiquen el autismo. Las pruebas de audición tienen prioridad en el periodo de 1 a 2 años de edad. Otras pruebas médicas se ordenaran según el cuadro clínico del paciente.

El tratamiento consiste en un modelo de intervención temprana para modificar patrones del desarrollo que no son normales. Este modelo envuelve terapias del habla, ocupacional con enfoque sensorial, y psicológica para modificación de conducta. Hay modelos educativos (TEACH, ABA) que integran estas modalidades de tratamiento. Se usan medicamentos para tratar condiciones que se asocian con el autismo: desordenes de conducta, desordenes de movimiento y epilepsia.

El diagnóstico y tratamiento temprano del autismo puede lograr mejorar significativamente el potencial de desarrollo del niño.



ELECTROENCEFALOGRAMA

Por | **Miriam E. Ríos Motta, MD**
Neuróloga



Electroencephalograma (EEG) de un niño con epilepsia



Las células del cerebro están activas en todo momento y se comunican por medio de impulsos eléctricos. Podemos ver esta actividad como líneas onduladas en un trazado conocido como electroencefalograma (EEG).

¿Qué es un EEG y para qué se utiliza?

El EEG mide y graba la actividad cerebral por medio de unos pequeños discos de metal (electrodos) que se colocan en la cabeza. Unos cables conectados a los discos llevan la información a una máquina para poder verla en una pantalla de computadora. Nuestro cerebro tiene diferentes patrones de onda cuando estamos despiertos y dormidos. Estos patrones son reconocidos por un especialista (neurólogo), quien decide lo que es normal o anormal.

Este estudio es útil para evaluar problemas en el cerebro, particularmente cuando se sospechan trastornos epilépticos. Un EEG puede mostrar el tipo y la localización de la actividad cerebral anormal asociada a una convulsión. También ayuda en la evaluación de otros problemas cerebrales como confusión, pérdida de conocimiento, alteraciones del estado mental, coma, muerte cerebral, dificultades de atención o memoria, problemas durante el sueño, entre otros. Sin embargo, no ayuda a especificar la causa de esos problemas.





Aspectos técnicos

El EEG no causa dolor. Es seguro y no envía corrientes eléctricas. Se realiza de manera ambulatoria en un hospital o en una oficina médica, dura de 30 a 60 minutos y la preparación es sencilla. Generalmente se pide tener la cabeza limpia y seca y dormir menos horas la noche antes, entre otras instrucciones. Esto ayuda a la calidad del estudio y facilita la grabación durante el sueño. Durante el estudio se puede pedir al paciente que respire rápidamente o se usan luces centelleantes, para evaluar la respuesta cerebral a esos estímulos. En algunos pacientes, se administran sedantes para colocar los electrodos y poder grabar durante el sueño. En ocasiones especiales, se hacen registros más prolongados; en la casa con una máquina portátil o en el hospital.

Resumen

El EEG es una herramienta útil para evaluar la función cerebral. Es un estudio seguro, rápido y sensitivo para detectar anormalidades eléctricas que pueden estar asociadas a diferentes condiciones neurológicas. Excepto en algunos casos, por sí solo no diagnostica condiciones médicas específicas sino que debe ser utilizado junto a otras evaluaciones médicas.

Referencias

- EEG-Mayo Clinic: www.mayoclinic.org/tests-procedures/eeg/basics/definition/prc-20014093
- EEG (Electroencephalogram): Purpose, procedure, and risks: www.healthline.com ; www.epilepsy.com

PROTEGERTE ES PROTEGER A TU BEBÉ



VACÚNATE
SI ESTÁS EMBARAZADA
DEBES RECIBIR ESTAS 3 IMPORTANTES VACUNAS:

Influenza

Puedes vacunarte contra la Influenza en cualquier momento, en cualquier trimestre de tu embarazo. La vacuna inyectable es segura y confiable. Es sumamente importante protegerse contra la Influenza, que puede ocasionar enfermedades graves en embarazadas.

Tdap
Tétano, difteria y pertusis (tos ferina)

Vacúnate en el tercer trimestre de tu embarazo, y asegúrate de quienes cuidarán al bebé también estén vacunados. Después que tu bebé nazca, es importante vacunarlo también contra estas enfermedades, que pueden ser mortales.

Hepatitis B

Es importante que tu bebito reciba la primera dosis de la vacuna contra la Hepatitis B en el hospital donde vayas a dar a luz, antes que te den de alta. Esto lo protegerá durante toda su vida de una enfermedad que podría tener consecuencias graves. Háblalo con tu médico.

NO CORRAS RIESGOS
PONTE TODAS LAS VACUNAS Y CÚIDATE MUCHO DURANTE TU EMBARAZO.

Si tienes dudas oriéntate con tu médico o profesional de salud, o consulta en
prir.salud.gov.pr

Programa de Vacunación de Puerto Rico

@vacunacion2015

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud

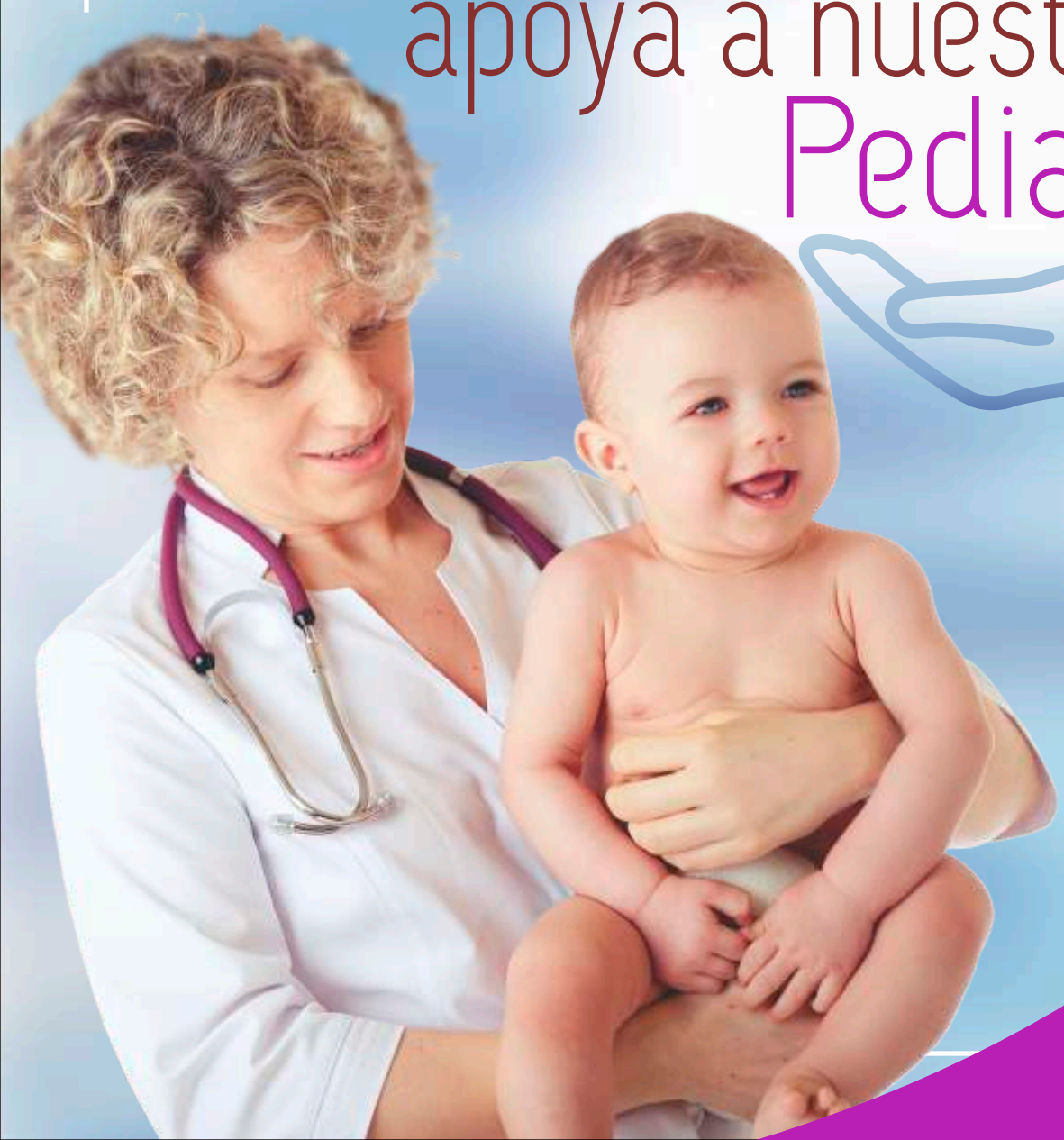
PROGRAMA de VACUNACIÓN

JUNTOS MOVIENDO A PUERTO RICO

Mi Pediatra

SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRÍA

La Sociedad apoya a nuestros Pediatras



UNIENDO A LOS PEDIATRAS DE PUERTO RICO
SOCIEDAD PUERTORRIQUEÑA DE PEDIATRIA



Directorio de Gastroenterólogos Pediátricos

Dr. Jorge Rosario Mulinelli

HIMA PLAZA 1 • SUITE. 407 CAGUAS
787-961-4689, 787-961-4690

HOSPITAL MENONITA CAGUAS
787-653-0550, EXT. 1183

HOSPITAL RYDER HUMACAO
787-852-0768

Dra. Wihelma Echevarría Cortés

HIMA PLAZA 1 • SUITE. 303 CAGUAS
787-653-2224, 787-653-6060

SALUS
(anteriormente Clínica Las Américas) Guaynabo
787-789-1996

Dra. Priscila Garau

100 PASEO SAN PABLO, EDIF. ARTURO CADILLA
SUITE 203 / 787-787-6767

Dr. Carlos Camacho

MAYAGÜEZ MEDICAL CENTER SUITE I-116
HOSPITAL RAMÓN E. BETANCES, MAYAGÜEZ
787-232-8025, 787-844-2986,
787-844-2080, EXT. 6807

TORRE MÉDICA SAN LUCAS SUITE 807 PONCE
787-232-8025, 787-844-2986
787-844-2080 ext 6807

TORRE MÉDICA SAN VICENTE DE PAUL
(HOSPITAL LA CONCEPCIÓN)
SUITE 509-510 SAN GERMÁN
787-892-1860, 787-232-8025
787-844-2986, 787-844-2080, EXT. 6807

Dra. Rosalyn Díaz Crescioni

OFICINA 252 TORRE MÉDICA
DOCTORS' CENTER HOSPITAL, MANTÍ
787-397-4683

OFICINA 910 BAYAMÓN
MEDICAL PLAZA
787-474-8282 EXT. 4888

OFICINA 204 MANATÍ
MEDICAL CENTER
787-621-3270

Dr. Leonardo Hormaza

ARECIBO MEDICAL PLAZA, OFICINA 205
787-817-2300

1473 AVE. WILSON SUITE 401, CONDADO
787-560-4241

DOCTOR CENTER DORADO CLINIC LOCAL #24
PLAZA DORADA CARR. #693 ESQ. AVE. JOSÉ EFRAÍN,
DORADO / 787-665-2222

Dra Sheyla Calderón

TORRE ASHFORD OFIC. 303, CONDADO
787-721-2250, 787-721-2166

TORRE MÉDICA SAN FRANCISCO, OFICINA 201
RÍO PIEDRAS / 787-765-1799

Dr. José Santiago

TORRE MÉDICA SAN LUCAS SUITE 807 PONCE
787-842-4883, 787-844-2080 EXT. 6620
learnmore582@yahoo.com

Dr. David Fernández Lube

EDIFICIO MÉDICO SAN JORGE
OFICINA 308 • # 252
C/SAN JORGE, SANTURCE
787-268-0882

HOSP. PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO
CENTRO MÉDICO, RÍO PIEDRAS
787-777-3201, EXT. 7286

Dr. Antonio Del Valle

SAN JORGE MEDICAL OFFICE
BUILDING SUITE 503
/SAN JORGE, SANTURCE
787-728-4772

HOSP. PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO
CENTRO MÉDICO, RÍO PIEDRAS
787-777-3201, EXT. 7286

Dr. Félix Jiménez

BAYAMÓN MEDICAL PLAZA 1845 CARR. #2 SUITE 410
BAYAMÓN, PR 00959-7203
787-787-5160

Dr. José Russe Santos

252 CALLE CONVENTO
(FRENTE HOSP. DE NIÑOS SAN JORGE) SANTURCE
787-726-1113, 787-727-1000 EXT. 4195

Dr. José J. Muñiz Quiñones

CALLE DR. BASORA 55N • EDIF. MÉDICO 1V OFIC. 212
MAYAGÜEZ / 787-805-5830, (F)787-805-6430
jjavier@mac.com

Dr. Fermín Miranda

CALLE JJ JIMÉNEZ 566 B ALTOS
787-250-6010



Para obtener más información, hable con su médico o visite https://es.similac.com

Usar bajo supervisión médica.
*Dilución estándar de 20 calorías por onzas/fluidas

© 2014 Abbott Laboratories, Inc. APR-140178 Span (Nov. 2014) LITHO PR.

Abbott Nutrition